



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO

Facultad de Medicina / División de Estudios de Posgrado

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO
HOSPITAL REGIONAL 1o DE OCTUBRE

**“Factores de riesgo en lesiones premalignas
recidivantes de cérvix en pacientes tratadas con
conización electro quirúrgica, clínica de
colposcopia, Hospital Regional 1º de Octubre,
ISSSTE, 2007-2011”**

No. de Registro Institucional: 261.2013

TESIS QUE PRESENTA

Jorge Antonio Pérez Casas Lozoya

PARA OBTENER EL TITULO DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



México, Distrito Federal 2013



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. RICARDO JUAREZ OCAÑA
Coordinador de Enseñanza e Investigación

DR. VICENTE ROSAS BARRIENTOS □
Jefe de Investigación

DR. FRANCISCO J. ALVARADO GAY
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia

DR. JOSE BASILIO HERNANDEZ SANCHEZ
Asesor de Tesis

DEDICATORIA

A mi papa: por tu gran amor, por siempre confiar en mi, siempre ha sido mi maestro, mi ejemplo, la persona que mas admiro, a la persona a la que le debo todo lo que soy y todo lo que he logrado; así como la persona que con sus palabras siempre me ha demostrado que todo se puede, que aunque el panorama se vea imposible y todo este en tu contra, el único que dice hasta donde llegar son yo, te amo padre y siempre serás un ejemplo de vida para mi y mi gran héroe.

A mi madre: mi primer paciente que tuve, recuerdas cuando tenia 6 años y jugábamos en el consultorio de mi papa a que yo era tu doctor, hoy después de 25 años, me ayudaste alcanzar ese sueño de niño, como te lo he dicho muchas veces, nunca podre pagarte tanto amor y apoyo, eres una mujer increíble, siempre serán lo mas importante de mi vida.

A mi prometida (Mely): por el amor tan grande que me das, por que siempre me has apoyado incondicionalmente, por que cuando estoy cansado, harto y desesperado en situaciones adversas siempre tienes la caricia y la palabra que me hace levantarme y sonreír, te amaré siempre.

A mi hijo (Jorge Antonio): te has convertido en mi razón de ser, mi motor de vida, no hay día en que no piense en ti y lo que muero de ganas de tenerte en mis brazos.

A mis hermanos (Luis y Daschia): por ser parte importante de mi vida, con su amor y apoyo siempre me hicieron sentir muy querido y protegido, siempre lo he dicho y lo diré son los hermanos que cualquier persona soñaría tener, los quiero.

AGRADECIMIENTOS

A mi tía Nona: por abrirme las puertas de su casa, brindarme su apoyo y su buena vibra, y ya ser parte de la formación de dos médicos especialistas (Luis y yo), siempre estaré agradecido.

A mis suegros Sr. Homero y Sra. Ofelia: por aceptarme en su familia como un integrante mas y por su gran apoyo para poder formar una familia.

Al Dr. Francisco J. Alvarado Gay: por aceptarme como su residente y ser un ejemplo de dedicación y pasión hacia la profesión.

Al Dr. José Basilio Hernández Sánchez: por su ejemplo como un excelente medico especialista y persona, por su apoyo, paciencia y enseñanzas.

A mis maestros: por su tiempo y enseñanza para mi formación como medico especialista.

Al Hospital: por brindarme los medios y pacientes que me ayudaron a la formación como especialista.

Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Material y métodos.....	8
Resultados.....	9
Discusión	14
Conclusiones	16
Bibliografía	17

