



Universidad Nacional Autónoma de México



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

**Factores que intervienen en las recidivas de lesiones precursoras
de cáncer cervicouterino en pacientes post-operadas de
conización por asa en el Hospital Regional 1° de octubre ISSSTE.
No. De registro 3492006**

**Tesis para obtener el Título como Especialista en
Gineco Obstetricia
Presenta**

Dra. Karina García Quintanar

Titular:

Dr. José Basilio Hernández Sánchez

México, D. F. a Diciembre de 2006





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.



Universidad Nacional Autónoma de México

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

TITULO

**Factores que intervienen en las recidivas de lesiones precursoras
de cáncer cervicouterino en pacientes post-operadas de
conización por asa en el Hospital Regional 1° de octubre ISSSTE.**

No. De registro 3492006

**Tesis para obtener el título como Especialista en
Gineco Obstetricia**

Presenta

Dra. Karina García Quintanar

Titular:

Dr. José Basilio Hernández Sánchez

Asesor:

Dra. Maria Magdalena Ramirez Gonzalez.

México, D. F. a Diciembre de 2006





Lista de Firmas.

C. Dr. Francisco Javier Alvarado Gay.
Coordinador del servicio de Ginecología y obstetricia y
titular del curso de la especialidad.

C. Dr. Gerardo de Jesús Ojeda Váldez.
M. en C. Coordinador de Capacitación, Enseñanza e Investigación.

C. Dr. José Vicente Rosas Barrientos.
M. en C. Jefe de investigación

C. Dr. José Basilio Hernández Sánchez
Asesor de tesis.

C. Dra. Maria Magdalena Ramírez González
Asesor de tesis.



Resumen

Introducción .- Las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino constituyen una entidad de alta incidencia en nuestra población femenil nuestra institución ha enfocado su atención en la detección y tratamiento oportuno por conización de tal patología derivando en la prevención oportuna.

Objetivos .- Identificar factores relacionados con las recidivas de displasias en pacientes post-operadas de conización del Servicio de Ginecología del HR “1° de Octubre”

Material y Métodos .- Durante 4 años se revisaron expedientes de pacientes sometidas a conización, se consignaron datos sociodemográficos, del procedimiento quirúrgico así como evolución y desenlace de los casos. Con diseño de casos y controles.

Resultados .- De 152 expedientes revisados el promedio de edad de las pacientes es de 53 años, el promedio de edad de las pacientes que presentaron recidiva de lesiones precursoras de cáncer fue de 50 años con RM 0.5 (IC 95% O. 13-2.21) .

Conclusiones .- La recidiva de displasias fue solo de 2.6%. fortaleciendo que la conización es una excelente herramienta preventiva al realizarse protocolizada y profesional.

Palabras clave: conización cervical, lesión precursora de cáncer (LIEAG), recidiva.



ABSTRACT

Introduction. - The lesions precursors of cancer cervicouterino constitute an entity of high incidence in our feminine population our institution it has focused their attention in the detection and opportune treatment for conización of such a pathology deriving in the opportune prevention.

Objectives. - Identify factors related with the displasias relapses in post-operated patients of conización of the Service of Gynecology of the HR "October 1°"

Material and Methods. - During 4 years files of subjected patients were revised to conización, data sociodemográficos were consigned, of the surgical procedure as well as evolution and outcome of the cases. With design of cases and controls.

Results. - Of 152 revised files the average of age of the patients is of 53 years, the average of age of the patients that you/they presented relapse of lesions precursors of cancer was of 50 years with RM 0.5 (IC 95% O. 13-2.21) .

Conclusion - The displasias relapse was alone of 2.6%. strengthening that the conización is an excellent preventive tool when being carried out protocolized and professional.

Words Key: cervical conización, lesion precursor of cancer (LIEAG), relapse.



Agradecimientos

A DIOS: por darme la oportunidad de existir y permitirme llegar a este momento

A MIS PADRES: Por su esfuerzo y apoyo incondicional además de su amor e infinita confianza. Gracias por creer en mí.

A MI ESPOSO JORGE A MIS HIJOS VALENTINA Y BRUNO: Por que son el motor de mi vida, gracias por su apoyo, amor y comprensión.

A TODOS MIS MAESTROS: De quienes he obtenido mi enseñanza y quienes me han transmitido toda su experiencia para mi formación.

Índice

| | |
|--|------------------|
| <i>CAPÍTULO I. Introducción</i> | <i>1</i> |
| <i>CAPÍTULO II. Antecedentes</i> | <i>2</i> |
| Displasias cervicales del útero | 4 |
| Clasificación | 5 |
| Tratamiento | 7 |
| Recidiva | 10 |
| <i>CAPÍTULO III. Planteamiento del problema</i> | <i>16</i> |
| Pregunta de Investigación | 17 |
| <i>CAPÍTULO IV. Justificación</i> | <i>18</i> |
| <i>CAPÍTULO V. Objetivos</i> | <i>19</i> |
| <i>CAPÍTULO VI. Hipótesis</i> | <i>20</i> |
| <i>CAPÍTULO VII. Metodología</i> | <i>21</i> |
| 7.1 Diseño de estudio | 21 |
| Universo de estudio | 21 |
| Grupo problema | 21 |
| Criterios de selección | 22 |
| 7.5 Tamaño de la muestra | 22 |
| Marco conceptual | 23 |
| 7.6 Variables | 24 |
| VARIABLE DEPENDIENTE | |
| VARIABLE INDEPENDIENTE | |
| 7.7 Fuentes de información | 27 |
| Plan de análisis | 27 |
| <i>CAPÍTULO VIII. Consideraciones Éticas</i> | <i>28</i> |
| <i>CAPÍTULO IX. Resultados</i> | <i>29</i> |
| Análisis descriptivo | 29 |
| Análisis Divariado | 35 |

| | |
|--|-----------|
| <i>CAPÍTULO X. Discusión</i> | 36 |
| <i>CAPÍTULO XI. Conclusiones</i> | 39 |
| <i>CAPÍTULO XII. Limitantes y Recomendaciones</i> | 41 |
| <i>CAPÍTULO XIII. Referencias Bibliográficas</i> | 42 |



CAPITULO I. Introducción

Actualmente el cáncer cervicouterino es uno de los principales causas de muerte en la población femenina así como el objeto de gran cantidad de recursos humanos y financieros, destinados a contener la magnitud de este padecimiento.

