



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

**“FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES
SOMETIDAS A CONO CERVICAL EN LA CLINICA DE
COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL 1 DE
OCTUBRE DEL AÑO 2010-2015”**

T E S I S

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

PRESENTA

DRA. INÉS TEPEXICUAPAN NONOAL

ASESOR DE TESIS

DR. HERNANDEZ SANCHEZ JOSE BACILIO

MÉXICO, DF. FEBRERO 2017

323.2016



ISSSTE

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2017



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.

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDAS A CONO CERVICAL EN LA CLINICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL 1 DE OCTUBRE DEL AÑO 2010-2015

323.2016

Tesis realizada por **Inés Tepexicuapan Nonoal** bajo la dirección del Comité Revisor indicado, aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
AUTORIZACIONES

Revisor: _____
Dr. Ricardo Juárez Ocaña
Coordinador de Enseñanza e Investigación

Revisor: _____
Dr. José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación

Revisor: _____
Dr. Raúl Córdova Portillo
Encargado de la Coordinación de Ginecología y Obstetricia

Revisor: _____
Dra. Aragón Santos Alma Briseida
Titular del curso de ginecología y obstetricia

Director de tesis _____
Dr. José Bacilio Hernández Sánchez
Médico Adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia
Titular del Curso Patología del Tracto Genital Inferior

AGRADECIMIENTOS

A mi Madre (Q.E.P.D) El ser más maravillo del mundo, quien siempre confió y creyó en mí, quien me vio iniciar este nuevo proyecto profesional pero lamentablemente no me vio concluir, pero donde sea que estés, se que me sigue guiando, me acompaña y que seguramente se siente feliz y orgullosa de mí. Te amo mamá.

A mi padre, ese gran hombre de quien he recibido apoyo, pero sobre todo cariño, quien ha sido un gran ejemplo a seguir, quien me enseñó a cada día esforzarme más, a no tener miedo a los nuevos retos, Gracias por todos los sacrificios que has hecho, para que el día de hoy, sea lo que soy.

A mis hermanos porque siempre han estado conmigo en los buenos, pero sobre todo en los malos momentos. Gracias por creer en mí.

A mi asesor de tesis Dr. José Bacilio Hernández Sánchez por haberme brindado la oportunidad de trabajar con él, por haberme tenido la paciencia necesaria para concluir este trabajo, por transmitirme sus conocimientos, pero sobre todo por darme la oportunidad de conocer al excelente ser humano que es.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	7
2. ANTECEDENTES.....	10
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
4. JUSTIFICACION.....	12
5. HIPOTESIS.....	13
6. OBJETIVO GENERAL.....	13
7. OBJETIVO ESPECIFICO.....	13
8. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	14
8.1. Diseño y tipo de estudio.....	14
8.2. Población de estudio.....	14
8.3 Universo de trabajo.....	14
8.3.1 Criterios de inclusión.....	15
8.3.2 Criterios de exclusión.....	15
8.3.3 Criterios de eliminación.....	15
8.3.4 Descripción operacional de las variables.....	16
8.3.5 Procesamiento y análisis estadístico.....	16
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	18
10.APORTACIONES O BENEFICIOS GENERADOS PARA EL INSTITUTO..	19
11.PERSPECTIVAS.....	19
12. RESULTADOS.....	19
13.DISCUSIÓN.....	24
14.CONCLUSIONES.....	26
15.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica no. 1. Consumo de alcohol.....	20
Gráfica no. 2 Consumo de tabaquismo.....	20
Gráfica no. 3 Tipo de VPH reportado por PCR.....	21
Grafica no. 4 Resultados de colposcopia.....	21
Grafica no. 5 Enfermedades concomitantes.....	22
Grafica 6. Complicaciones post conización.....	23

INDICE DE TABLAS

Tabla no. 1. Descripción de variables.....	16
Tabla no. 2. Reporte de patología de la toma de muestra en la conización.....	22

RESUMEN

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDAS A CONO CERVICAL EN LA CLÍNICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL 1 DE OCTUBRE DEL AÑO 2010-2015

INTRODUCCION: La conización cervical es el estándar para el tratamiento conservador de las lesiones intraepiteliales de alto o bajo grado y de la lesión precursora del CaCu, teniendo como factor etiológico la infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH). Uno de los objetivos en esta terapéutica es la completa escisión de la zona de transformación que comprende la unión escamo-columnar. Hay factores que pueden dificultar este objetivo tales como la edad, una zona de transformación o una lesión extensa. Es por ello que la conización tiene la finalidad de escindir la totalidad del componente endocervical, y disminuir la posibilidad de lesión residual. Sin embargo esta terapéutica conlleva complicaciones a corto y mediano plazo con respecto a la vida reproductiva de las pacientes tal y como un adecuado seguimiento.

OBJETIVO: Es por ello que el objetivo de nuestro estudio es determinar la frecuencia de complicaciones con la realización del cono cervical en mujeres atendidas en la clínica de colposcopia del Hospital Regional 1º de Octubre

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal analítico, Se evaluarán los expedientes de las pacientes que acudieron a la consulta de colposcopia en el Hospital Regional 1 de Octubre en un periodo del 2010-2015.

RESULTADOS: De acuerdo a la revisión de expedientes, las pacientes a las cuales se les realizó la conización, presentaron complicaciones en un 6.4% (3) siendo estas un sangrado inmediato y dos sangrados tardíos.