Resumen

OBJETIVO: Describir los factores de riesgo presentes en la recurrencia de lesiones intraepiteliales de cérvix después de haber sido tratadas con cono cervical.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo durante un periodo de 5 años comprendido desde el mes de enero del 2007 al mes de diciembre del 2011 en el servicio de colposcopia del HR Primero de Octubre de ISSSTE en la ciudad de México D.F.; estudiándose un total de 42 pacientes con edad promedio de 46.6 años y con antecedente de recidiva de lesiones premalignas de cérvix posterior al tratamiento con cono cervical. Los criterios para la realización del cono cervical fueron: lesión de bajo grado persistente, lesión de alto grado y cáncer cervicouterino in situ. Se revisaron historias clínicas para obtener datos sociodemográficos, exámenes físicos, tratamiento quirúrgico y resultados anatomopatológicos. El cono cervical utilizado fue el asa Wallach Loopelectrodes de 20 x 8 mm y otro de 10 x 10 mm. Los cortes se realizaron con un electrodo-asa a 70 W y un electrodo-esfera de 5 mm a 30 W para la coagulación. Para la estadística descriptiva de las variables cuantitativas se usaron medidas de tendencia central y de dispersión con medias con desviaciones estándar y medianas con rangos; para las variables cualitativas frecuencias simples y proporciones. Para el análisis bivariado de las variables cuantitativas t de student o U de Mann Whitney según la distribución de los datos; en el caso de las variables cualitativas la comparación se hizo con χ^2 o prueba exacta de Fisher. Para el análisis multivariado, con el fin de evaluar la magnitud del efecto de cada una de las variables sobre la probabilidad de que las pacientes tuvieran o no recaída de la lesión, se hizo regresión logística binaria de modelo completo. Se usó paquete SPSS 20.0 y se consideraron significativos valores de $p < 0.05$.

RESULTADOS: El 7.1% de las pacientes tuvieron recidiva de la lesión y un 82.9% de las pacientes no la tuvieron. Los factores de riesgo asociados a las pacientes con recidiva fueron: una edad mayor a la edad promedio, una edad de inicio de vida sexual mayor, una mayor edad en el momento del primer citológico, una mayor prevalencia de tabaquismo al momento del cono, una menor prevalencia de ETS, lesión en el

borde quirúrgico, y una mayor cantidad de parejas sexuales antes y después del cono.**CONCLUSIONES:** Los factores de riesgo deben ser tomados en cuenta para el seguimiento de las pacientes, puesto que están implicadas en el mayor número de recurrencias. Se confirmó que el cono cervical es un método adecuado para tratar las lesiones premalignas del cuello uterino, por su costo bajo y menor riesgo de complicaciones.

Palabras clave: lesiones premalignas, recurrencia, cono cervical.

Abstract

OBJECTIVE: To describe the risk factors present in the recurrence of cervical intraepithelial lesions after being treated with cervical cone. **MATERIAL AND METHODS:** We conducted a retrospective study over a period of five years from the month of January 2007 to December 2011 at the colposcopy service of HR October First ISSSTE in Mexico City DF, studied a total of 42 patients with mean age of 46.6 years and with a history of recurrent premalignant cervical lesions after treatment with cervical cone. The criteria for the performance of cervical cone were persistent low-grade lesion, high-grade disease and cervical cancer in situ. Medical records were reviewed to obtain demographic data, physical examinations, surgical and pathologic results. Cervical cone handle Wallach was used. Loopelectrodes of 20 x 8 mm and a 10 x 10 mm. The cuts were made with a loopelectrode at 70 W and an electrode area of 5 mm-30 W for coagulation. For the descriptive statistics of the quantitative variables used measures of central tendency and dispersion means with standard deviations and medians with ranges, for qualitative variables simple frequencies and proportions. For bivariate analyzes of quantitative variables T test or Mann Whitney test depending on data distribution, in the case of qualitative variables the comparison is made with χ^2 or Fisher exact test. For the multivariate analysis, in order to assess the magnitude of the effect of each variable on the likelihood that patients had relapsed or not the injury was binary logistic regression full model. SPSS 20.0 was used and were considered significant at $p < 0.05$. **RESULTS:** 7.1% of the patients had recurrence of the lesion and 82.9% of patients did not. Risk factors associated with relapse patients were: age older average age of onset of sexual life more, older age at the time of the first cytological, a higher prevalence of smoking at the time of the cone, a lower prevalence of STDs, injury surgical margin, and a greater number of sexual partners before and after the cone. **CONCLUSIONS:** The risk factors must be taken into account in the monitoring of patients, since they are involved in the largest number of recurrences. It was confirmed that the cervical cone is a

suitable method for treating premalignant lesions of the cervix, for its low cost and less risk of complications. **Keywords:** premalignant lesions, recurrence, cervical cone.

