



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

PERSISTENCIA DE LESIONES DE NIC 2, 3 Y CA INSITU
POSTCONIZACION CERVICAL CON ASA
ELECTROQUIRURGICA, DEL 01 DE ENERO DEL 2009 AL 31
DE DICIEMBRE DEL 2011.

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA. SANDRA ITZEL MONTIEL PADILLA

Asesores

Dr. Sergio Bruno Muñoz Cortes
Asesor Teórico

Dra. Roció Guerrero Bustos
Asesor Metodológico

México, D. F 2012



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.

DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ

JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POST GRADO, UNAM
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D.

DRA. ROCIO GUERRERO BUSTOS

JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE POST GRADO UNAM
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

ASESOR TEORICO

DR. SERGIO BRUNO MUÑOZ CORTEZ

ASESORA METODOLOGICA.

DRA. ROCIO GUERRERO BUSTOS

DRA. SANDRA I. MONTIEL P.

RESIDENTE DE 4° AÑO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
AUTORA DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR TODO LO QUE DIA A DIA ME HA CONCEDIDO.

A MIS PADRES Y HERMANA SANDRA PADILLA , VICTOR MONTIEL Y TOCI MONTIEL POR HABERME APOYADO EN TODO MOMENTO EN EL LARGO CAMINO DE ESTA CARRERA Y POR SIEMPRE ESTAR CONMIGO EN TODO MOMENTO ADEMAS DE SER UN EJEMPLO DE EXCELENCIA EN TODAS LA ETAPAS DE MI VIDA PROFESIONAL.

AL LIC. LUIS JOO MARQUEZ POR TODO SU AMOR, COMPRESION, PACIENCIA Y APOYO.

A MIS MAESTROS Y AMIGOS DR. SERGIO BRUNO MUÑOZ, DRA. LIDIA SANTANA, DR. RAFAEL RODRIGUEZ, POR SU CONFIANZA, EXIGENCIA Y ENSEÑANZA.

A MIS AMIGOS: DRA. LETICIA MEDELLIN, DRA. MARISOL GOMEZ, DR. HUMBERTO ORTIZ, DRA. LETICIA GUADARRAMA, DRA. DIANA CRUZ, DRA. DIANA QUINTERO, DRA. PAOLA MARTINEZ Y DRA. DIANA TIRO POR SER LOS MEJORES COMPAÑEROS DE GENERACION ADEMAS DE CONVERTIRSE EN MIS AMIGOS Y APOYO EN LAS DIFERENTES SITUACIONES PERSONALES Y PROFESIONALES QUE MARCARON MI PASO DURANTE MI CAMINO POR LA RESIDENCIA.

Y POR ULTIMO A LA GUARDIA “A” MI GUARDIA POR TODOS LOS MOMENTOS, RISAS, CIRUGIAS, DOLORES DE CABEZA QUE ME MARCARON Y LOGRARON CONVERTIRME EN LO QUE SOY Y LLEGAR A ESTE MOMENTO:

DRA. FABIOLA COCOM, DRA. ALEJANDRA MARTINEZ, DRA. ROCIO AVILA, DRA. BINELE CRISTOBAL, DR. JONATAN TORRES, DRA. SANDRA FERREIRA, DRA. PAOLA JIMENEZ, DRA. SANDY ALPUCHE, DRA. FLOR ALVARADO, DRA. SUSANA PARRA, DR. LEONARDO VAZQUEZ, DRA. SILVIA RAMIREZ, DRA. MONICA TORRES, DR. OSWALDO SANDOVAL.

GRACIAS DRA. ROCIO GUERRERO BUSTOS JEFE DE ENSEÑANZA Y AL MAESTRO DR. ANTONIO GUERRERO JEFE DE SERVICIO POR DARME LA OPORTUNIDAD DE FORMARME BAJO LA TUTELA DEL MEJOR HOSPITAL: HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

A TODOS USTEDES GRACIAS.....

INDICE

1. ABREVIATURAS	4
2. RESUMEN.....	5
3. INTRODUCCION	6
3.1 MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES.....	6
4. JUSTIFICACION.....	11
5. OBJETIVOS:	12
5.1 OBJETIVO GENERAL:.....	12
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	12
6. Hipótesis.....	13
7. MATERIAL Y METODOS	14
8. DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION	17
9. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	18
10. ORGANIZACIÓN Y LOGISTICA.....	19
10.1 RECURSOS HUMANOS:.....	19
10.2 RECURSOS MATERIALES:.....	19
10.3 RECURSOS FINANCIEROS:.....	19
11. IMPLICACIONES ETICAS DEL ESTUDIO	20
12. RESULTADOS.	21
13. DISCUSION	23
14. CONCLUSIONES.....	26
ANEXOS	28
BIBLIOGRAFÍA	39

1. ABREVIATURAS

1.-CaCu:

Cáncer cervicouterino

2.-LIEAG:

Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado.

3.-LIEBG:

Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado.

4.-NIC:

Neoplasia intraepitelial cervical.

5.-VPH:

Virus del papiloma humano.

.

2. RESUMEN

Antecedentes: La escisión incompleta de las lesiones ha sido reportada como causa de un incremento en la tasa de fracaso en el tratamiento de las lesiones. Algunos autores han encontrado que el grado de la lesión y la afectación del borde quirúrgico son predictivos, de la persistencia de la enfermedad. Además existe un seguimiento inadecuado y muy variado de una institución a otra después de la conización cervical con asa electroquirúrgica. Algunos de los centros utilizan solamente la citología, otros la colposcopia o ambos.