CONCLUSIONES: La toma de cono cervical es una alternativa diagnóstica y terapéutica, con baja tasa de complicaciones, tanto del sangrado intraoperatorio y/o de la hemorragia post quirúrgica; con la consiguiente reducción del tiempo de hospitalización.

1. Introducción.

La Conización del Cuello Uterino, es la operación que se practica para extirpar una porción del Exocervix y Endocervix, su amplitud dependerá de la anatomía cervical, extensión de la lesión, penetración en el canal cervical, sospecha de invasión y grado de la lesión. Con la aceptación y difusión de la colposcopia el cono es el método de elección para mujeres con una citología anormal (3).

La conización ha tenido una gran difusión, como método de diagnóstico y terapéutico superando tratamientos destructivos (Laser y Criocirugía), por el rescate del tejido para confirmación del diagnóstico (3), con una mejor conservación anatómica, susceptibles de realizarse en la mayoría de los casos en régimen ambulatorio y con anestesia local. Actualmente se considera que el cono ideal es una pieza con forma de cono truncado o cilindro que debe contener la unión escamo-columnar, las criptas glandulares y el vértice libre y los márgenes de la base deben pasar por epitelio sano. El diseño del cono se debe realizar de forma individual basándose en los conocimientos morfométricos y en la topografía de la lesión; como a mayor grado de lesión intraepitelial mayor extensión lineal, así mismo que existe afectación de las criptas glandulares en el 85% de los casos (2).

Los focos de microinvasión son pequeños, se localizaban en el canal endocervical en las bases de las criptas glandulares. Se sabe que las lesiones escamosas son infrecuentes por encima de los 15 mm. Sin embargo, si hablamos de lesiones glandulares el cono se debe diseñar con una altura superior a los 25 mm. La zona de transformación siempre debe estar completamente incluida. Si la lesión es endocervical se escindira 7 mm por fuera del canal, para tener la certeza de haber eliminado todas las criptas glandulares, y si es ectocervical 4 mm por fuera de la lesión para tener un margen de seguridad (2).

Esto confirmaba la necesidad de extirpar estas criptas glandulares completamente en el diseño de los márgenes laterales del cono. Esta dependería de la localización de la lesión en el canal (2).

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que puede detectarse en etapas tempranas por medio de citología, colposcopia y biopsia; además, pueden indicarse tratamientos que permiten su curación prácticamente al 100%. Las neoplasias cervicales intraepiteliales (NIC) son precursoras del cáncer invasor; implican un fenómeno dinámico marcado por la evolución, persistencia e incluso regresión de la lesión. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical, antes de progresar a carcinoma invasor (15).

Una vez diseñado el cono, se debe elegir la técnica ideal la cual es aquella que cumple los requisitos siguientes: preservación de la fertilidad, sencilla de realizar, baja morbilidad, fácil aprendizaje, bajo coste y buena conservación anatómica (2).

Los parámetros valorados para la evaluación de las diferentes técnicas son:

1. Análisis de bordes quirúrgicos: Afectación de bordes quirúrgicos, Tipo de afectación de bordes quirúrgicos y estudio de bordes no valorables.
2. Tamaño del cono.
3. Complicaciones postoperatorias (2).

Existen dos abordajes para el tratamiento de las lesiones intraepiteliales:

- 1) Ablativos (crioterapia o ablación por láser) con la desventaja de no disponer de tejido alguno para estudio histopatológico.
- 2) Escisional (cono frío, conización por láser o con asa diatérmica) con la ventaja se dispone de una pieza quirúrgica para estudio histopatológico.

Ambos métodos ofrecen una tasa de curación cercana al 90% (4).

La elección de ablación versus resección se basa en muchos factores, como los hallazgos en la citología cervical, la impresión colposcópica y los resultados de la biopsia cervical, así como características individuales de cada paciente como la edad, embarazo y las probables complicaciones del tratamiento y, ocasionalmente, los probables efectos adversos en un embarazo posterior (4).

Las indicaciones para la realización de la conización fueron diagnósticas y terapéuticas:

1. Biopsia dirigida por colposcopia no concluyente en cuanto a micro invasión o invasión.
2. Lesión de alto grado que se extiende al conducto cervical y que no puede observarse en su totalidad, especialmente interior
3. Sospecha citológica de adenocarcinoma, pero no existe lesión visible
4. Anormalidades, sin diagnostico concluyente en el legrado endocervical.
5. Citologías anormales que sugieren lesión de alto grado, pero no existe anomalía colposcópica y la zona de transformación no es visible en su totalidad
6. El resultado de la citología sugiere lesión invasiva que no se corrobora por la biopsia dirigida por colposcopia
7. Discrepancias cito-colpo-histológicas (2,14).

El tratamiento de las lesiones del cérvix uterino debe ser escisional, fundamentalmente por 2 motivos: en primer lugar para obtener material para

estudio histológico y asegurar la ausencia de invasión y, en segundo lugar, por ser el método más seguro para conseguir la curación del proceso. La técnica adecuada será aquella que permita estos objetivos con la menor agresividad posible (2).

Después de la conización queda un riesgo de persistencia-recurrencia de la lesión de 5 a 30%; los índices elevados de enfermedad persistente se asocian a lesiones de grandes dimensiones, más de 2/3 partes de la superficie del cuello uterino, compromiso de glándulas endocervicales, márgenes positivos y positividad continua a ADN del virus del papiloma humano (especialmente del virus del papiloma humano 16) (4), por esto se requiere seguimiento colpocitohistológico postcono, el seguimiento es obligatorio con citología para investigar recurrencia (3). Se denomina recurrencia a la aparición de la enfermedad luego de su remisión 12 meses después del tratamiento (5).