Introducción

El cáncer es diagnosticado cada vez con mayor frecuencia en el mundo. El cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar entre las lesiones malignas en México y en países en vía de desarrollo y es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, siendo responsable de más de 250 000 muertes en el mundo, en el año 2011, de las cuales cerca de 80% ocurrió en países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementará de manera alarmante hasta 16 millones de personas, en el año 2020.¹

La mayoría de las mujeres que fallecen de cáncer cervicouterino, especialmente en los países en desarrollo, lo hace en la cuarta década de sus vidas.² El cáncer cervicouterino es un padecimiento prevenible y tratable, condicionado mediante la detección oportuna. Por ello se requiere un programa amplio para mejorar la salud sexual y reproductiva, fomentando la detección mediante la prueba de Papanicolau en la comunidad.³

Desde hace más de un siglo se sabe que el carcinoma invasor del cérvix se caracteriza por lesiones precursoras que muestran las mismas alteraciones citológicas que el cáncer invasor, pero sin compromiso del estroma cervical. Estas alteraciones, que se conocen como displasias o neoplasias intraepiteliales del cérvix (NIC), son precursoras del cáncer invasor. Su oportuna detección y tratamiento evitan la progresión de la enfermedad.⁵

En México, los anuarios de morbilidad “año 2011”, reportan a nivel nacional un total de 43,330 casos de displasia cervical leve y moderada y 5,316 casos de displasia cervical severa y cáncer cervicouterino in situ, a nivel institucional “ISSSTE” se registraron 1927 y 151 casos respectivamente, lo equivale al 4% y 2.8 de la morbilidad en esta institución.^{1,6}

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino a tenido una tendencia descendente en los últimos 20 años, con una tasa de 25.3 detecciones por 100 000 mujeres mayores de 25 años de edad en 1990 y de 7.2 defunciones por cada 100 000 mujeres en el 2010.¹

Factores de riesgo

Los factores de riesgo más importantes se vinculan con la conducta sexual del individuo. La Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSS2-1994, modificada al 31 de mayo de 2007), considera como factores de riesgo los siguientes:¹

- Mujer perteneciente al grupo de 25 a 64 años de edad.
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años).
- Antecedente de enfermedades de transmisión sexual.
- Infección cervicovaginal por virus del papiloma humano (HPV).
- Múltiples parejas sexuales (de ella o de su compañero).
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico.

Etiología

Como en otras neoplasias malignas, aunque su origen es multifactorial, es posible identificar el importante papel etiológico del virus del papiloma humano (VPH). Los virus del papiloma son virus DNA; su genoma es circular y consta de unos 8 000 pares de bases incluidos en una cápside y E-7 determinan la alteración del crecimiento de las células infectadas y, en parte, se encargan del control de la transcripción de la célula huésped, lo que afecta el ciclo celular; el E-5 modula la

división celular desde la membrana celular.⁷

Se identifican 34 tipos de virus del papiloma en animales y más de 115 tipos de HPV. De estos últimos, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer concluyó que 14 tipos se vinculan con mayor riesgo de presentar alteraciones epiteliales importantes (RR, 83.3 [IC, 95%: 54.9 a 105.3]). Los tipos de alto riesgo son: 16, 18, 45, 31, 52, 33, 58, 35, 59, 51, 56, 39, 73, 82. En términos estadísticos, se señala que el riesgo es similar respecto del HPV-16. Estos tipos se identifican en lesiones invasoras y también en sus precursores. Tanto el tipo 16 como el 18 son los factores etiológicos causantes de 50 y 20% de los tumores malignos del cérvix, según se demostró en estudios epidemiológicos.^{2,7}

Infección por VPH

Se conoce que la infección por VPH es muy común en el humano. Se considera que el riesgo de contraerla a lo largo de la vida es de 75%.¹³ Si se tiene en cuenta que los datos varían de región a región, la población menor de 30 años tiene una prevalencia tan alta como 58.9%.⁶

Su relación con las lesiones premalignas y malignas del cérvix uterino es asimismo conocida, pero es imposible determinar que sea su única causa. Casi siempre las infecciones pasan inadvertidas por la paciente y sólo una pequeña proporción progresa a una lesión de mayor grado hasta el cáncer invasor. Las mujeres con infección por tiempo prolongado presentan mayor riesgo de progresar a una lesión de alto grado o cáncer. Al considerar al VPH como factor etiológico del cáncer cervical y a sabiendas de que la mejor manera de controlar a nivel poblacional una infección es la prevención primaria (tanto con base en educación como en profilaxis)⁷

Nomenclatura de las lesiones.