Por lo que el objetivo principal del presente estudio fue demostrar la persistencia de lesiones de alto grado (NIC 2, NIC 3, y Ca insitu), posterior a la realización del cono con asa electroquirúrgica, en primer lugar por que es uno de los indicadores de calidad internacional, que debe de ser menor del 10%, del total de procedimientos.

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, retrolectivo, y unicentrico, se utilizaron los expedientes clínicos de las pacientes tratadas en el la clínica de Colposcopia y tracto genital inferior del área de ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, en el periodo comprendido del 1ero. de Enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011, con un total de 96 expedientes que completaron los criterios de inclusión y exclusión.

Los resultados presentaron un porcentaje de persistencia de bordes positivos de tan solo 12.5% (12 casos) en relación del total de 96 pacientes, tratadas.

Demostrándose con este estudio que estamos a tan solo 2.5% por encima del indicador de calidad internacional (10%), mismo que en los últimos 6 años, se disminuyo considerablemente (26.5% en el 2005).

3. INTRODUCCION

3.1 MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES.

El Cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud en México, y en el mundo. En México es el cáncer mas frecuente en las mujeres, cada dos horas muere una mujer por esta causa; registrándose mas de 4,000 muertes al año. A nivel mundial representa la segunda causa de mortalidad por cáncer en la mujer. (1).

Debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico, muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, se considera un problema de salud pública por lo que es necesario, subrayar como estrategia principal, la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia, eficacia. (13).

Si bien se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología, del cáncer cervicouterino y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención, lográndose altas coberturas, de detección temprana a través del estudio citológico, Papanicolaou, garantizándose un nivel adecuado de calidad, de los procedimientos de los laboratorios de histología, así como el tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas, constituirá el eje fundamental del programa de Prevención y Control de Cáncer cervicouterino.(13).

Las paciente con reporte citológico de infección, por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer, se deberán referir a una clínica de colposcopia, para la confirmación diagnostica, por estudio histopatológico, y para tratamiento y control, según corresponda (13).

El virus del papiloma humano tiene una relación causal con el cáncer cervicouterino, el 99.4% del cáncer cervicouterino, esta en relación con el virus del papiloma humano este produce alteraciones neoplásicas intraepiteliales de diferentes grados, en los epitelios genitales: en el cérvix se ha clasificado en Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEBG), y lesiones intraepiteliales

escamosas de alto grado (LIEAG) (3,4). El virus del papiloma humano se subdivide según su potencial oncogénico en grupos de alto y bajo riesgo. El de alto riesgo lo constituyen principalmente los serotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, y otros, el de bajo riesgo lo constituyen especialmente los serotipos 6 y 11.(15).

El mecanismo de acción del Virus del papiloma humano es a través de la invasión de células sanas para controlar la maquinaria celular obligarla a dividirse y obtener sustancias indispensables para la replicación viral. Se ha observado que durante este proceso el sistema inmune reacciona ante la infección viral y de alguna manera mantiene el HPV bajo control. Sin embargo en ocasiones cuando el sistema inmune es deficiente o se ve debilitado por alguna otra infección el virus se vuelve mas agresivo y puede ocasionar en casos extremos, la transformación de células normales en cancerosas.

Factores de riesgo para cáncer cervicouterino:

- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18).
- Múltiples parejas sexuales (tanto hombre como de la mujer).
- Infección cervical por virus del papiloma humano.
- Antecedente de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Deficiencia de folatos y de vitamina A, B Y C.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico.

Se utiliza la citología cervical como método de detección ó tamizaje cervicouterino,(6). Para la toma satisfactoria, de la citología cervical, es necesaria la observación directa del cuello uterino, mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocervix, zona de transformación endocervix. (13).

La citología cervical dada su sensibilidad, especialidad, costo-beneficio, aceptación y resultados que lo ubican como el mejor y más aceptado de los métodos de tamizaje en la actualidad. (15).

En las ultimas décadas se ha presentado un aumento significativo en la incidencia y diagnóstico de las lesiones intraepiteliales, con una progresiva disminución de los casos de enfermedad invasora. Las principales razones se encuentran en la

aplicación de programas y estrategias para una detección oportuna, del cáncer cervicouterino (15).

La historia natural de la enfermedad indica que en aproximadamente 60% de los casos de NIC 1, hay regresión espontánea, 30% persiste y 10%, progresa a NIC 3 y se hace invasivo. Para el NIC 2 los respectivos valores son 40% hay regresión, 20% persisten y 35% progresan y para el NIC 3, la probabilidad de regresión es del 33% y de progresión a un estado invasivo es del 12%. Debido a la evidencia de estos datos, es indispensable hacer un diagnóstico y un tratamiento oportuno de la Neoplasia intraepitelial cervical, para evitar que la lesión evolucione.(14).

La conización con asa electroquirúrgica es un método conservador de corte y coagulación para los tejidos blandos el efecto de corte se realiza debido a la acción de corriente de radiofrecuencia, la cual es aplicada por un alambre fino, de tungsteno, denominado electrodo quirúrgico. (4, 5, 8, 9).

La conización con asa electroquirúrgica, ha sido establecido como el procedimiento de elección, para el tratamiento de elección para la lesión intraepitelial cervical de bajo y alto grado. El procedimiento es rápido seguro, y bien tolerado por la paciente. La muestra es enviada a patología para su revisión histológica. Se reporta un 63% a 97% de éxito, en el tratamiento de la lesión intraepitelial (8,9).