Sin embargo y a pesar de las grandes cantidades de dinero para mejorar las condiciones de las pacientes, el abordaje de esta entidad no esta exenta de complicaciones técnicas algunas limitadas por entornos tecnológicos, situaciones que ofrecen un panorama clínico en algunos casos adversos lo que se encuentra asociado a la calidad de vida de la paciente así como a criterios de calidad de la atención.

El presente estudio tiene como finalidad conocer la asociación entre la aparición de lesiones precursoras de cáncer o complicaciones post-conización de acuerdo a las técnicas más utilizadas dentro del hospital Regional 1° de octubre del ISSSTE.



CAPITULO II. Antecedentes

México ocupa el primer lugar de mortalidad a nivel mundial por cáncer cervico-uterino, cada dos horas fallece una mujer por esta enfermedad en la época más productiva de su vida a causa del descuido, ignorancia o atención tardía de este tipo de problema.⁸

En México se han calculado unos 25 millones de mujeres afectadas de alguna manera por lesiones precursoras de cáncer cervico-uterino, existen aproximadamente un dos por ciento de mujeres que son portadoras del cáncer cervico-uterino invasor y un 25 a 30 por ciento son afectadas de alguna manera con infecciones por Virus del Papiloma Humano (VPH), ya sea latente o activo y un cinco por ciento por lesiones displásicas. Esto es lo que justifica la creación de clínicas de displasia en México, que permitan la detección diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este tipo de lesiones.⁷

Se sabe que el cáncer cervico-uterino invasor inicia como una enfermedad de transmisión sexual a través del papiloma virus, el cual produce lesiones en los epitelios del aparato urogenital, tanto del hombre como de la mujer, que evolucionan lenta y progresivamente hacia el cáncer, de no recibir tratamiento.

La sola presencia del VPH no causa por si solo las lesiones displásicas ni el cáncer cervico-uterino, requiere estar asociado a otros factores de riesgo como tabaquismo, el uso de hormonas, la promiscuidad sexual, padecer otras infecciones virales agregadas como el herpes, padecer enfermedades que bajan la inmunidad del organismo, los embarazos múltiples, la desnutrición, falta de higiene, etcétera. El problema con el papiloma virus es que una persona puede



estar infectada durante alguna época de su vida y no lo sabe, ya que no manifiesta síntomas, sin embargo, sí puede ser detectado a través de una prueba de papanicolaou o de un estudio colposcópico, ya sea en la mujer o en el varón.⁵

En el caso de infección por vía venérea, "... el hombre es un fuerte portador y transmisor, y las causas de contraigo de la enfermedad se deben al hábito de múltiples relaciones sexuales sin protección del condón. El varón también puede padecer cáncer de pene, aunque su organismo posee mayor resistencia ante una infección cancerígena, lo que no sucede con las mujeres", refiere la especialista.

Por su parte, las mujeres que tienen relaciones sexuales desde la adolescencia, y que llegan a procrear varios hijos desde entonces, son más propensas para el contagio del VPH.⁵

Esto tiene su explicación, ya que "durante la adolescencia el cervix todavía no alcanza su madurez y tiene una zona muy susceptible para captar el virus, y con relación al embarazo causa disminución de la inmunidad por su producción de hormonas. Ambos factores propician que un virus se expanda y se haga persistente. Lo mismo ocurre con el tabaquismo y el consumo de pastillas anticonceptivas, pues como efecto colateral causan un debilitamiento de las células encargadas de destruir los virus". Otro factor de riesgo que debe añadirse a la cita de la doctora Mendoza Martínez, es el caso de las mujeres sometidas a trasplantes, pues los medicamentos prescritos para su recuperación pueden ocasionar los efectos arriba descritos.

Actualmente, se conocen más de cien tipos del Virus de Papiloma Humano detectado por pruebas moleculares de hibridación; aproximadamente 25 de estos afectan el aparato urogenital, tanto del hombre como de la mujer, y se les ha



clasificado de acuerdo a su agresividad en virus de bajo, medio y alto poder oncogénico. Los primeros nunca desarrollan cáncer, sencillamente se presentan como condilomas, es decir, verrugas genitales o microscópicas (sólo pueden observarse en un microscopio llamado colposcopio en una unidad de displasias). El riesgo se corre con los virus de alto poder oncogénico, los cuales si abandonan el estado de latencia se hacen activos, causan lesiones lentamente evolutivas hasta ocasionar cáncer invasor.

El VPH puede contraerse entre los 15 y 25 años, etapa de mayor actividad sexual, aunque puede ser en cualquier época de la vida de la mujer y el hombre. Un 60 ó 70 por ciento de ellos pueden desaparecer espontáneamente o quedar en fase latente sin causar problemas en un mismo porcentaje cuando se trata de virus de bajo poder oncogénico. En tanto que si se trata de un virus de mediano o alto pueden permanecer activos o causar lesiones que llevan a las displasias y luego al cáncer; en el argot médico estas lesiones displásicas reciben el nombre de lesiones epiteliales. ¹

Displasias cervicales del útero

"Las displasias no son más que la mutación de una célula epitelial que forma parte del aparato urogenital causada por el VPH. Cuando la célula entra en mutación ya no responde a las características del desarrollo humano, su crecimiento es por división celular no controlada y de esta manera se multiplican hasta formar un cáncer invasor". El virus afecta directamente la cubierta del epitelio, ya sea del cuello de la matriz, vagina, vulva, pene o ano.

Las displasias cervicales del útero se dividen en lesiones de bajo y alto grado. Generalmente, las lesiones de bajo grado sólo presentan infección viral, en tanto



que las de alto grado como son las displasias moderadas o severas si no son tratadas evolucionan progresivamente al cáncer invasor del cervix.

El cáncer cervicouterino, una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas en los tejidos del cuello uterino, suele crecer lentamente por un período de tiempo, antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (displasia), ya que en general no hay síntomas asociados con el cáncer cervicouterino. ²

Clasificación

Etapa 0 o carcinoma in situ.- un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Etapa I.- afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

IA: una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino

IB: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino

Etapa II.- el cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.