Las alteraciones epiteliales cervicales se clasifican de acuerdo con las características citológicas y el grado de maduración celular.⁹

Neoplasia Intraepitelial Cervical Tipo 1 ó displasia leve: Presenta maduración de los dos tercios superiores del epitelio; las células superficiales poseen un grado discreto de atipia citológica que casi siempre corresponde a cambios coilocíticos, y las mitosis se encuentran confinadas a la capa basal.

Neoplasia Intraepitelial Cervical Tipo 2 ó displasia moderada: La evidencia maduración sólo del tercio superior y se observa atipia citológica y mitosis en los dos tercios inferiores del epitelio.

Neoplasia Intraepitelial Cervical Tipo 3 ó displasia grave: No muestra maduración; los cambios atípicos y las mitosis se reconocen en todo el espesor del epitelio.⁹

Con la nomenclatura de Bethesda se clasifica en lesión intraepitelial de bajo grado LIEBG (NIC1 y displasia leve) y lesión intraepitelial de alto grado LIEAG (NIC 2, NIC 3, displasia moderada y displasia severa).⁵

Evolución natural

El conocimiento de la evolución natural procede de estudios retrospectivos; además, la diversidad de criterios para diagnosticar lesiones de bajo grado conduce a tasas imprecisas de progresión, regresión y persistencia.

Respecto de NIC-1 se informan tasas de regresión que van de 50 a 75% de los casos. Para la NIC-2, en ausencia de tratamiento, 42% se resuelve de modo espontáneo, 35% persiste y 22% progresa a carcinoma in situ o invasor. En el caso de la NIC-3, sólo 32% se resuelve sin tratamiento, hasta 56% persiste y 14% progresa.

Una lesión displasia leve puede progresar hasta carcinoma in situ en un tiempo

promedio de 85 meses; una displasia de bajo grado en 58 meses y una moderada en 38; la displasia grave progresa en menos de 12 meses.

Detección

Los programas de detección tienen como objetivo identificar a las pacientes asintomáticas con lesiones premalignas en las que el tratamiento conduce a la curación. Las personas sometidas a estudio citológico de rutina tienen menor riesgo de desarrollar carcinoma cervical invasor respecto de aquellas que nunca se sometieron al estudio; en estas últimas el riesgo aumenta de 2 a 10 veces.

Los lineamientos para México, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-1994 modificada), indican aplicar la detección de la siguiente forma:

- Mujeres en el grupo de 25 a 64 años de edad, de forma anual o a cualquier edad que lo solicite.
- Mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer se realizarán la detección cada tres años.^{1,2}

Evaluación de la paciente con citología anormal

La colposcopia es inútil como método de tamizaje, ya que se requieren cuantiosos recursos y preparación especial para su realización adecuada; sin embargo, toda anormalidad citológica es indicación para practicar un estudio de este tipo. El objetivo es revelar anormalidades que guían la toma de biopsias para descartar cáncer invasor.²

En la colposcopia se evalúan los siguientes puntos:

- Color del epitelio.
- Presencia de epitelio acetoblanco.

- Características de los bordes de la lesión.
- Presencia o ausencia de mosaico o puntilleo.
- Características de la red vascular.
- Características de la superficie epitelial.

Mientras más anormalidades, mayor posibilidad de lesión de alto grado o cáncer invasor. Así, una lesión acetoblanca bien definida, sin puntilleo ni mosaico y con patrón vascular normal, corresponde con toda probabilidad a una lesión secundaria por VPH ó una lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG), mientras que una anomalía con epitelio acetoblancos grueso, con mosaico irregular y patrón vascular incrementado y anormal puede corresponder a un carcinoma in situ o invasor. Es importante realizar el estudio de forma completa y sistemática, además de documentar los hallazgos y los sitios de obtención de la biopsia dicho procedimiento se considera el estándar de oro para el diagnóstico de cáncer cervicouterino.⁷

Tratamiento

El tratamiento depende del grado de la lesión, la disponibilidad de recursos médicos, la experiencia para efectuar procedimientos específicos y la preferencia de la paciente.