La lesión intraepitelial del cérvix es considerada un precursor del cáncer cervicouterino. Las lesiones intraepiteliales denominadas displasia en el pasado, pueden ser definidas como un espectro de cambios, que comienzan como una neoplasia intraepitelial y que finalizan con el cáncer cervicouterino invasor (15).

La obtención de una citología que reporta lesión de alto grado, identifica una población con un riesgo significativo, de tener una lesión de alto grado por histología, (70 a 75% de los casos demuestran una lesión intraepitelial cervical de alto grado al estudio

histopatológico), lo cual nos indica la sensibilidad de esta prueba de tamizaje. (15).

Desde que se implemento el procedimiento con el asa electroquirúrgica se ha producido un incremento notable en el numero de conos realizados, para el tratamiento, de la neoplasia intraepitelial cervical, la buena aceptación de las mujeres al procedimiento, se basa en la casi ausencia de complicaciones reflejadas en la categórica, disminución de los días de hospitalización siendo una intervención esencialmente ambulatoria (14).

Con el objeto de obtener una pieza para el estudio histológico satisfactoria, el asa electroquirúrgica, debe realizarse bajo visión colposcopia, localizando la lesión, incluyendo la totalidad de la zona de transformación, utilizando un tamaño adecuado de ASA. (14).

Se han identificado factores de riesgo para la lesión de bordes quirúrgicos, en las muestras de los conos, lesiones que se introducen al canal endocervical; por su situación son un reto, ya que generalmente existe una zona ciega, que no es posible valorar. La extensión y el grado de la lesión que son datos orientados hacia la profundidad de invasión, por lo que deben ser tomados en cuenta, para el tratamiento que se va a realizar.(16).

Es importante considerar las causas, que pueden dificultar el estudio histopatológico del cono, como son:

-AUSENCIA DE ORIENTACION.

La pieza quirúrgica de conización, debe ser orientada, con algún punto de referencia en el cono y el patólogo entintar los bordes quirúrgicos, para que no existan dudas para cuando el histopatologo realice los cortes de la muestra.

-DAÑO TERMICO:

Es un factor a tomar en cuenta sobre todo para la buena lectura de la pieza quirúrgica, por lo que es esencial el conocimiento físico del aparato a utilizar para llevar acabo la resección. (16).

La conducta a seguir en un paciente con bordes positivos se debe individualizar, las pacientes con deseo de fertilidad, se repite el cono y si son pacientes con paridad satisfecha se puede realizar histerectomía. (16).

4. JUSTIFICACION

El propósito del estudio fue determinar la persistencia de lesiones de alto grado (NIC2, NIC3 y Ca insitu) tratadas postconización cervical con asa electroquirúrgica en la clínica de colposcopia y patología del tracto genital inferior del servicio de ginecología del Hospital General de México del 01 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011.

5. OBJETIVOS:

5.1 OBJETIVO GENERAL:

-Determinar la persistencia de bordes positivos en NIC2, NIC3 y Ca insitu, en pacientes que se realizo conización cervical con asa electroquirurgica.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Determinar el numero de conos con NIC 2, NIC3 y Ca insitu en la clínica de colposcopia y patología del tracto genital inferior de Ginecología del Hospital General de México.

-Conocer la edad promedio de las pacientes con NIC 2, NIC3 y Ca insitu.

-Determinar el porcentaje de eficacia de las pacientes postcono con NIC2, NIC3 y Ca insitu (según indicadores de calidad internacional).

-Identificar el tratamiento mas frecuente posterior a conización con presencia de bordes positivos.

-Conocer la variante histológica mas frecuente.

-Conocer si las pacientes acudieron a consultas de seguimiento posterior a procedimiento.

6. Hipótesis.

Es frecuente la persistencia de la lesión residual en las pacientes tratadas con asa diatérmica, por el diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado en cérvix.

7. MATERIAL Y METODOS

Tipo y diseño de estudio:

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, retrolectivo, y unicentrico.

Marco Muestral:

Ubicación espacio temporal: Clínica de colposcopia y tracto genital inferior de la unidad de ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

Periodo: del 01 de Enero del 2009 al 31 de Diciembre del 2011.

Estrategia de trabajo:

Se determino la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión en una serie de casos, de las pacientes que cuentan con dichas características.

La investigación se realizo por medio de la evaluación de los expedientes clínicos, así como de los reportes histopatológicos de las pacientes que cubran los requisitos que mencionas los criterios de inclusión, y eliminación.

Se evaluaron los expedientes clínicos de las pacientes con dicho diagnostico, además debieron de contar con historia clínica completa, así como reporte histopatológico completo previo y posterior a la realización de Cono-Asa, los datos obtenidos fueron analizados y vaciados en una hoja de recolección de datos, previo análisis y discusión con los asesores metodológico y teórico.

Población en estudio y tamaño de muestra:

Población Fuente: Todos los expedientes clínicos de pacientes mujeres con diagnostico de lesiones de alto grado del tipo (NIC 2, NIC 3 Y Ca insitu) que acudieron a la consulta de la Clínica

de colposcopia y tracto genital inferior de la unidad de Ginecología del Hospital General de México.

Población Elegible: Expedientes de pacientes a las que se realizo tratamiento con Cono ASA electroquirúrgica con diagnostico de Lesión de Alto grado (NIC2, NIC 3 Y CA INSITU).