Las principales complicaciones tempranas son la hemorragia, infecciones, las complicaciones tardías: estenosis cervical, incompetencia ístmocervical, las complicaciones más raras según la literatura con hematometra y/o piometra por estenosis cervical, Hematoma retroperitoneal a causa de una malformación arterio-venosa, con una significativa tasa de morbilidad que puede dar origen a secuelas reproductivas, obstétricas e incluso la muerte (2,6,7,8,9,10,11,12).

En conclusión, la conización es una alternativa en la mayoría de los casos al cono frío con bisturí, la cual ha permitido una reducción del sangrado intraoperatorio y de la hemorragia post quirúrgica (2); con la consiguiente es una intervención simple, de bajo costo, que aporta una cantidad de material adecuado para estudio histológico, siendo la mayor dificultad la evaluación histológica de los bordes quirúrgicos por el daño térmico que se produce; no exenta de peligros, una intervención con cicatrización rápida, que conserva íntegra la capacidad reproductiva, con una baja tasa de complicaciones tempranas, siendo la complicación más común la hemorragia que se produce durante la intervención, en el postoperatorio inmediato o en el octavo día postoperatorio. Por último, es una excelente herramienta en el manejo de las NIC que requieren de cono cervical con fines diagnóstico en un 84 a 97% y tratamiento, conociendo su profundidad, grado y severidad, teniendo una efectividad de aproximadamente el 90%, que representan a la mayoría de las pacientes (3,5,14).

2. Antecedentes

La colposcopia nace en Alemania por Hans Hinselmann por el director de la clínica de ginecología de la universidad de Hamburgo en 1925, tratando de descubrir las formas iniciales de las lesiones cervicales, inventó un aparato con una lente de 10 aumentos, utilizando un microscopio binocular, provisto de una fuente de luz a la que nombro: colposcopio.

A lo largo del tiempo se han probado distintos tratamientos y protocolos con el objeto de obtener los mejores resultados en el control de esta patología; entre estos están los métodos ablativos que destruyen la lesión in situ y los escisionales que la extirpan (15).

La conización cervical fue descrita por Martzloff en 1932 como una técnica diagnóstica en lesiones del cérvix uterino (2) . El término adenocarcinoma in situ (AIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones en las cuales las células carcinomatosas indiferenciadas abarcaban todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal (15).

En 1949 Paul Younge fue la primera persona en tratar la neoplasia intraepitelial cervical con electrocirugía (15).

En 1950 Palmer comenzó a usar un electrodo que permitía tratar las displasias del cérvix resecaando la lesión, pero tenía recurrencia con el AIS y producía un efecto térmico que interfería en el diagnóstico histológico(15) .

En 1953, Palmer diseñó una pequeña asa eléctrica que permitía realizar biopsias escisionales de cérvix; sin embargo, no fue hasta 1981 en que Cartier presento una pequeña asa o LEEP para realizar pequeñas biopsias de cérvix (2).

Fue hasta 1960 en que McLaren afirmó que asociada a colposcopia y test de Schiller puede ser terapéutica hasta en el 90% de los casos de las lesiones no invasivas de cérvix. A lo largo del tiempo, se buscaron alternativas que mejoran la conservación anatómica y evitasen, o al menos disminuyeran, las complicaciones a medio y largo plazo como la estenosis y la incompetencia cervical, entre otras (2).

En 1973, Kaplan publican la utilización del láser CO2 como tratamiento destructivo de lesiones no invasivas de cérvix y, en 1979, Dorsey y Diggs publican las primeras conizaciones con láser CO2 (2).

En 1989 Prendiville y colaboradores modificaron el procedimiento con el uso de un ASA grande para extirpar toda la zona de transformación del cérvix, este método se denominó LLETZ. El mismo se difundió rápidamente, debido a que permitía la realización de conizaciones cervicales con ventajas sustanciales respecto a la técnica de conización por bisturí frío (2).

En 1990 se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: NIC de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones NIC 1, y NIC de alto grado que comprendía NIC 2 y NIC 3. Se consideró que las lesiones de alto grado eran precursoras ciertas del cáncer invasor ⁽¹⁵⁾.

El concepto de precursores del cáncer cervicouterino se remonta al final del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios epiteliales atípicos no invasores en muestras de tejidos adyacentes a cánceres invasores ⁽¹⁵⁾.

Actualmente, se ha difundido el uso de las asas diatermias para el tratamiento de estas lesiones, la cual fue introducida en Norteamérica a comienzos de la década de 1990; se convirtió rápidamente, en el método de elección para el tratamiento de las neoplasias intraepiteliales. Este método quirúrgico utiliza corriente alterna de alta frecuencia, que al contacto con la célula, aumenta de calor, la destruye y se convierte en vapor; esto produce un corte limpio de los tejidos con una mínima zona carbonizada. Desde su entrada a la práctica clínica, la cirugía de radiofrecuencia (Loop Electrosurgical Excision Procedure) o conización LEEP, es el procedimiento de elección por su simplicidad de ejecución, de carácter ambulatoria, bajo costo, las escasas complicaciones y los buenos resultados del corto y largo plazo para el control de estas lesiones ^(2,3,5).

3. Planteamiento del problema

La conización es un procedimiento muy seguro y la mayoría de las veces no va a tener consecuencias o complicación, sin embargo puede presentar los riesgos característicos de una cirugía, siendo la complicación más frecuente el sangrado abundante, con una tasa de complicaciones baja de la cual no se tiene una estadística en la clínica de colposcopia del Hospital Regional 1° de Octubre.