IIA: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina

IIB: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino

Etapa III.- el cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

Etapa IV.- el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino)

IVB: el cáncer se ha diseminado a órganos dístales como los pulmones

Recurrente.- la enfermedad recurrente significa que el cáncer ha reaparecido, después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar. ¹¹



Tratamiento

Se emplea tres clases de tratamiento:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia

Abordaje quirúrgico

Conización.- consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del cuello uterino.

La conización es la indicación perentoria para asegurar o descartar enfermedad invasora. Desde que implementamos el procedimiento con el asa electroquirúrgica, Asa LEEP, hace casi una década, se ha producido un aumento notable en el número absoluto de conos realizados por año. La buena aceptación de las mujeres al procedimiento, se basa en la casi ausencia de complicaciones reflejada en la categórica disminución de los días de hospitalización, siendo una intervención esencialmente ambulatoria.⁶



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

Si se compara la pieza operatoria del cono que mantiene la figura geométrica al realizarlo con bisturí. Co2 láser o Yag láser, en la mayoría de los casos el Asa Leen permite obtener a lo menos 3 fragmentos, correspondientes a labio posterior y anterior del cuello más una muestra del canal endocervical. Muchas veces el operador repasa algunas zonas del cuello obteniendo nuevas muestras.

Esta circunstancia más el hecho de que se carbonizan los bordes de las muestras, produce dificultad en la evaluación del compromiso de los márgenes de la pieza o fragmentos de la pieza quirúrgica, con cifras reportadas de conos con bordes positivos en la literatura nacional entre 20% y 50%.

La FIGO ha recomendado la conización cervical como tratamiento para la etapa I A1 en mujeres jóvenes con deseos de mantener la fertilidad, lo que es ampliamente aceptado y se realiza prácticamente en todo el mundo. No obstante, para los carcinomas cérvico-uterino etapas I A 2, I B1 y II A el problema es diferente ya que por tratarse de lesiones mayores al I A1 se han aplicado y se continúan aplicando en general las 2 modalidades de tratamiento tradicional existentes, a saber, la cirugía radical tipo II o III con linfadenectomía pelviana, o el uso de radioterapia pélvica con o sin braquiterapia. Está reconocido que el uso de cualquiera de estas 2 modalidades de tratamiento para las etapas descritas asegurará excelentes resultados en tasas de sobrevida, pero su aplicación también significará la pérdida completa de la fertilidad.⁹



El tratamiento se basa fundamentalmente en la conización generalmente y vigilancia constante o en la histerectomía total. Se elige una técnica u otra dependiendo de si la paciente desea mantener su capacidad reproductiva o si es factible el seguimiento. En caso de elegir la conización se debe realizar la prueba de Papanicolaou cada 3 meses con el fin de asegurarnos de que no hay recidiva.

En mujeres cuidadosamente seleccionadas, en las que la lesión está perfectamente delimitada y se ha descartado un cáncer invasor; se emplean otras técnicas como la crioterapia, electrocoagulación y láser.

También es posible el abordaje quirúrgico de las pacientes con carcinoma cérvico-uterino etapa I B1 o II A inicial, mediante la denominada traquelectomía radical, que no es sino una modificación de la histerectomía radical efectuada por vía vaginal (operación de Schauta). Esta consiste, en síntesis, en la extirpación total del cuello uterino junto con la mitad de los parametrios, conservando in situ el cuerpo uterino y los anexos. Para esto se ha considerado que si en una lesión etapa I A2, o I B1- II A está indicado y es posible realizar una cirugía radical del tipo II por vía abdominal, esta misma cirugía podría efectuarse por vía vaginal a una lesión confinada a la porción externa del cuello uterino que tuviera la misma etapificación. La resección de todo el cuello uterino más la mitad de los parametrios se constituiría indudablemente en un tratamiento suficiente, si en el estudio histológico de la pieza se reconocieran márgenes terapéuticos, en especial hacia el endocérvix.⁵

Existe el riesgo de tener compromiso distal de los parametrios, sin embargo este es muy bajo si los ganglios pelvianos son negativos, por lo que la ejecución de la linfadenectomía pelviana como primer paso de la intervención, con estudio de los ganglios por biopsia contemporánea, aportaría los datos necesarios sobre



diseminación de la enfermedad. De esta manera se lograría la mantención del cuerpo uterino y por ende, la capacidad reproductiva de la paciente.

Considerando que con los antecedentes mencionados, más la existencia de una significativa proporción de mujeres que desearían mantener la fertilidad, la traquelectomía radical más la linfadenectomía pelviana es hoy un recurso terapéutico válido para las etapas I A2, I B1 y II A inicial del cáncer de cuello uterino, pudiendo acceder a esta técnica siempre que se cumplan las condiciones requeridas para su correcta aplicación. ¹¹

Recidiva

Existe posibilidades de recidiva en este tipo de abordaje, las pacientes con una recidiva localizada de cáncer cervicouterino después de cirugía deberán evaluarse para radioterapia de rescate. Las tasas de rescate de aproximadamente 40% se han reportado en tales situaciones. En pacientes que presentan recidivas pélvicas sin radioterapia previa o que tienen recidivas fuera del campo previamente tratado, la terapia de rescate incluye radiación pélvica

Finalmente debemos tener en cuenta, en la vigilancia posterior de estas pacientes por nuestra parte, que las recidivas pueden producirse en la cúpula vaginal o zonas adyacentes, con síntomas similares a los iniciales: sangrado, leucorrea, etc. y que puede aparecer también el carcinoma de vulva y vagina, en ocasiones con un origen similar, el papilomavirus humano, que puede asentarse también en esas localizaciones. ¹



Excisión electroquirúrgica.- aquí se realiza un procedimiento de excisión electroquirúrgica (LEEP, siglas en inglés) para extraer el tejido anormal. El LEEP usa una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla.

Histerectomía.- la histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos.