Tamaño de la muestra: Constituida por todos los expedientes clínicos de las pacientes atendidas con diagnostico de lesión de Alto grado (NIC2, NIC 3 Y Ca insitu) y con manejo con Cono-ASA por la misma razón en el periodo del 01 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011, así mismo que cumplan con los criterios de inclusión requeridos.

Criterios de inclusión, exclusión.

Criterios de inclusión:

1.- Expedientes de Mujeres con antecedente de diagnostico de lesión escamosa intraepitelial cervical de alto grado (NIC2, NIC3 y Ca insitu) por biopsia, previa realización de Cono-ASA electroquirúrgica durante el periodo de 01 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011.

2.-Expedientes de Pacientes con realización de tratamiento del tipo Cono-ASA electroquirúrgica, por lesión de Alto grado (NIC 2, NIC3 Y Ca Insitu). En la Clínica de Colposcopia y del Tracto Genital inferior de la unidad de Ginecología del Hospital General de México durante el periodo del 01 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011.

3.-Expedientes de pacientes que contaran con reporte histopatológico posterior a procedimiento (Cono-ASA) con descripción de bordes quirúrgicos por el servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de México.

Criterios de exclusión:

- 1.-Expedientes de pacientes con diagnostico de lesión intraepitelial de bajo grado.
- 2.-Expedientes de pacientes con diagnostico de lesión de alto grado por reporte histopatológico fuera de la Clínica de Colposcopia y tracto genital inferior de la unidad de Ginecología del Hospital General de México
- 3.-Expedientes de pacientes que no cuenten con reporte histopatológico con descripción de bordes quirúrgicos.
- 4.- Expedientes incompletos.
- 5.-Expedientes de pacientes con diagnostico de Lesión de Alto grado y tratamiento con Cono ASA, antes o después del periodo comprendido del 01 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011.
- 6.- Expedientes de pacientes que no acudieron a realización de Cono-ASA.
- 7.- Expedientes de pacientes que se trasladaron a otra unidad.

8. DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE EXPRESION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Edad referida por la paciente	Cuantitativa	Discreta	Años.
NIC 2	Lesión intraepitelial de alto grado confinada a los 2/3 basales del epitelio cervical	Lesión intraepitelial, que abarca los 2 tercios se encuentran por encima de la membrana basal que separa el epitelio escamoso del estroma	Cualitativa	Continua	2/3.
NIC 3	Lesión de alto grado y cubre mas de los 2/3 de todo el epitelio cervical.	Lesión intraepitelial que esta por encima de los 2/3 de del epitelio	Cualitativa	Continua	3/3.
CACU INSITU	Células anormales en el revestimiento mas interno del cuello uterino. Cubre los 3/3 del epitelio cervical	Grado de estratificación que se da para la clasificación de lesiones premalignas.	Cualitativa	Continua	3/3.
BORDES QUIRUGICOS POSITIVOS	Persistencia de lesión pos tratamiento con ASA, que puede abarcar el borde interno o externo del canal endo o exocervical.	Reporte histopatológico que confirma la presencia de lesión pos tratamiento con ASA.	Cualitativa	Discreta	POSITIVO
BORDES QUIRUGICOS NEGATIVOS.	Ausencia de lesión pos tratamiento con ASA, en el borde interno o externo.	Reporte histopatológico que confirma la ausencia de lesión pos tratamiento con ASA.	Cualitativa	Discreta	NEGATIVO

9. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

El presente estudio se elaboro en el área de archivo clínico del Hospital General de México, mediante el seguimiento persona, revisión de la información contenida en los expedientes clínicos. También se tomaron en cuenta para la captura de datos el reporte histopatológico de las pacientes que se les haya realizado Cono-ASA, por presentar lesión de Alto grado (NIC2, NIC3 Y Ca insitu), y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Los resultados que se obtuvieron fueron vaciados en una base de datos y analizados en forma de cuadros y graficas usando paquete estadístico Excel 2010.

10. ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA.

10.1 RECURSOS HUMANOS:

Tesista: Dra. Sandra I. Montiel P.

Asesor Metodológico: Dra. Rocío Guerrero Bustos.

Asesor Teórico: Dr. Sergio Bruno Muñoz Cortes.

10.2 RECURSOS MATERIALES:

Espacio físico del área de archivo clínico, del Hospital General de México.

-Computadora.

-Hojas blancas de papel.

-Papelería en General.

-Impresora de color.

10.3 RECURSOS FINANCIEROS:

Todos los gastos serán cubiertos por la tesista.

11. IMPLICACIONES ETICAS DEL ESTUDIO

Durante el estudio es importante señalar que la información recabada será única y exclusivamente para uso de los puntos antes expuestos para este estudio, así mismo manejada exclusivamente por el tesista y asesores.

Así mismo la toma de datos así como la información obtenida de ellos, se utilizo con toda la confidencialidad y discreción, que exige los principios éticos en los que se basa la investigación, sin riesgos ya que solo se utilizaron expedientes clínicos, en los que no se identifico a las pacientes ni se trataron aspectos sensibles de su conducta, por ser un tipo de investigación retrospectiva.

Para brindarle a la investigación toda la credibilidad y confiabilidad que se requiere.

12. RESULTADOS.

La información para la realización de este estudio se obtuvo de la revisión de los expedientes del archivo clínico de la unidad de Ginecología del Hospital General de México de las pacientes que acudieron a la clínica de Colposcopia y Patología del Tracto Genital inferior en el periodo comprendido del 01 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011.