Es por esto que surge la necesidad de conocer ¿Cuál es la frecuencia de complicaciones en las pacientes sometidas a cono cervical en la clínica de colposcopia?

4. Justificación

El grupo poblacional más afectado con respecto a las lesiones cervicales son las mujeres en edad reproductiva, por lo que es crucial que el tratamiento de estas lesiones con procedimientos más extensos que cada vez más deben ser individualizados dado el incremento de complicaciones en el seguimiento posterior así como en futuros embarazos. Una biopsia de cono también se puede usar como diagnóstico y tratamiento para extirpar las lesiones sospechosas, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas. Sin embargo una biopsia de cono puede tener complicaciones como hemorragia post cono, lesión a vejiga, lesión a recto, así como infección asociada, entre otras, de las cuales no se tiene estadística, en el Hospital Regional 1° de Octubre; es por esto que surge la necesidad de conocer las complicaciones que se presentan a la realización del cono central, individualizar la terapéutica y poder corregir los fallas a la toma del cono cervical que pudieron contribuir a su presencia.

5. Hipótesis

La frecuencia de complicaciones en las pacientes sometidas a cono cervical es del 3%.

6. Objetivo general

Determinar la frecuencia de complicaciones con la realización del cono cervical en mujeres atendidas en la clínica de colposcopia del Hospital Regional 1º de Octubre

7. Objetivo específico

1. Establecer el número de pacientes que cursaron con complicaciones tempranas posterior a la realización del cono cervical como hemorragia postcono, proceso infeccioso asociado, o tardías: lesión a vejiga o recto, estenosis cervical, incompetencia ístmico cervical, entre otras.
2. Evaluar el comportamiento de las lesiones según las diferentes modalidades del tratamiento que se realizó.
3. Conocer las características de las pacientes que presentaron complicaciones a la realización del cono cervical.
4. Identificar los factores predictivos asociados como enfermedades concomitantes que pudieron contribuir a las complicaciones posteriores a la realización de cono cervical.
5. Determinar los fallos terapéuticos que pudieron contribuir a la presencia de complicaciones posterior a la realización de cono cervical.

8. Metodología de la investigación

8.1. Diseño y tipo de estudio

Observacional transversal analítico

8.2. Población de estudio

Los expedientes de pacientes vistas en la clínica de colposcopia a las que se les realizo cono cervical en un periodo del 2010-2015.

8.3 Universo de trabajo

Se realizara el presente estudio para evaluaran los expedientes de las pacientes que acudieron a la consulta de colposcopia en el Hospital Regional 1 de Octubre en un periodo del 2010-2015.

8.3.1. Criterios de inclusión

Expediente clínico de pacientes con las siguientes características:

- Expediente completo de acuerdo a la NOM004
- Atendidos en la clínica de colposcopia
- Conización efectuada en el servicio y con seguimiento
- Reporte de colposcopia
- Reporte de citología cervical
- Reporte en caso de tener PCR de VPH
- Reporte de patología

8.3.2. Criterios de exclusión

- Expediente clínico incompleto
- Trastorno de estática pélvica
- Paciente con coagulopatía
- Antecedente de radioterapia
- Post-histerctomizadas
- Cáncer previo

8.3.3 Criterios de eliminación

- Expediente clínico mal conformado
- Sin reporte de patología
- Pacientes que no continuaron en consulta de seguimiento
- Que no hayan sido atendidos en la clínica de colposcopia
- Sin reporte de colposcopia
- Sin reporte de citología cervical
- Sin reporte en caso de tener PCR de VPH

8.3.4 Descripción operacional de las variables.

Tabla no. 1. Descripción de variables

Variable	Definición operacional	Tipo	Escala de medición
<u>EDAD</u>	Edad en el momento del diagnóstico Interrogatorio directo a la paciente en el momento que acude al servicio de ginecología y obstetricia del hospital regional 1° de Octubre, la cual es expresada en años y registrada en el expediente clínico.	Cuantitativa	Años cumplidos
<u>INICIO DE VIDA SEXUAL</u>	Mediante interrogatorio directo se cuestionara la edad a la cual se inició vida sexual lo cual será registrado en el expediente clínico	Cuantitativa	Número exacto de años cumplidos
<u>NUMERO DE PAREJAS SEXUALES</u>	Mediante interrogatorio directo al acudir al servicio de ginecología y obstetricia del hospital regional 1° de Octubre se preguntara la cantidad de parejas con las que se mantuvo actividad sexual hasta la fecha de realización del estudio.	Cuantitativa	Número de parejas
<u>NUMERO DE GESTAS</u>	Mediante interrogatorio directo se preguntara el número de gestas al momento del diagnostico	Cuantitativa	Número de gestas
<u>CONSUMO DE ALCOHOL</u>	Mediante interrogatorio directo se preguntara sobre toxicomanías	Cualitativa	Positivo o negativo
<u>CONSUMO</u>	Mediante interrogatorio	Cualitativa	Positivo o

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDAS A CONO CERVICAL EN LA CLINICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL 1 DE OCTUBRE DEL AÑO 2010-2015