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos, se puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

La histerectomía radical esta indicada en diversas entidades patológicas como lo son:

- Cáncer de cuello uterino o displasia cervical severa (una condición precancerosa del cuello uterino)
- Cáncer de ovario
- Endometriosis en los casos en los que el dolor es severo y no responde a tratamientos no quirúrgicos
- Tumores en el útero como fibromas uterinos o cáncer endometrial



- Sangrado vaginal severo y prolongado (crónico) que no se puede controlar con medicamentos
- Prolapso uterino
- Complicaciones durante el parto (como un sangrado incontrolable)

De entre estos el cáncer del cuello uterino ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los cánceres a nivel mundial con aproximadamente 500,000 casos anuales, es el más común en países en vías de desarrollo y se le atribuye un total de 200,000 fallecimientos por año. En países desarrollados, el cáncer de cervix ha dejado de ser un problema de salud.

En México, con más de 4,500 defunciones anuales, el cáncer cervico-uterino ha constituido la principal causa de muerte por cáncer en la mujer y en el 2001, encabezó la lista de mortalidad en mujeres entre los 35 y los 64 años de edad, por lo que se le sigue considerando un problema nacional de salud.⁸

Información disponible, muestra que en más de 50% de los casos tratados de cáncer del cervix, se documentó el diagnóstico de etapas avanzadas de la enfermedad, situación que constituye un formidable reto, por el elevado número de pacientes, por lo complejo de los recursos a utilizarse tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de estos casos y por los desfavorables resultados terapéuticos obtenidos en las etapas III y IV de la enfermedad.

Histerectomía radical tiene su indicación fundamental en el tratamiento de neoplasias limitadas al cuello uterino con o sin invasión de la vagina, a condición de que la lesión primaria sea menor de 4 cm. Si bien los resultados globales a 5 años para estas etapas clínicas, (Ib1 y IIa) son similares a las reportadas con la radioterapia; la cirugía tiene la ventaja de ser expedita y de que al tenerse el



reporte definitivo de la pieza quirúrgica, se dispondrá de información relacionada con la presencia o no de factores pronósticos adversos como lo son: un tumor con extensión mayor a la diagnosticada clínicamente, invasión profunda del estroma cervical, invasión vascular o linfática y la existencia de metástasis ganglionares.

Este procedimiento se considera de elección, en mujeres jóvenes y en aquellas que simultáneamente cursan con patología pélvica agregada que requiera de una intervención quirúrgica; o bien, cuando se diagnostica embarazo del primer trimestre más cáncer en las etapas señaladas.

La intervención se realiza siguiendo los preceptos, de reseca el útero con el tercio superior de la vagina, la totalidad del parametrio en ambos lados de la pelvis y la resección de los cuatro niveles ganglionares de la pelvis: ganglios ureterales, obturadores, hipogástricos e ilíacos.

La realización del procedimiento quirúrgico señalado requiere de una depurada técnica operatoria y si bien, prácticamente no tiene mortalidad, no está exenta de morbilidad.

La Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica, es la indicación de elección para los estadios I B y II A. Las cifras de supervivencia a los 5 años que se alcanzan con esta cirugía oscilan entre el 80 y el 90%. Sin embargo presenta como principal complicación la fístula urinaria, vesical o ureteral, en general por debajo del 3% en la mayoría de las series; siendo otras complicaciones la disfunción vesical y la formación de linfoquistes.

La cirugía radical comporta la exéresis de los tejidos periuterinos, que incluyen los colectores del drenaje linfático, y la de los ganglios regionales. Ello tiene un



posible doble valor: a) pronóstico, bien probado, permitiendo conocer la extensión espacial de la enfermedad y posibilitando la aplicación de tratamientos complementarios; y b) un posible valor terapéutico, al proceder a la exéresis de ocasionales nidos tumorales en tejidos periuterinos o en los ganglios metastatizados.⁴

Tras la subclasificación que la FIGO plantea para el estadio I B, en función del tamaño tumoral, se ha empezado a pensar si esta subclasificación puede condicionar el plan terapéutico. Recientemente, Finan publica un importante artículo en el que se realiza un análisis al respecto sobre 225 pacientes operadas. Las metástasis ganglionares encontradas en ambos subgrupos fueron similares (21 y 23% respectivamente) y las complicaciones quirúrgicas también lo fueron. Sin embargo, la supervivencia a los 5 años fue del 90% para el estadio 1B1 frente al 73% para el estadio IB2. Otro dato importante en el análisis, fue evidenciar que los tumores en estadio IB2 recibieron irradiación postoperatoria en el 72% de los casos, frente sólo al 38% de las mujeres que recibieron radioterapia postoperatoria en los estadios IB1. Y las complicaciones de los casos que reciben cirugía y radioterapia están aumentadas. Las complicaciones de vejiga e intestinales presentan índices más elevados, cuando las mujeres recibieron ambas terapéuticas que cuando se aplicó una sola terapéutica. Esto puede abogar por plantearse las ventajas de la irradiación sola o combinada a quimioterapia para el tratamiento de los tumores en estadio IB2, aunque en la actualidad no haya datos concluyentes,⁶



Radioterapia

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

Quimioterapia

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino, los medicamentos usados generalmente en este procedimientos son la, Isofosfamida, cisplatino, epirrubicina, vincristina y bleomicina.²



CAPITULO III. Planteamiento del problema

En la última década el manejo de la patología cervical neoplásica preinvasora con la técnica de conización con asa electro quirúrgica Leep ha tenido un desarrollo importante, mostrando amplias ventajas en cuanto a la evolución y desenlace de las lesiones cervicouterinas.

La conización por asa diatérmica es conocida también por sus siglas en ingles (Loop Electro Exicion Procedure, o Leep) este procedimiento quirúrgico relativamente sencillo que se utiliza en el diagnostico y tratamiento del cerviz cuando la prueba de papanicolau es anormal. Los riesgos y las complicaciones asociadas son poco frecuentes e incluyen: sangrado abundante, fiebre, persistencia de la anormalidad tratada, estenosis del cerviz, infección, cortadura y quemadura accidental del tejido anormal adyacente, el beneficio principal consiste en que es un procedimiento minimamente doloroso que sin embargo permite remover eficazmente el tejido anormal para su estudio histopatológico.

En México los reportes de las ventajas de esta técnica son escasos y en nuestro medio hospitalario no hay reportes de la casuística y beneficios de la misma por lo que consideramos realizar un estudio que nos permita identificar si hay factores de riesgo.