Se revisaron 148 expedientes de los cuales bajo los criterios de inclusión y exclusión, previamente comentados se obtuvieron 96, que cumplieron con los criterios antes mencionados. Pacientes que tuvieron reporte histopatológico de lesión de Alto grado y tratadas con Cono-ASA (NIC2, NIC3 y Ca insitu) para saber cuantas de estas presentaron lesión en borde quirúrgico posterior a procedimiento.

Dentro de los objetivos planteados en esta investigación los resultados fueron los siguientes:

El grupo de edad que mostro mas índice de realización de Cono-ASA se encontró que fue el de 31 a 40 años con 29 pacientes que corresponde al 30.20% sin embargo también se encontró una significancia importante en el grupo etareo de 41 a 50 años con un total de 25 pacientes que corresponde al 26.04%.

En lo correspondiente al diagnostico histopatológico de lesión de alto grado divididas en NIC2, NIC3 y Ca insitu, de los 3 anteriores el grupo con mayor numero de casos fue el de NIC 2 con 41 casos que corresponde al 42.7% seguido del NIC3 con 34 casos que corresponde al 35.4%. En lo que corresponde a los tipos histológicos que fueron Adenocarcinoma y Epidermoide, el grupo con mas casos reportados fue el Epidermoide con 92 casos que corresponde al 95.83%, y adenocarcinoma con 4 casos que corresponde al 4.16%.

De las 96 pacientes estudiadas, 12 presentaron bordes positivos en el cono, lo cual represento el 12.5%, y 84 pacientes presentaron bordes negativos lo que equivale al 87.5%.

Dentro de las consulta de seguimiento posterior al procedimiento se clasificaron en 4 grupos desde las que no acudieron a consulta de seguimiento, hasta las que contaron con 3 o mas visitas de las cuales el grupo con mayor significancia estadística correspondió al de una sola visita con un total de 62 con un equivalencia porcentual de 64.58%, seguido por el grupo con dos visitas subsecuentes con un total de 20, lo que correspondió a un 20.83%.

Por ultimo se evaluó los diferentes tratamientos realizados en caso de persistencia, observándose que 71 pacientes no necesitaron tratamiento postcono lo que correspondió a un porcentaje de 73.95%, seguido de tratamiento en caso de persistencia siendo el grupo estadístico con mas significancia el de histerectomía con un total de 18 con un porcentaje de 18.75%.

13. DISCUSION

En las ultimas décadas se ha presentado un significativo aumento en la incidencia y diagnostico de las lesiones intraepiteliales, con una progresiva disminución de los casos de enfermedad invasora. Las principales razones para ello se encuentran en la aplicación de programas y estrategias de detección basados en métodos de tamizaje (citología cervical) (18).

En el siglo pasado se realizaron grandes avances en el tratamiento y prevención del cáncer cervical, una adecuada evaluación de los estados premalignos ha permitido innovar el tratamiento cervical. El objetivo primario del tratamiento de las lesiones intraepiteliales cervicales es prevenir del cáncer cervical invasor. Para ello se practican procedimientos conservadores con Asa diatérmica, laser o crioterapia, dada la existencia de riesgo de tratar inadvertidamente un carcinoma invasor, la tendencia actual es realizar un tratamiento escisional. A pesar del tratamiento el seguimiento a largo plazo de las mujeres sometidas a conización cervical si bien es un tratamiento eficaz, alguna de pacientes desarrollan persistencia, demostrándose en nuestro estudio, que solo el 26.04% necesito algún otro tratamiento debido a persistencia independiente de la presencia de VPH, siendo la histerectomía total abdominal, el tratamiento comúnmente elegido principalmente en pacientes con persistencia de NIC 3, e influida esta decisión por factores como , edad de la paciente, paridad satisfecha o diagnostico de Ca insitu.

Así mismo se han realizado estudios que realizan una comparación de la conización electroquirúrgica con la conización fría, sin embargo no se ha observado diferencia (21% vs 23% respectivamente), según lo reportado en la literatura mundial nosotros encontramos un 12.5% de lesión en bordes del cono, lo cual nos indica que tenemos cifras similares a lo reportado en la literatura. Este punto es muy importante ya que el compromiso de los bordes de resección es un factor para neoplasia residual y falla terapéutica. Las publicaciones informan persistencia de neoplasia en paciente post cono entre un 33.3% y un 69% y esto depende de que el bordes este tomado ya que existe diferencia entre lesiones en bordes exocervical y borde endocervical. En vista de estos

resultados se ha recomendado el manejo quirúrgico con re-escisión, conización o histerectomía dependiendo de las condiciones de la paciente (17).

El objetivo principal de este estudio es identificar la frecuencia de lesión persistentes en bordes quirúrgicos en pacientes tratadas con ASA electroquirúrgica de paciente con lesión intraepitelial cervical de Alto grado NIC 2, NIC 3, y Ca insitu, como se observó y pese a los estándares internacionales de control de calidad que exige menos del 10% del total de conos realizados, con bordes positivos para el total de conos realizados, se demostró que estamos por arriba de este por solo 2.5%, observándose disminución del mismo con respecto hace 5 años, que según estadísticas era del 26% del total de conos realizados.

Además se observó que el cono tiene notables ventajas:

- 1) Reducción de costos, ya que es un procedimiento ambulatorio realizado en el consultorio con anestesia local y no requiere hospitalización, reduciendo notoriamente el uso de la tradicional conización con bisturí frío y de las histerectomías como procedimientos terapéuticos, el análisis patológico del espécimen quirúrgico permite un segundo diagnóstico detectando lesiones microinvasoras o invasoras ocultas y adenocarcinomas que pudieran ser pasados por alto en el examen colposcópico, con menor frecuencia de complicación a corto y mediano plazo y menor tasa de morbilidad a largo plazo. En comparación con conización hecha con bisturí frío, las complicaciones hemorragias se reducen del 16.2% a 5.4%(17).