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado y atipia en el epitelioescamoso de significado incierto

Por la alta tasa de regresión espontánea de estas anormalidades, la vigilancia es el método que más se utiliza, siempre y cuando la colposcopia sea satisfactoria. La vigilancia incluye nueva citología cervicovaginal en 3 a 6 meses. Casi todos los casos se resuelven de forma espontánea en un periodo no mayor de 24 meses. La histerectomía no es un método de tratamiento aceptado para este tipo de alteraciones. En el Instituto Nacional de Cancerología la conducta es expectante mediante citología cervicovaginal y colposcopia cada 4 a 6 meses por los

primeros 2 años y luego cada año.⁸

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado con citología anormal

En virtud de la alta tasa de persistencia y progresión de estas alteraciones, la vigilancia no es una opción. En pacientes con diagnóstico confirmado por biopsia de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC-2 o 3), con invasión descartada y colposcopia satisfactoria, los métodos ablativos (crioterapia, electrocoagulación, vaporización con láser) y excisionales (cono con asa diatérmica, conización con láser o bisturí frío, histerectomía total) son terapéuticas aceptadas.⁷

Si el estudio del espécimen revela bordes positivos, es necesario un procedimiento quirúrgico definitivo (histerectomía extrafascial), puesto que el factor más importante para la recurrencia/persistencia es el estado de los márgenes del cono. Las tasas de recurrencia/persistencia pueden ser hasta de 16% en caso de bordes positivos, en contraste con 4% si son negativos.⁸

Los esquemas de seguimiento incluyen citología y colposcopia, y algunas veces determinación de VPH de alto riesgo. Se considera que la citología tiene un índice de detección de enfermedad recurrente o persistente de 90%.⁹

En el Instituto Nacional de Cancerología se practican citología y colposcopia cada 4 meses por 2 años y luego colposcopia anual. En pacientes con cono cervical y bordes positivos, la terapia que se ofrece es la histerectomía total debido al difícil seguimiento de los individuos.¹

En las personas no susceptibles de seguimiento adecuado y en quienes el deseo de procrear no es una limitante, la histerectomía extrafascial es una opción que produce curación hasta en 98% de los casos. Se recomienda un seguimiento trimestral con citología por 1 año; si las citologías subsecuentes son negativas, se puede optar por un seguimiento menos frecuente, incluso anual.^{1,5}

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo durante un periodo de 5 años comprendido desde el mes de enero del 2007 al mes de diciembre del 2011 en el servicio de colposcopia del HR Primero de Octubre de ISSSTE en la ciudad de México D.F.; estudiándose un total de 42 pacientes con antecedente de recidiva de lesiones premalignas de cérvix posterior al tratamiento con cono cervical.

Los criterios para la realización del cono cervical fueron: lesión de bajo grado persistente, lesión de alto grado y cáncer cervicouterino in situ. Se entiende como lesión de bajo grado persistente a la que ocurre en una paciente que presenta lesión de bajo grado al menos en dos controles citológicos realizados cada 6 meses.

Se revisó las historias clínicas de estas pacientes y se recogió datos sociodemográficos, del examen físico, tratamiento quirúrgico y resultados anatomopatológicos, en fichas previamente diseñadas para este fin.

Para la realización del cono cervical, el servicio utilizó el asa Wallach Loopelectrodes, de 20 x 8 mm y otra de 10 x 10 mm. Se realizó los cortes con un electrodo-asa a 70 W y para la coagulación un electrodo-esfera de 5 mm a 30 W.