Pregunta de Investigación

¿la recidiva de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en pacientes post-operadas de conización por asa pueden ser secundaria a la elección inadecuada del tipo de lesión (lesiones de bajo, alto grado, disrelación citohistológica) a tratar, magnitud del compromiso de los bordes de sección, tiempo de procedimiento, incumplimiento de indicaciones post-operatorias?



CAPITULO IV. Justificación

La elevada morbi-mortalidad que presenta el cáncer cervico uterino en la población, ha favorecido la vigilancia y tratamiento de aquellas entidades que favorecen la aparición de cáncer en el cervix uterino, sin embargo se han encontrado que en algunos pacientes se puede presentar procesos neoplásicos posterior a los tratamientos no radicales de abordaje como lo es el caso de la conización, por lo que el estudio de la relación que existe entre las lesiones precursoras de cáncer en cervix en paciente con antecedentes de conización por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, permitirá una mejor comprensión de las complicaciones del padecimiento, permitirá la aplicación de terapias integrales, conocer mejor las técnicas que se aplican actualmente respecto de su eficiencia y comparación a nivel mundial y permitirá ofrecer a nuestros pacientes un mejor tratamiento y mejorar su pronóstico.



CAPITULO V. Objetivos

General

- Identificar a que factores esta ligada la recidiva de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en pacientes post-operadas de conización en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.

Específicos

- Determinar si las recidivas de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en pacientes post-conización tienen mayor relación con el compromiso de los bordes de sección.
- Determinación de la incidencia de la aparición de casos de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en pacientes con antecedentes de conización por lesiones de cáncer cervicouterino.



CAPITULO VI. Hipótesis

Las recidivas de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en pacientes post-operadas de conización por asa no es secundaria a la técnica inadecuada con la que son tratadas.



CAPITULO VII. Metodología

7.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio de casos y controles, para lo cual se revisó los expedientes clínicos localizados de las libretas de cirugía de las pacientes a quienes se les realizó conización, discriminando los grupos que fueron sometidos a conización por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino desde el mes de mayo de 2001 al mes de diciembre de 2005

Universo de estudio

Pacientes conizadas por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en pacientes del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital regional 1° de octubre del ISSSTE, de mayo de 2001 a diciembre de 2005.

Grupo problema

Pacientes con lesiones precursoras de cáncer cervicouterino con conización.



Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Paciente con lesión precursora de cáncer cervicouterino con conización
- Estar apuntado en las libretas quirúrgicas.

Criterios de exclusión:

- No aplican

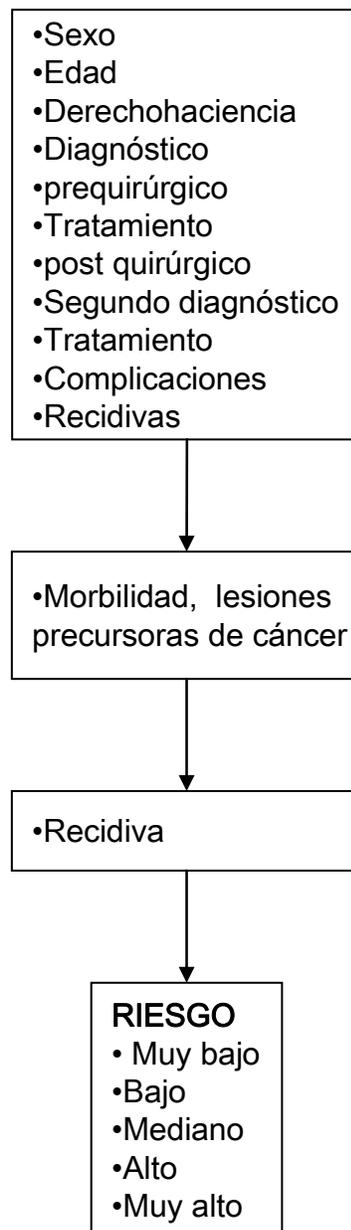
Criterios de eliminación

- Falta de expediente clínico
- Datos incompletos en el expediente clínico

7.5 Tamaño de la muestra

Todas las pacientes pos operadas de conización por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino del mes de mayo de 2001 a diciembre de 2005.

Marco conceptual





7.6 Variables

Para realizar este estudio se tomo en cuenta las siguientes variables obtenidas tanto de las libretas de quirófano como de los expedientes de los pacientes.

1. No. De derechohabencia
2. Iniciales del nombre
3. Edad
4. Inicio de vida sexual activa
5. No. de partos
6. No. de abortos
7. No. de Cesáreas
8. Diagnóstico prequirúrgico
9. Diagnóstico posquirúrgico
10. Complicaciones
11. Tipo de abordaje quirúrgico
12. Fecha de cirugía
13. Tratamiento post quirúrgico
14. Fecha del segundo diagnóstico
15. Diagnóstico
16. Tratamiento del segundo diagnóstico

7.6 Operacionalización de variables.

| VARIABLE | DEFINICION | OPERALIZACION | ESCALA |
|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la recolección del dato | Edad en años cumplidos registrada en el expediente | Cuantitativa, discreta |
| Inicio de vida sexual activa | Edad en la que se comenzó a la mantener relaciones sexuales | Edad registrada en el expediente en años cumplidos | Cuantitativa, discreta |
| No. de partos | Número de nacimientos de productos vivos por el canal de parto | Número de partos registrados en el expediente | Cuantitativa, discreta |
| No. de abortos | Número de productos con peso menor de 500 gramos o menor 20 semanas de gestación | Número de abortos registrados en el expediente clínico | Cuantitativa, discreta |
| No. de Cesáreas | Número de nacimientos de productos, por vía abdominal por medio de una intervención quirúrgica | Número de cesáreas registradas en el expediente | Cuantitativa, discreta |
| Diagnóstico prequirúrgico | Diagnostico presuntivo por el cual es | Diagnostico registrado en los expedientes de cada | <u>Escala</u> .- Cualitativa, nominal |

| | | | |
|------------------------------------|---|---|------------------------|
| | realizada la intervención quirúrgica | paciente | |
| Tratamiento post quirúrgico | Intervención realizada en la paciente posterior a su tratamiento quirúrgico encaminado a la curación o mejoría de la paciente | Tratamiento al que fue sometido el paciente posterior a su intervención quirúrgica | Cualitativa, nominal |
| Segundo Diagnostico | Diagnostico realizado como entidad patológica de aparición posterior a la conización en la paciente. | Registro clínico o patológico de la paciente registrado en la libreta de cirugía y/o en su expediente clínico | Cualitativa, nominal |
| Tipo de abordaje quirúrgico | Tipo de técnica quirúrgica con que fue realizado el cono cervical | Atención medico quirúrgica a la paciente con lesiones precursoras de cáncer | Cuantitativa, discreta |



7.7 Fuentes de información

Los datos para el análisis de obtuvieron de las siguiente fuentes.