Como vimos en nuestro estudio el grupo etareo más afectado es el de 31 a 40 años, encontrándose mujeres todavía en edad reproductiva, afectadas por NIC el tratamiento con cono electroquirúrgico conserva la fertilidad. En la mayoría de los casos, la nueva unión escamocolumnar es visible facilitándose el control de las pacientes. La posibilidad de curación a largo plazo en el manejo de la NIC es alta (98.1%) cuando los márgenes de la resección son informados como negativos (17). Recordando que en nuestro estudio el diagnóstico histopatológico de mayor significancia fue el de NIC2 (42.70%) lo que disminuye la

probabilidad de progresión, en pacientes jóvenes y en edad reproductiva.

En la unidad de patología cervical del hospital clínico de San Borja Arriarian, se analizaron 169 pacientes a los cuales se les practico una escisión electroquirúrgica de la zona de transformación con ASA, con el diagnostico de NIC3, entre el 01 de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001, el grupo de estudio presenta un seguimiento de al menos 15 meses. Del total de casos se encuentran sin seguimiento lo que representa un 3.6% del total de 163 paciente, Se requirió un segundo tratamiento por bordes positivos en 21 lo que representa un 12.8%. (18), lo que demuestra en lo reportado en diferentes institución en el mundo, demostrándose alta similitud con nuestros resultados.

14. CONCLUSIONES

Son claras las ventajas de la realización de cono con ASA electroquirúrgica, sobre los métodos ablativos en el tratamiento de la neoplasia intracervical; con este procedimiento se reportan mayores ventajas, ya que el tiempo quirúrgico es mas corto, no requiere de hospitalización postoperatoria y la frecuencia de sangrado es poca, por lo que en los últimos años se ha tenido que estudiar mas detalladamente las ventajas y desventajas durante su aplicación en las diferentes lesiones principalmente las de alto grado así como Cáncer insitu para determinar su confiabilidad y margen de seguridad en particular para disminuir la frecuencia en la persistencia de la lesión residual.

La frecuencia de lesión residual apoya mejor la conducta de una nueva evaluación colpo-histopatologica y la necesidad de un segundo procedimiento terapéutico y seguir con citología. Sin embargo el problema de los bordes comprometidos en la conización cervical con ASA electroquirúrgica terapéuticos esta relacionado principalmente con la experiencia del operador. Se han realizado estudios donde se observa una reducción importante en la frecuencia de márgenes positivos a medida que hubo una familiarización con la técnica, hasta alcanzar en los últimos años una de las frecuencias mas bajas (5.8%) como se ha reportado en la literatura.(16). Como ejemplo de lo anterior podemos observar que en lo reportado en la clínica de Colposcopia y tracto genital inferior del Hospital General de México, se observo que para el 2005 el porcentaje de positividad era del 26.5% mismo que para el 2011, 6 años mas tarde hubo una reducción significativa con un porcentaje del 12.5%. A tan solo 2.5% de alcanzar el estándar internacional de calidad del 10%.

Por lo que podemos concluir que en nuestro estudio se pudo demostrar que la frecuencia en la persistencia de lesiones de alto grado ha disminuido de manera significativa en los últimos años.

En base a lo anterior debemos recordar que las lesiones intraepiteliales se presenta en mujeres en edad reproductiva, la población a la que nos enfrentamos para su tratamiento necesita de la efectividad de los medios a utilizar, no solo para mejoría y

curación sino para la preservación de la fertilidad futura en nuestras pacientes.

Por lo que nosotros como Ginecoobstetras debemos de ver de forma integral a la paciente y asegurarnos de ofrecer el mejor tratamiento así como seguimiento de forma individual, manteniendo una comunicación adecuada entre medico y paciente para que este bien informada acerca de la enfermedad que padece, así como de capacitación constante para disminuir al mínimo el porcentaje de errores.

El cono eletroquirúrgico constituye una herramienta importante para el diagnostico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical, así como del cáncer insitu por lo que con este procedimiento podemos modificar la historia natural de la enfermedad y mejorando la calidad de vida de las pacientes y su familia.

Esperando que en el futuro continuemos trabajando para que en breve alcancemos los estándares de calidad internacional.

ANEXOS

Cuadro 1: Numero de casos por grupo de edad.

Edad	Casos
10 – 20	7
21 – 30	18
31 – 40	29
41 - 50	25
51 - 60	12
61 - 70	3
Mas de 71	2
Total	96

Cuadro 2: Porcentaje de casos por grupo de edad

Edad	Porcentaje
10 - 20	7.29%
21 - 30	18.75%
31 - 40	30.20%
41 - 50	26.04%
51 - 60	12.50%
61 - 70	3.12%
Mas de 71	2.08%

Cuadro 3: DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE LESIONES DE ALTO GRADO.

	NIC II	NIC III	CaCu In situ
Núm. De Casos	41	34	21
Porcentaje	42.70%	35.40%	21.8%

Cuadro 4 : TIPOS HISTOLOGICOS.