Para la estadística descriptiva de las variables cuantitativas se usaron medidas de tendencia central y de dispersión con medias con desviaciones estándar y medianas con rangos; para las variables cualitativas frecuencias simples y proporciones. Para el análisis bivariado de las variables cuantitativas t de student o U de Mann Whitney según la distribución de los datos; en el caso de las variables cualitativas la comparación se hizo con χ^2 o prueba exacta de Fisher. Para el análisis multivariado, con el fin de evaluar la magnitud del efecto de cada una de las variables sobre la probabilidad de que las pacientes tuvieran o no recaída de la lesión se hizo regresión logística binaria de modelo completo. Se usó paquete SPSS 20.0 y se consideraron significativos valores de $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron los datos de 42 pacientes, que tuvieron una edad promedio de 46.1 ± 12.3 años, de las cuales 3 (7.1%) presentaron recidiva de la lesión después del cono, con un tiempo promedio desde el cono hasta el diagnóstico de la recidiva de 1.3 años. El inicio de la vida sexual fue a los 20.0 ± 3.6 años. La edad a que se realizaron su primer citológico fue de 22.4 ± 3.2 años. La escolaridad fue secundaria en 7 (16.7%), bachillerato en 12 (28.6%), licenciatura 18 (42.9%) y posgrado en 5 para un 11.8% (Tabla 1).

Al momento del cono, la mediana del número de parejas sexuales fue de 2 (rango de 1 a 6), la del número de gestas de 2 (rango de 0 a 5 gestas), y la prevalencia de pacientes con tabaquismo positivo fue de 22 pacientes, esto es, el 52.4% (Tabla 2).

Después del cono la mediana del número de parejas sexuales fue de 2 (rango de 1 a 6), habiendo incrementado el número de parejas después de la realización del cono 6 pacientes (13.6%). La media del número de gestas fue de 2 (rango de 0 a 5 gestas) y tuvieron tabaquismo 11 pacientes, esto es 26.2% (Tabla 3). De las 20 pacientes que no fumaban antes del cono, 6 (14.2%) lo hacían después del mismo, mientras que 17 de las 22 pacientes que si fumaban antes del cono (85%), dejaron de fumar después de él.

Cuando se estratificó a las pacientes entre aquellas que tuvieron recidiva de la lesión (n=3, 7.1%) y las que no tuvieron recidiva (n=39, 82.9%), las pacientes que SI tuvieron recidiva tuvieron una edad mayor (46.6 ± 11.7 vs 46.1 ± 12.5 años), una edad de inicio de la vida sexual mayor (20.6 ± 4.5 vs 19.9 ± 3.6 años), una mayor edad en el momento en que se hicieron su primer citológico (25.0 ± 2.6 vs 22.2 ± 3.2), una mayor prevalencia de tabaquismo al momento del cono (100% vs 48.7%), y una menor prevalencia de ETS (0.0% vs 7.7%), aunque las diferencias NO fueron estadísticamente significativas. También tuvieron una mayor cantidad de parejas sexuales antes del cono (mediana 4, rango de 4 a 5 vs mediana 2, rango 1 a 6), así como una mayor proporción de pacientes con

escolaridad secundaria (33.3% vs 15.4%), y posgrado (66.0% vs 7.6%), y una menor proporción de pacientes con bachillerato (0.0% vs 30.8%) y con licenciatura (0.0% vs 46.2%), en estos casos con diferencias estadísticamente SI significativas (Tabla 1).

Así mismo, las pacientes que SI tuvieron recaída tuvieron, posterior al cono, una cantidad significativamente mayor de parejas sexuales (mediana 4, rango de 4 a 5 vs mediana 2, rango 1 a 6), una prevalencia no significativamente mayor de tabaquismo (66.7% vs 23.1%), y una menor prevalencia de ETS (0.0% vs 2.6%), como se aprecia en la Tabla 3.

Mientras que en ningunas de las 38 pacientes (0.0%) que no tuvieron recaída el reporte histopatológico no mostro lesión en el borde, en dos de las tres (66.6%) pacientes que tuvieron recaída, el borde SI mostró presencia de la lesión, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.003$).

El número de gestas antes y después del cono fue el mismo en las pacientes que tuvieron recaída de la lesión y en aquellas sin recaída.