- Libretas de quirófano de obstetricia del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE
- Expedientes clínicos de los pacientes

Plan de análisis

Para el análisis de datos se aplicaron medidas de tendencia central y pruebas no paramétricas, estableciéndose un nivel de significancia de p menor de 0.05.



CAPITULO VIII. Consideraciones Éticas

De acuerdo con los artículos 96, 100 y 102 de la Ley General de Salud a los que se rige el ISSSTE, este estudio se puede catalogar como de riesgo nulo para los participantes, ya que no involucra procedimientos que pongan en peligro su salud.

Los datos obtenidos fueron de expedientes clínicos, y el manejo de los nombres ha sido confidencial y solo para evitar la duplicidad de casos y dado que la información requerida no fue recolectada directamente de algún paciente, a este estudio no aplican otro tipo de consideraciones éticas.



CAPITULO IX. Resultados

Análisis descriptivo

Se analizaron un total de 152 expedientes de mujeres sometidas a conización con asa, por un lapso de 4 años, de los cuales solo 4(2.6%) presentaron recidivas (Tabla 1)

Tabla 1. Número y porcentaje de pacientes que presentaron recidivas.

| Pacientes con LEAG | Número | Porcentaje % |
|---------------------------|---------------|---------------------|
| Sin recurrencia | 148 | 97.4 |
| Con recurrencia | 4 | 2.6 |
| total | 152 | 100 |



El promedio de edad de las pacientes fue de 53.3 años, con un rango que oscila entre 19 y los 65 años, el promedio de edad de mujeres que presentaron recurrencia de lesiones precursoras fue de 50.2 años. Del total de pacientes el grupo etáreo que se vio afectado con recurrencia de lesión precursora de cáncer es el que abarca de los 46 a los 55 años. (Tabla 2)

Tabla 2. Clasificación por grupo de edad.

| Rango de edad | Número | Porcentaje % |
|------------------|--------|--------------|
| Menor de 25 años | 2 | 1.3% |
| 25-35 años | 31 | 20.3% |
| 36-45 años | 34 | 22.3% |
| 46-55 años | 78 | 51.3% |
| 56-65 años | 7 | 4.6% |
| total | 152 | 100 |

Como lo muestra la tabla 3. el rango del inicio de la vida sexual activa de todas las pacientes de la muestra fue en promedio de los 19-25 años (55.2%). El desenlace gestacional mixto predominó con una frecuencia de 94 (61.8 %) En el Diagnóstico prequirúrgico la asociación de LIEAG + VPH predominó en una frecuencia de 112 pacientes (76.3 %.) Del total de 152 pacientes se presentaron recidivas en 4 (2.6 %).



Tabla 3 . características clínicas y demográficas de las pacientes sometidas a conización por Lesiones precursoras de cáncer (LIEAG),

| variable | Frecuencia (n=152) | Porcentaje (%) |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Sexo | | |
| Mujeres | 152 | 100 % |
| IVSA | | |
| Menor 18 años | 28 | 5.2% |
| 19-25 años | 84 | 55.2% |
| 26-35 años | 38 | 25.0% |
| 36-45 años | 21 | 13.8% |
| Mayor de 45 años | 1 | 0.6% |
| Desenlace gestacional | | |
| Partos | 31 | 20.3% |
| Cesáreas | 25 | 16.4% |
| Abortos | 2 | 1.3% |
| Mixto | 94 | 61.8% |
| Dx prequirúrgico | | |
| LIEAG | 40 | 26.3% |
| LIEAG + VPH | 112 | 73.6% |
| Dx de recidivas | | |
| Si | 4 | 2.6% |
| No | 148 | 97.3 |

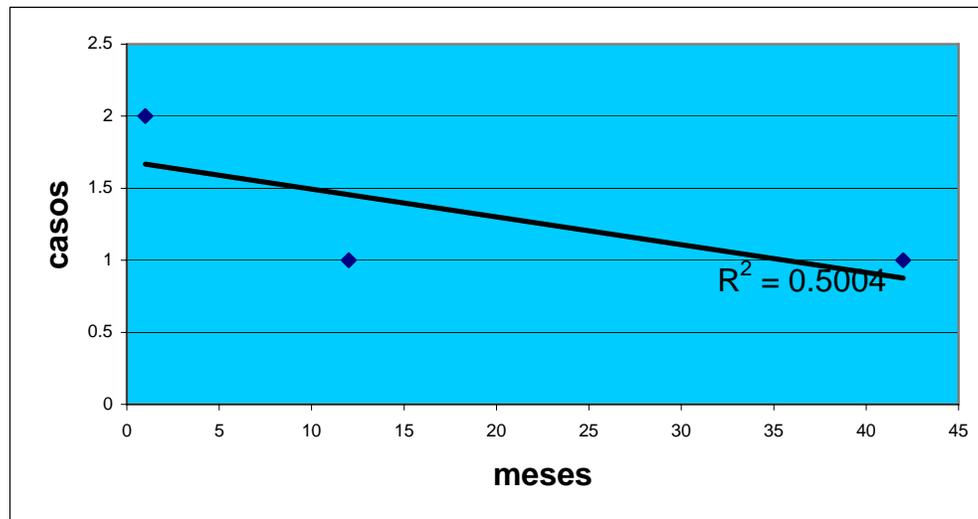


El tiempo promedio que transcurrió entre la fecha de la conización y el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer en cervicouterino fue de 16 meses sin embargo la recurrencia ocurrió con mayor frecuencia a los 3 meses, como se muestra en el gráfico No 1 y la tabla No 6