	Núm. de casos	Porcentaje
ADENOCARCINOMA	4	4.16%
EPIDERMOIDE	92	95.83%
TOTAL	96	100%

Cuadro 5: Número de Consultas De Seguimiento

Consultas	Pacientes	Porcentaje
3 Consultas	8	8.33%
2 Consultas	20	20.83%
1 Consulta	62	64.58%
Ninguna Consulta	6	6.25%

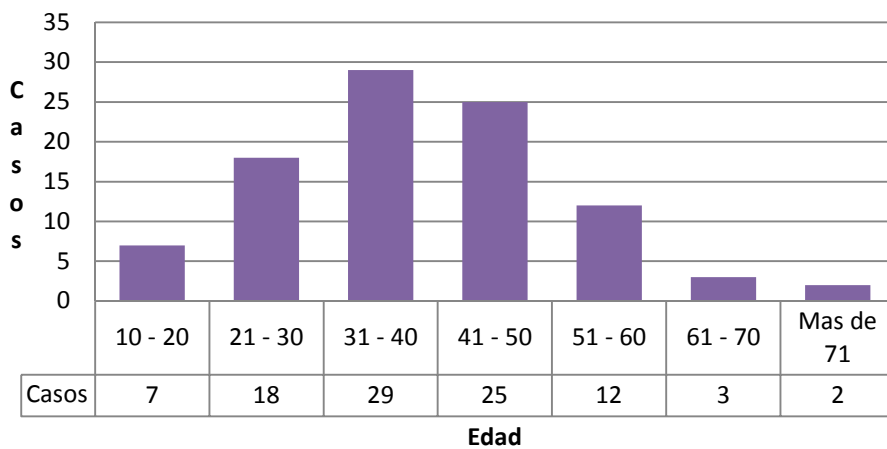
Cuadro 6: Tratamientos Post-Cono

Tratamientos	Pacientes	%
Ninguno	71	73.95%
Histerectomía Total Abdominal	16	16.66%
Reconización	9	9.37%

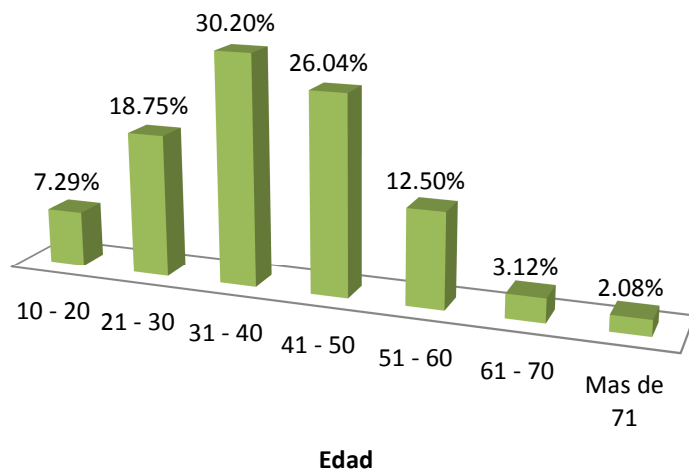
Cuadro 7: Bordes Quirúrgicos (Reporte Histopatológico)