La regresión logística binaria no mostró que alguna de las variables estuviera asociada de manera significativa con una mayor probabilidad de tener recaída de la lesión después del cono. (Sin embargo estos datos merecen una cuidadosa interpretación debido a que sólo 3 pacientes tuvieron recaída de la lesión

Tabla 1. Características de las pacientes estudiadas

Variable	Total de las pacientes (n=42)	Pacientes sin recaída (n=39)	Pacientes con recaída (n=3)	Valor de p
Edad (años)	46.1 ± 12.3	46.1 ± 12.5	46.6 ± 11.7	0.940 ^a
Edad de inicio VSA (años)	20.0 ± 3.6	19.9 ± 3.6	20.6 ± 4.5	0.899 ^a
Edad del primer citológico (años)	22.4 ± 3.2	22.2 ± 3.2	25.0 ± 2.6	0.652 ^a
Pacientes con escolaridad secundaria Frecuencia (%)	7 (16.7%)	6 (15.4%)	1 (33.3%)	0.012^b
Pacientes con escolaridad bachillerato Frecuencia (%)	12 (28.6%)	12 (30.8%)	0 (0.0%)	
Pacientes con escolaridad licenciatura Frecuencia (%)	18 (42.9%)	18 (46.2%)	0 (0.0%)	
Pacientes con escolaridad posgrado Frecuencia (%)	5 (11.8%)	3 (7.6%)	2 (66.6%)	
Reporte + de los bordes del cono Frecuencia (%)	3 (7.14)	0 (0.0%)	2 (66.6%)	0.003^b

a= Se usó t de student para muestras independientes

b= Se usó prueba exacta de Fisher

Tabla 2. Características de las pacientes estudiadas al momento del cono

Variable	Total de las pacientes (n=42)	Pacientes sin recaída (n=39)	Pacientes con recaída (n=3)	Valor de p
Parejas sexuales Mediana (rango)	2 (1-6)	2 (1-6)	4 (4-5)	0.010^a
Número de gestas Mediana (rango)	2 (0-5)	2 (0-5)	2 (1-3)	0.800 ^a
Tabaquismo Frecuencia (%)	22 (52.4)	19 (48.7)	3 (100)	0.233 ^b
ETS previo al cono Frecuencia (%)	3 (7.1%)	3 (7.7)	0 (0.0)	1.000 ^b

ETS= Enfermedad de transmisión sexual

a= Se usó U de Mann Withney

b= Se usó prueba exacta de Fisher

Tabla 3. Características de las pacientes estudiadas después del cono

Variable	Total de las pacientes (n=42)	Pacientes sin recaída (n=39)	Pacientes con recaída (n=3)	Valor de p
Parejas sexuales Mediana (rango)	2 (1-6)	2 (1-6)	4 (4-5)	0.018^a
Número de gestas Mediana (rango)	2 (0-5)	2 (0-5)	2 (1-3)	0.800 ^a
Tabaquismo Frecuencia (%)	11 (26.2)	9 (23.1)	2 (66.6)	0.163 ^b
ETS posterior al cono Frecuencia (%)	1 (2.4)	1 (2.6)	0 (0.0)	1.000 ^b

ETS= Enfermedad de transmisión sexual.

a= Se usó U de Mann Withney

b= Se usó prueba exacta de Fisher

Discusión

La edad promedio del cáncer cervicouterino es alrededor de los 48 años.³ Se conoce que las lesiones premalignas aparecen 10 años antes; en nuestro estudio, la edad promedio de las pacientes con lesiones premalignas de cáncer cervicouterino fue de 46.1, lo que coincidió con la literatura.⁸

Las pacientes presentaron inicio de relaciones sexuales a la edad promedio de 20.0 años, su primera citología a los 22.4 años, las pacientes que tuvieron recidiva tuvieron una edad mayor (46.6 vs 46.1 años), una edad de inicio de la vida sexual mayor (20.6 vs 19.9 años), una mayor edad en el momento en que se hicieron su primer citológico (25.0 vs 22.2 años), una mayor prevalencia de tabaquismo al momento del cono (100% vs 48.7%), y una menor prevalencia de ETS (0.0% vs 7.7%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. También tuvieron una mayor cantidad de parejas sexuales antes del cono (mediana 4, rango de 4 a 5 vs mediana 2, rango 1 a 6), así como una mayor proporción de pacientes con escolaridad secundaria (33.3% vs 15.4%), y posgrado (66.0% vs 7.6%), y una menor proporción de pacientes con bachillerato (0.0% vs 30.8%) y con licenciatura (0.0% vs 46.2%), en estos casos con diferencias estadísticamente significativas. Así mismo, las pacientes que presentaron recidiva tuvieron, posterior al cono, una cantidad significativamente mayor de parejas sexuales (mediana 4, rango de 4 a 5 vs mediana 2, rango 1 a 6), una prevalencia no significativamente mayor de tabaquismo (66.7% vs 23.1%), y una menor prevalencia de ETS (0.0% vs 2.6%). Ningunas de las 38 pacientes (0.0%) que no tuvieron recidiva el reporte histopatológico no mostro lesión en el borde, en dos de las tres (66.6%) pacientes que tuvieron recaída, el borde si mostró presencia de la lesión, con una diferencia estadísticamente significativa.