Tabla No. 6 Periodo de tiempo en que se presentó la recurrencia entre los pacientes con lesiones precursoras de cáncer .

| Meses en que se presentó la recurrencia | Frecuencia (número de casos) | % |
|--|-------------------------------------|----------|
| 3 meses | 2 | 50 |
| 14 meses | 1 | 25 |
| 44 meses | 1 | 25 |
| Total | 4 | 100 |

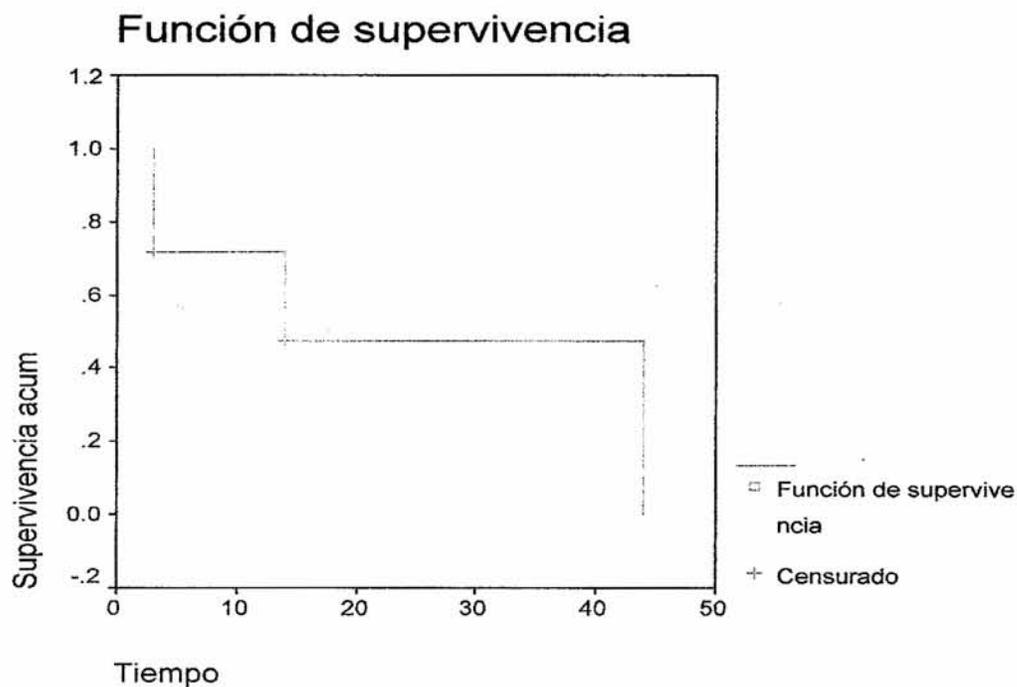
Grafico No.1 Tiempo transcurrido entre la recurrencia de lesiones precursoras de cáncer y la conización por asa



se realizó una correlación para si existía algún cambio durante el periodo de tiempo y la aparición de recurrencias encontrándose una r^2 de 0.5004 y una $y =$ de $-0.019x$ a $+1.68$

Al aplicar la estimación de la sobrevivencia (KM) en relación a la recurrencia se encontró que la posibilidad de presentar recurrencia a los tres meses en las pacientes sometidas a conización fue de 0.71 con un EE de 0.17 a los 14 meses de 0.47 con un error estándar de 0.22 y a los 44 meses de 0.0 esta posibilidad de recurrencia sucedió con una media de 25.14 y un intervalo de confianza de 7.32 a 42.97 como puede verse en la siguiente grafica de Kaplan Maier, observándose una declinación en la posibilidad de presentar recurrencia de acuerdo al tiempo.

Grafica No.2 grafico de Kaplan Meier presentación de la función de recurrencia en pacientes conizadas con asa por presencia de lesiones precursoras de cáncer.



Análisis Bivariado

Se realizó la determinación de la razón de momios para conocer si existió relación entre las lesiones precursoras de cáncer cervico uterino tratadas con conización por asa y la aparición de cáncer recurrente, una RM 0.55 (IC 95% 0.13-2.21), así mismo se encontró un valor de Chi de Mantel y Haenszel de 0.34 con una p de 0.53 como se observa en la tabla No 7

Grafico No.7 Medidas de asociación de pacientes con el antecedente de conización por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

| Medida | IC 95% |
|--------------------------|--------------------|
| RM | 2.21 – 0.13 |
| Chi de Mantel y Haenszel | 0.34 |
| P | 0.53 |



CAPITULO X. Discusión

De los resultados obtenidos en el análisis descriptivo del presente trabajo encontramos que la edad promedio es prácticamente la misma para los grupos de pacientes que presentaron la recurrencia y para aquellos en donde esta no apareció para llegar a esta conclusión se realizó una chi cuadrada obteniendo un valor de .57, esto a fin de controlar el sesgo o el grado de distorsión que a todos los estudios agrega la variable edad que es conocido como el factor confusor universal así mismo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de edad de los pacientes donde se presentó la recurrencia de cáncer respecto del grupo que no presentó este evento, por lo que podemos decir que la edad no fue factor confusor para la el hallazgo de causalidad entre el padecimiento y el factor de riesgo postulado.

Tampoco se pudieron observar diferencias significativas de el número de embarazos y partos entre los grupos.

En lo respectivo al tiempo en que se atendió las lesiones precursoras de cáncer cervico uterino por medio de la conización y el momento en que se presentó nuevamente la recurrencia de lesiones precursoras de cancer encontramos que el tiempo promedio fue de 16 meses.

Estos datos fueron graficados y fue posible observar una posible declinación de recurrencias respecto del tiempo transcurrido entre el primer y el segundo diagnostico, sin embargo los valores de r^2 no permiten sostener esta afirmación (0.5) ya que se observó que no existe correlación de acuerdo a este resultado.



En el caso del diagnóstico que llevo a la conización a las pacientes se observó que el CACU insitu fue el diagnóstico realizado a todas ellas.