	Bordes +	Bordes -	Total
Pacientes	12	84	96
Porcentajes	12.5%	87.5%	100%

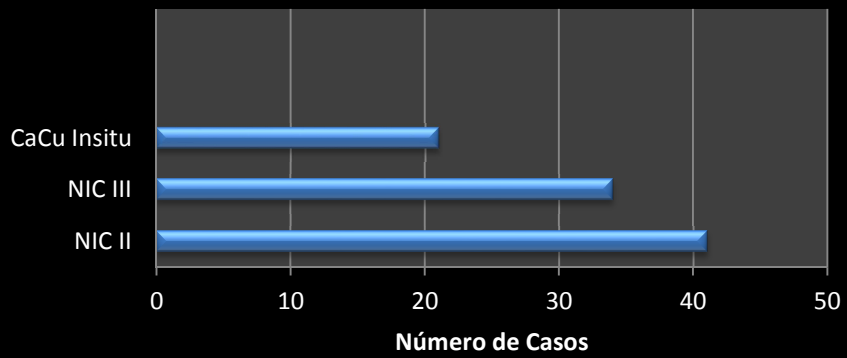
Número de casos por grupo de edad



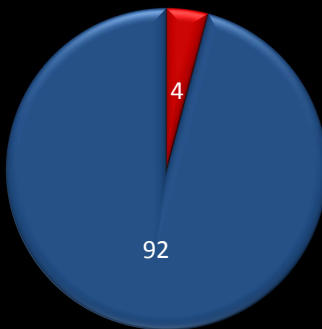
Porcentaje de casos por grupo de edad



Diagnostico Histopatologico de Lesiones de Alto Grado

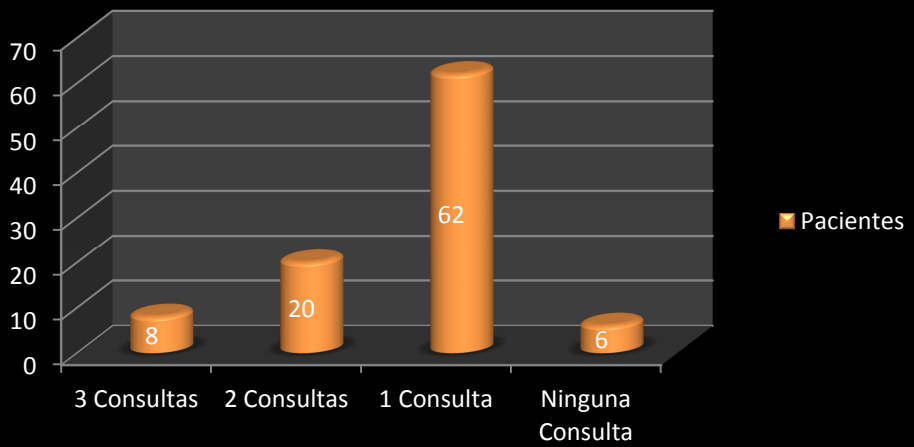


Tipos Histologicos

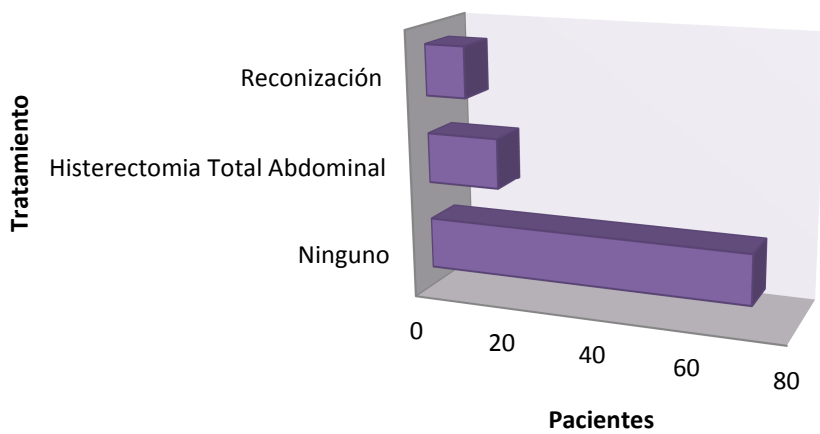


ADENOCARCINOMA EPIDERMOIDE

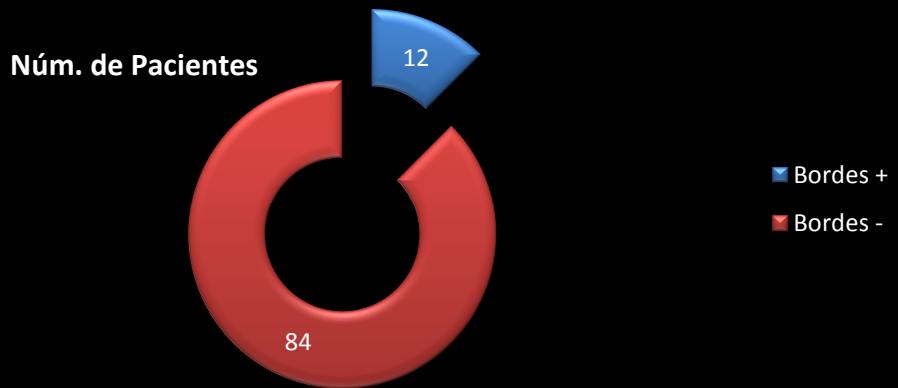
Número de Consultas de Seguimiento



Tratamiento Post-Cono



Bordes Quirurgicos (Reporte Histopatológico)



BIBLIOGRAFÍA

1. Lazcano P. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL. Rev Inst Nal Cancerol 1996; 42(3): 123-40
2. Salmeron C. UNA ALTERNATIVA ORGANIZACIONAL. Rev Inst Nal Cancerol 1996; 42(3): 159-65
3. Balfourd K. REPORTE PARA EL DIAGNÓSTICO CERVICO VAGINAL DEL SISTEMA BETHESDA. Acto Citológica 1989; 33(5): 567-71
4. Spitzer, J NOMENCLATURA DE LA CITOLOGÍA CERVICAL. COLPOSCOPIA PRINCIPIOS Y PRÁCTICA. Mc Graw Hill 2033 43-53 México
5. Palo G. COLPOSCOPIA Y PATOLOGIA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR. Panamericana, 1996 389-437 Buenos Aires
6. Hachth K GINECOLOGIA DE NOVAK. Panamericana, 2000; 447-86 Buenos Aires
7. Meza. IMPORTANCIA ACTUAL EN EL DIAGNOSTICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL. Coloma Med 1995; 26: 106-13
8. Karen. DIATHERMIC LOOP ESCISION IN THE MANAGEMENT OF CERVIAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA: DIAGNOSIS AND TREATMENT IN ONE PROCEDURE. Am I. Obstet Gynecol 1992; 166(4): 1281-7
9. Bigrigg. M. COLPOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CERVICAL DYSPLASIA AT SINGLE CLINIC VISIST. Lancet 1990; 336(8709): 229-31
10. Dietrich. C. RISK FACTORS FOR EARLY CYTOLOGIC ABNORMALITIES AFTER LOOP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE. Am J Obstetr Gynecol 2002; 99(2): 188-92
11. Puig. T. LA INFECCION POR PAPOLOMAVIRUS. Documentos de consenso. SEGO, 2002: 49-50
12. Rabb S IMPROVIGN PATIENT SAFETY BY EXAMINING PATHOLOGY ERROS. Clin Lab Med 2004; 24: 849-63
13. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico. Tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino
15. Omar Nazzal PATOLOGIA PREINVASORA DEL CERVIX REV CHIL OBSTET GYNECOL 2003; 68(3): 189-196
16. Ojeda. J. I Consenso nacional de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Abril 2002. SSA
17. González Mazuelo. Ventajas y desventajas del uso de la radirugía en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: estudio comparativo con conización fría. Rev Colomb Obstet Ginecol Vol 49 no 3 Jul-Sep 1998