En relación a la recidiva el 100% de las pacientes la tuvieron antes de los 2 años, lo que concuerda con la literatura.² Esto implica un seguimiento estricto los primeros 24 meses. Se encuentra en nuestro trabajo que varias de las características relacionadas con la recurrencia coincide con lo descrito en la literatura, como por ejemplo la edad de la primera relación sexual, el número de

parejas sexuales, número de gestas, tabaquismo y el borde quirúrgico positivo.^{5,6} Por el contrario, se encontró recurrencia en pacientes que presentaban un nivel escolar de postgrado, al contrario con lo reportado en la literatura, donde se relaciona con un nivel educativo bajo.⁷

Conclusión

El porcentaje de pacientes con recidiva tratadas con cono cervical fue 7.1%, siendo en la estadística mundial de 2 a 10%. Es importante mencionar que la mayoría recurrió alrededor de los 2 años. Las pacientes tuvieron una edad promedio de 20.0 años, iniciaron relaciones sexuales tempranas, tuvieron más de 3 parejas sexuales, 2 gestas en promedio, mayor proporción de pacientes con escolaridad de postgrado, una prevalencia en tabaquismo y la presencia de borde quirúrgico positivo a lesión premaligna. Estos factores deben ser tomados en cuenta para el seguimiento de las pacientes, puesto que están implicadas en el mayor número de recurrencias. Se confirmó que el cono cervical es un método adecuado para tratar las lesiones premalignas del cuello uterino, por su costo bajo y menor riesgo de complicaciones.

Como recomendación, se sugiere mejorar el llenado de las historias clínicas para evitar perder datos importantes de las pacientes, tipificar el virus papiloma humano, mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia para evitar el porcentaje de pacientes perdidas, mejorar el reporte de resultados de anatomía patológica en relación a la profundidad y extensión de los cortes, mejorar el sistema de salud preventiva en los centros médicos de las poblaciones necesitadas para promocionar la toma de la citología y, por último, la realización de un trabajo prospectivo, con la finalidad de efectuar un análisis estadístico.

Bibliografía

1. Herrera G, Granados G, Manual de Oncología, Quinta ed, México. Mcgraw-Hill Interamericana. 2013, 699-719.
2. DiSaia P, Creasman W, Oncología Ginecológica Clínica, Sexta ed, España, HarcourtBrace - Mosby. 1999, 51-106.
3. Saslow D, Runiwicz C, Solomon D. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cáncer. CA Cancer J Clin. 2002;52(6):342-62.
4. Cabrera J, Villanueva J, Correa L, Landeros J, Navarrete J, Silva I y col. Uso del asa electroquirúrgica en neoplasia preclínicas del cérvix quienes, ¿cuántas y por qué necesitaron un segundo tratamiento? Rev Chil Obstet Ginecol. 2002;67(6):461-6.
5. Berek SJ, Hacker FN. Ginecología Oncológica Práctica. Cuarta ed. México. Mcgraw-Hill Interamericana. 2006:265-336.
6. Alonso P, Lozano E, Hernandez M. Cáncer cervicouterino. Tercera ed. México DF. Editorial Panamericana. 2006:1-45.
7. ZurHausen H. Papillomaviruses in human cancer. 1987;59:1692- 6.
8. González DI Jr, Zahn CM, Retzliff MG, Moore WF, Kost ER, Snyder RR. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. Am J Obstet Gynecol. 2001;180(2):276-82.
9. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, Fedele L, Franceschi S, Gallotta L. Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia. Cancer. 1992;69:2276-82.