Finalmente se realizó la determinación de la razón de momios para conocer la existencia de causalidad entre las lesiones precursoras de cáncer cervico uterino tratados vía la conización y de la recurrencia de lesiones precursoras de cáncer y encontramos que aquellas mujeres que tenían el antecedente de haber sido conizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino es decir que poseían el factor de riesgo tuvieron 0.55 veces el riesgo de presentar recurrencia de lesiones precursoras de cáncer en cervicouterino que aquellas pacientes que no presentaron este antecedente. Con estos datos podríamos decir que el ser conizado es un factor de riesgo para la recurrencia de cáncer, sin embargo estos resultados encontramos que en nuestros intervalos de confianza calculados al 95% nuestro valor inferior si tocaba la unidad y esto se contrapone al principio que una exposición no puede ser a la vez factor de riesgo (2.21) y factor protector (0.13). Hubó que apoyarse en el resultado de las pruebas de significancia estadística donde encontramos una Chi de mantel y Haenszel de 0.34 que se encuentra por abajo del valor critico que para al 95% es de 1.96 entonces podemos decir que a pesar que nuestro valor menor obtenido del calculo del intervalo de confianza no afecta al estimador, y a que nuestra p de 0.5 nos permite sustentar que nuestros datos no son significativos.

Con estos datos podemos sustentar que este efecto esta dado más por el tamaño de la muestra que por una falla en la plausibilidad biológica.

A pesar de intentar controlar el efecto del tamaño de la muestra esto no fue posible debido a la limitación de tiempo propio del estudio, así como de no contar con un universo mayor.



Desafortunadamente tampoco podemos decir que no existe relación entre las pacientes con recidivas de cáncer cervico uterino con el antecedentes de conización por asa debida a lesiones precursoras de cáncer cervico uterino, ya que nuestros resultados no tuvieron significancia estadística.



CAPITULO XI. Conclusiones

1.- En nuestra serie estudiada se fortalece el concepto reportado en la literatura mundial de que la conización practicada en forma protocolizada y profesional es indudablemente una excelente herramienta para el manejo de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino (LIEAG) siendo sabido que el propósito principal de esta técnica es curativo y preventivo.

2.- Para fines de conocer si la técnica de conización de asa es llevada a cabo en forma totalmente apegada al protocolo se considera conveniente ampliar la muestra de estudio ya que la impresión reflejada en esta serie analizada es de que es adecuadamente bien realizada. El ISSSTE realiza un gran esfuerzo e invierte una gran cantidad de recursos humanos y económicos en la atención de su derechohabiente, teniendo como misión principal incidir en la prevención de patologías que condicionan no solo alta morbilidad sino también mortalidad por lo que los resultados finales de este estudio acentúan la veracidad de la conización como herramienta para el tratamiento oportuno de lesiones precursoras de cáncer que puedan derivar en patologías complejas para la población femenina de nuestra institución.



3.-El seguimiento de casos adquiere una gran relevancia por lo demostrado en este estudio, ya que es posible la recurrencia de lesiones precursoras de cáncer y por esta circunstancia se vuelve imprescindible, la sensibilización de los pacientes

y el amplio manejo de información que en forma accesible debemos darle a conocer, ya que si bien son pocos proporcionalmente los casos donde se presentan recurrencia, estos existen y el no poner sobre aviso a nuestros pacientes puede hacerlos confiarse y volver donde la atención especializada una vez que se han instalado procesos oncológicos que requieren de un abordaje más agresivo.



CAPITULO XII. Limitantes y Recomendaciones

La mayor limitante a este estudio fue el número reducido de casos, lo que no nos permite hacer inferencias en ningún sentido, sin embargo esto no es desmotivante ya que inicia evidencia clínica que puede ayudar a los actuales y a los futuros responsables de la atención de nuestras derechohabientes, sin embargo sería importante el ampliar el marco muestral a otros hospitales del ISSSTE y poder realizar un estudio multicentrico que en caso necesario permita conocer y demostrar que la ejecución adecuada de la conización por asa evita recidivas en nuestras pacientes.



CAPITULO XIII. Referencias Bibliográficas

- 1.- Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al. A prospective study of highgrade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94(18):1406–1414.
 - 2.- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002; 51(RR-6).
 - 3.- Chu NR. Therapeutic vaccination for the treatment of mucosotropic human papillomavirus-associated disease. *Expert Opinion on Biological Therapy* 2003; 3(3):477–486.
 - 4.- Dimas HÁ, Medina VR Efraín , Ricardo A. Ybarra Yee María de los Ángeles Hernández et, al Radical hysterectomy in recurrent cervical cancer after primary radiation therapy. *Gamo Vol. 4 Núm. 6, Nov-Dic 2005*
 - 5.- Del Mistro A, Chieco Bianchi L. HPV-related neoplasias in HIV-infected individuals. *European Journal of Cancer* 2001; 37:1227–1235.
- Hernández S R, Fernández C C, Baptista L P. *Metodología de la Investigación*. McGraw – Hill. 2º edición. México 1998.



- 6.- Kruger SK., Brinton L. Adenocarcinomas of the uterine cervix: The epidemiology of an increasing problem. *Epidemiologic Reviews* 1993; 15(2): 486-498.
- 7.- Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *NEJM* 2003; 348(6):518–527.
- 8.- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuarios de morbilidad 2004
- 9.- Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Boletín de información estadística. 2 (18): 2004
- 10.- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2000 México 2000
- 11.- Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: Results from women in a high-risk province of Costa Rica. *JAMA* 2000; 283(1): pp 87–93.



CAPITULO IV. Anexo

Hoja de recolección de datos

I.- Datos Sociodemograficos.

- 1.- No de expediente
- 2.- Nombre (iniciales)
- 3.- Edad ____ años ____ meses
- 4.- Inicio de vida sexual activa (IVSA)
- 5.- No. De Gestas ____ Partos ____ Cesáreas ____ Abortos

II.- Registro Quirurgico

- 1.- Diagnostico prequirurgico
- 2.- Fecha de cirugía
- 3.- Diagnostico Posquirurgico
- 4.- Tipo de abordaje
- 5.- Tratamiento posquirurgico
- 6.- Complicaciones
- 7.- Fecha de segundo diagnostico
- 8.- Diagnostico de malignidad ____ si ____ no
- 9.- Tratamiento del segundo diagnostico