<u>TABACO</u>	directo se preguntara sobre toxicomanías		negativo
<u>ADN VIRAL</u>	Reporte de PCR tipo de virus: Grupo de alto riesgo,16, 18,	Cualitativa	Positivo o Negativo
<u>REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL</u>	Reporte de citología cervical con resultado anormal	Cualitativa	Normal Inflamatorio LIEBG/ LIEAG Ca in situ
<u>REPORTE DE COLPOSCOPIA</u>	Reporte de Colposcopia con resultado anormal	Cualitativo	Satisfactorio insatisfactorio
<u>TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA EN EL CONO CERVICAL.</u>	Reporte de tipo de lesión previo a la toma del cono cervical	Cualitativo	Normal Inflamatorio LIEBG/ LIEAG Ca in situ Microinvasor
<u>ENFERMEDADES CONCOMITANTES (DM, AUTOINMUNES)</u>	Mediante interrogatorio directo se preguntara sobre enfermedades crónico degenerativas que puedan influir en los resultados	Cualitativo	Positivo Negativo
<u>COMPLICACION POS CONO CERVICAL (SANGRADO, INFECCIÓN, OTRAS)</u>	Reporte de tipo de complicación documentado en el expediente clínico.	Cualitativo	Positivo Negativo

8.3.5 Procesamiento y análisis estadístico.

Estadística descriptiva

9. Aspectos éticos.

De acuerdo con los artículos 47, 98, 99, 109 y 110, de la **Ley General de Salud**, este estudio se cataloga como de riesgo mínimo para los participantes, ya que no involucra procedimientos que pongan en peligro la salud de los mismos.

En el CODIGO DE BIOETICA PARA EL PERSONAL DE SALUD DE MEXICO, en el **Capítulo VII**, que se refiere a la **BIOETICA EN LA INVESTIGACION EN SALUD**, específicamente en el Artículo 40, se lee: —El beneficio que los pacientes y la comunidad obtienen de las actividades médicas se basa en el progreso de las Ciencias de la Salud que se fundamenta en la investigación. Participar en las investigaciones es una obligación moral del personal, fuente de su propio desarrollo”.

Este estudio permite a la paciente aceptar o no de forma libre la realización de la prueba respetando el principio de *autonomía*, la cual no invalidamos ya que solo estamos utilizando los datos vertidos en el expediente, sin evidenciar el nombre de cada una de las pacientes, así como de asegurarle que la acción de revisar los expedientes y utilizar los datos vertidos en estos, no causa perjuicio sobre su persona ni la terapéutica empleada, (*no maleficencia*), si no por el contrario se beneficiara al ser detectada a tiempo con la profilaxis adecuada y oportuna (*beneficencia*), misma que se brindara a toda mujer participante del estudio no importando su raza ni religión (*justicia*).

10. Aportaciones o beneficios generados para el instituto.

Conocer las cifras reales acerca de la frecuencia de lesiones incidentales posterior a la realización de cono cervical, en las mujeres tratadas en el Hospital Regional 1° de Octubre.

11. Perspectivas

Este trabajo es una autoevaluación de la clínica de colposcopia que nos permitirá mostrar tanto las fortalezas así como las debilidades del servicio.

12. Resultados

Este estudio incluyo la revisión de 48 expedientes de pacientes que se analizaron del 1° de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2015 en la clínica de colposcopia del Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE.

Las características del grupo de pacientes evaluados, mostro que el promedio de edad van desde los 22 a los 66 años de edad, con una media de 44.34, la edad más frecuente fueron los 47 años (5) con 10.6 %.

La edad de inicio de la vida sexual oscilo entre los 15 y 37 años, con una media de 19.98, el 34 % fue los 18 años (16), en segundo lugar los 17 años con el 10.7% (5), la edad más tardía de inicio de vida sexual fueron 37 años (1).

El número de parejas sexuales de las pacientes mostro que el mayor porcentaje acumulado con un 63.8 % (30) oscilo entre 1 y 2 parejas sexuales, media de 2.55, siendo relevante el 2.1%(1) que refirió 11 parejas sexuales.

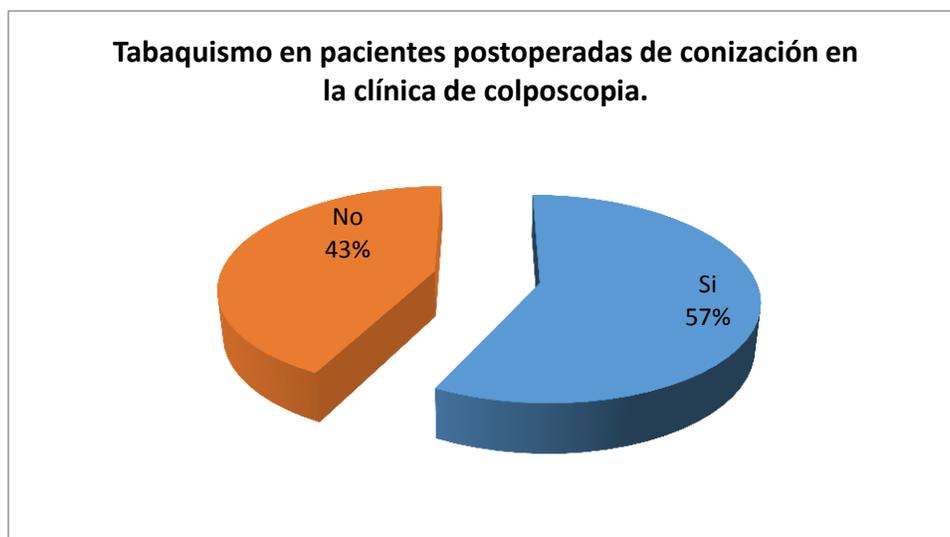
En cuanto al consumo de alcohol, los resultados se observan en la siguiente gráfica:

Gráfica no. 1. Consumo de alcohol



El tabaquismo, se considera un factor de riesgo en la población estudiada, por lo cual se encontraron los siguientes resultados:

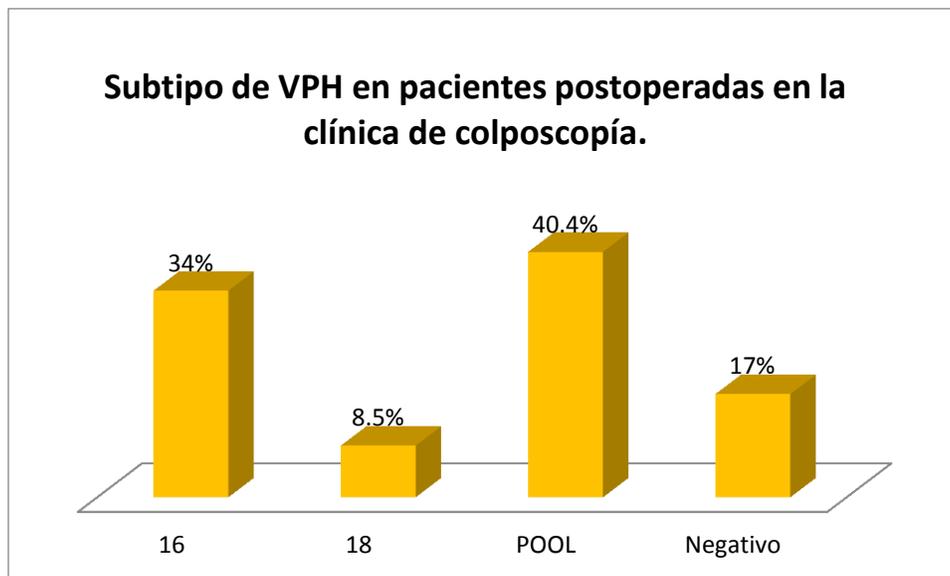
Gráfica no. 2 Consumo de tabaquismo



Se revisaron los reportes de PCR tomados a las pacientes, en donde se observó que el 40.4% (19) corresponde al grupo del pool, el cual representa 18

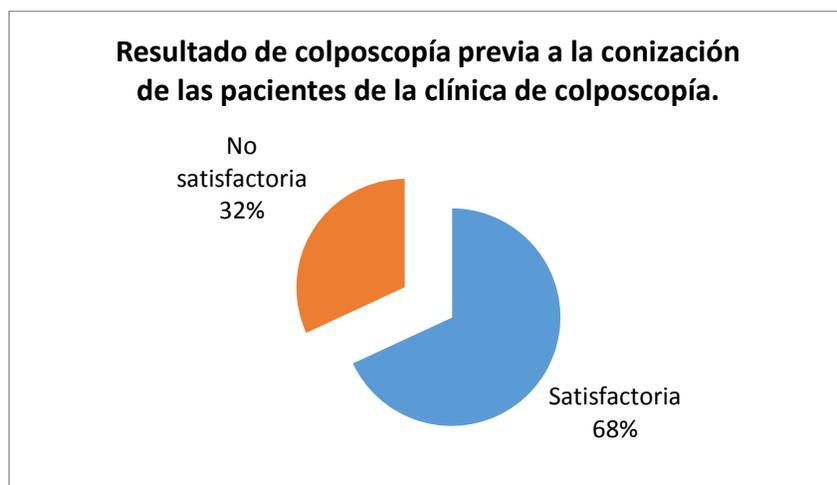
distintos serotipos del virus del papiloma humano, el resto se observa en la siguiente gráfica:

Gráfica no. 3 Tipo de VPH reportado por PCR



El diagnóstico citológico previo a la realización de la conización evidencio que la indicación más frecuente fue la LIEBG en el 48.9% (23), seguida de la LIEAG 40.4% (19). El reporte de las colposcopías tomadas a las pacientes mostraron los siguientes resultados:

Grafica no. 4 Resultados de colposcopia



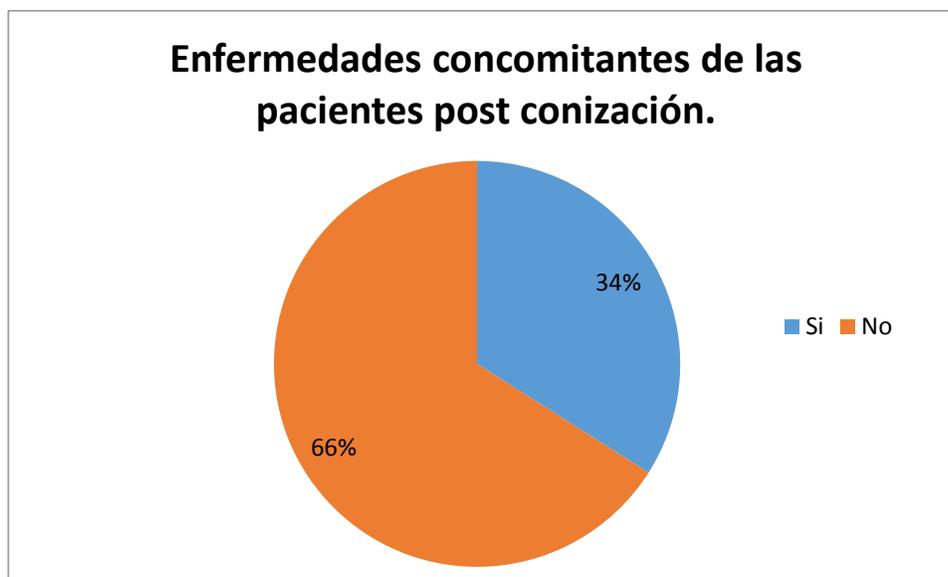
Posterior a la realización de la conización, los reportes de patología evidenciaron los resultados mostrados en la siguiente tabla:

Tabla no. 2. Reporte de patología de la toma de muestra en la conización

RESULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inflamatorio	17	36.2
LIEBG	19	40.4
CaCu epidermoide in situ	4	8.5
Adenocarcinoma	1	2.1
LIEAG	3	6.4
CaCu in situ invasor	1	2.1
Carcinoma adenoescamoso invasor	2	4.3
Total	47	100

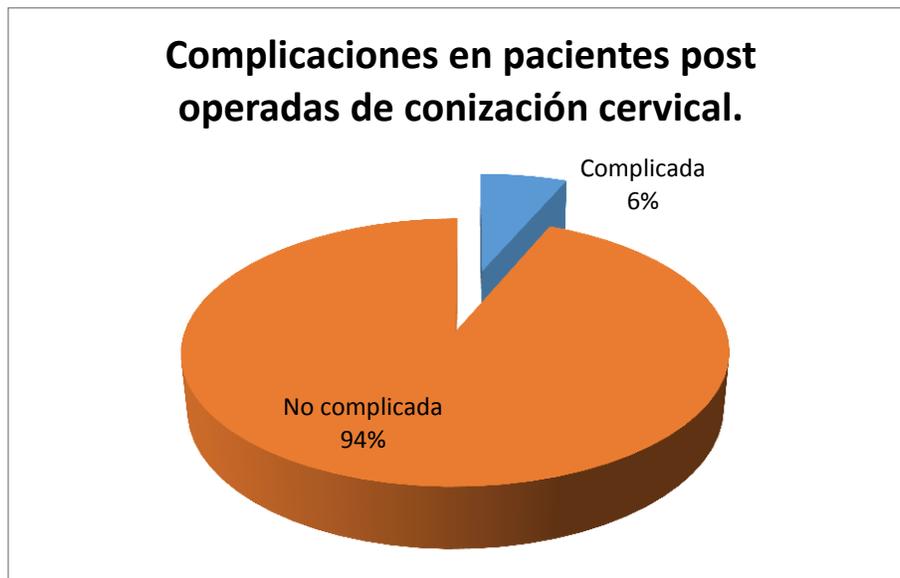
Se buscó si la paciente en estudio, presentaba enfermedades concomitantes, de las cuales el 34%(16) las presentaba, siendo principalmente enfermedades cronicodegenerativas, tales como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial e Hipotiroidismo, así como un caso de Artritis Reumatoide y Mieloma Múltiple respectivamente.

Grafica no. 5 Enfermedades concomitantes



De acuerdo a la revisión de expedientes, las pacientes a las cuales se les realizo la conización, presentaron complicaciones en un 6.4% (3) siendo estas un sangrado inmediato y dos sangrados tardíos.

Grafica 6. Complicaciones post conización



13. DISCUSIÓN

La conización se reconoce como el manejo estándar para el tratamiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino, independientemente de la técnica utilizada. Recientemente se han desarrollado nuevas técnicas que complementan el tratamiento, con la finalidad de escindir la totalidad de la lesión y con esto reducir los porcentajes de persistencia o recurrencia de la enfermedad; Considerando que las pacientes candidatas a estos tratamientos son mujeres en edad reproductiva, se eligen los manejos menos invasivos, por lo que surge la necesidad de individualizar el tamaño del cono, la amplitud de la muestra o utilizar medidas complementarias para disminuir la tasa de complicaciones en embarazos subsecuentes y así poder realizar el seguimiento cito-colposcópico subsecuente.

Uno de los principales objetivos del tratamiento de las lesiones preinvasoras consiste en garantizar su completa resección abarcando toda la zona de transformación, tiene un buen pronóstico y es curable en el 100% de los casos. Se acepta que el tratamiento de las lesiones de alto grado del cérvix uterino debe ser escisional, por 2 motivos: en primer lugar para obtener material para estudio histológico de los bordes quirúrgicos y asegurar la ausencia de invasión y, en segundo lugar, por ser el método más seguro para conseguir la curación del proceso, siendo así que con su uso se pueden diagnosticar entre un 84 a 97% de los casos de NIC II o superiores, teniendo una efectividad de aproximadamente el 90%. Por lo tanto la técnica adecuada será aquella que permita estos objetivos con la menor agresividad posible.

La colposcopia no satisfactoria puede ocurrir cerca de un 31.9% (15 casos) de las colposcopias, como resultado de la inhabilidad de visualizar de la zona de transformación o la extensión de la lesión displásica. La presencia de infección por VPH serotipo 16 Y 18 se reconocen como factores asociados al riesgo de presentar lesiones premalignas de cuello uterino y en la génesis de las lesiones precursoras del cáncer cérvico-uterino; A su vez identificamos la edad como un factor independiente de riesgo para encontrar lesión en el cono cervical, siendo este riesgo mayor en aquellas mujeres mayores de 40 años.

En la literatura se muestran indicaciones precisas para la realización de un cono cervical siendo la propuesta: Biopsia dirigida por colposcopia no concluyente en cuanto a micro invasión o invasión, Lesión de alto grado que se extiende al conducto cervical y que no puede observarse en su totalidad, diagnostico no concluyente en el legrado endocervical. Citologías anormales sin anomalía colposcópica y la zona de transformación no es visible en su totalidad, citología con probable lesión invasiva, discrepancias cito-colpo-histológicas; En nuestro estudio la asociación más frecuente fue la LIEBG recurrente en el 48.9% (23 casos), seguida de la LIEAG 40.4% (19 casos).

Así pues en nuestro estudio definimos que de manera independiente que la edad, el reporte histopatológico de la biopsia pre-cono así como los factores pronósticos se asocian a encontrar en los reportes de patología posterior a la toma de cono cervical que el 40.4% (19 casos) se reportó una LIEBG, el 36.2% (17 casos) fue inflamatorio, el 8.5% (4 casos) correspondieron a un CaCu epidermoide in situ, el 6.4% (3 casos) por LIEAG, el 4.3% (2 casos) fue el carcinoma adenoescamoso invasor

La complicación más frecuente es la hemorragia pos quirúrgica seguido de la estenosis cervical, la infección y la incompetencia cervical, En nuestros resultados fue la hemorragia posquirúrgica con un total de 3 pacientes (6%) complicaciones hemorrágicas. A pesar de que se ha afirmado que la tasa de complicaciones es baja, sin embargo, la incidencia de hemorragia postoperatoria en las diferentes técnicas, es de alrededor del 3%.

14. Conclusiones

La toma de cono cervical es una alternativa terapéutica que ha sido un aporte trascendental en el manejo de las lesiones preclínicas, tanto diagnóstico como terapéutico, de bajo costo, que puede ser tomado de manera ambulatoria, con buena aceptación y baja tasa de complicaciones, tanto del sangrado intraoperatorio y/o de la hemorragia post quirúrgica; con la consiguiente reducción del tiempo de hospitalización; que permite identificar casi la totalidad de las lesiones de alto y bajo grado con un bajo porcentaje de casos con lesión residual.

Por lo tanto es necesario investigar más sobre los factores de riesgo asociados que facilitan la presencia de LIEAG o CaCu, sobre todo en el manejo y seguimiento de las lesiones cervicales. Siendo así necesario insistir en medidas preventivas, en salud reproductiva.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Williams, John O. Schorge, MD Joseph I. Schaffer, MD Lisa M. Halvorson, MD Barbara L. Hoffman. Gynecologic. 23 Ed. P 892.
2. D. Rubio M. González M.A. Prieto J.J. Paniagua M. de Nicolás. Conización cervical: conocimientos actuales y evaluación de las diferentes técnicas quirúrgicas. Prog Obstet Ginecol 2004;47(6):272-7.
3. Dr. Miguel Armando Moradel, Dr. Miguel Angel Crespín, Dr. Oscar Aguila. Conización del Cuello Uterino en Patología Cervical Revista médica hondureña vol. 60.
4. Juan Manuel Carvajal Pliego, Rodolfo Saúl Torres Mendoza, Aarón González Encisob, Delia Pérez-Montiel, Federico Lasad y David Cantú de León. Gaceta Mexicana de Oncología. Factores asociados a enfermedad residual en el cono central 2015;14(1):21–27.
5. José Ramón Urdaneta-Machado, Ana Margarita Uhia González b , Maritza Cepeda de Villalobos c , Mery Guerra Velásquez c , Nasser Baabel-Zambrano c y Alfi de Jesús Contreras-Benítez. Conización con asas diatermias en lesiones premalignas de cuello uterino Prog Obstet Ginecol. 2011;54(10):511—517
6. Retroperitoneal hematoma – a rare complication after cervical conization because of cervicoisthmic arteriovenous malformation: a case report. Central European Journal of Medicine. Cent. Eur. J. Med. • 6(6) • 2011 • 710-712 DOI: 10.2478/s11536-011-0082-5.
7. Ponlawat Sutthichon, Chumnan Kietpeerakool. Perioperative Complications of an Outpatient Loop Electrosurgical Excision Procedure: A Review of 857 Consecutive Cases. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 10, 2009 351.
8. Au. Göran Larsson, md, bc) Gll,i.Berg, pHd, and Hans Grundsell,
9. Cervical stenosis following electrosurgical conization. Figueira (IFF), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), A Comparison of Complications of Laser and Cold Knife Conization. Flamengo. Rio de Janeiro, Brazil. Sao Paulo Med J. 2008;126(4):209-14.
10. Annick Pina & Stéphanie Lavallée & Cathy Ndiaye & Marie-Hélène Mayrand. Reproductive Impact of Cervical Conization. Curr Obstet Gynecol Rep (2013) 2:94–101.
11. Geeta Gurung, Ashma Rana, Archana Amatya, Shilu Adhikari. N. J. Complete cervical stenosis resulting hematometra following cold knife conization for CIN III: A case report. Obstet. Gynaecol Vol. 1, No. 1, p. 66 - 67 May 2006
12. Ali Ghassani,1 Benoit Andre,1,2 Caroline Simon-Toulza, Yann Tanguy le Gac,1 Alejandra Martinez, and Fabien Vidal. Vaginal Evisceration: An Unexpected Complication of Conization. Hindawi Publishing Corporation, Case Reports in Obstetrics and Gynecology Vol 2014, Article ID 983682, 3 pages.
13. Luciano Cruz Edgar, López Velázquez José Luis, Trejo Solórzano Oscar. Pronóstico de las Lesiones Cervicales Sometidas a Conización

Y Electroesferolisis. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. Año IV, No. 8, Abril 2013

14. Dr. Erick Jacobo Álvarez – Rodas. Manual de la clínica de detección temprana. Equipo técnico OPS /OMS Guatemala.
15. John W. Sellors, M.D. R. Sankaranarayanan, M.D. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer Lyon, Francia, 2003