

Asa diatérmica en neoplasia intracervical.

Estudio histológico

Palabras clave: Conización, asa diatérmica, neoplasia intracervical, carcinoma epidermoide infiltrante.

Key words: Conization, diathermic loop, intracervical neoplasia, infiltrating epidermoid carcinoma.

Recibido: 30/06/2009

Aceptado: 06/07/2009

Bárbara Martínez Hiriart,* Rosario Acosta Fernández,* María Antonia Barrios Rodríguez,* Ana Isabel Carabajales León**

* Instituto Superior de Ciencias Médicas «Carlos J. Finlay».

** Hospital Provincial «Manuel Ascunce Domenech».

Correspondencia:

Bárbara Martínez Hiriart

Avenida de los Ancianos edif. 13, apto. 26. Rpto. Previsora. Camagüey, Cuba.
CP. 70700. Tel: 296732. E-mail: bmh@iscmc.cmw.sld.cu

Resumen

Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500,000 muertes al año en el mundo. Después del cáncer de mama, es el que con mayor frecuencia afecta a la mujer y su evolución depende del diagnóstico precoz. En Cuba ocupa el tercer lugar de incidencia y el quinto de mortalidad; Camagüey se encuentra entre las provincias de mayor incidencia en el país. Se realizó un estudio analítico, transversal en el Hospital «Ana Betancourt de Mora», que involucró 195 mujeres sometidas a conización con asa diatérmica, con el objetivo de analizar sus resultados histológicos. El diagnóstico predominante fue la lesión premaligna (NIC I, II, III), que afectó en mayor proporción al grupo de 35 a 44 años; la más representada fue NIC II. Predominaron los bordes de sección quirúrgica libres de lesión. Se constató correspondencia citohistológica en los casos de NIC I y carcinoma epidermoide infiltrante (CEI), no en el NIC II, NIC III, lesiones benignas y negativas y existió correspondencia entre los resultados del cono y biopsia inicial. A pesar de que la conización con asa diatérmica es un procedimiento invasivo, se justifica su utilización por la especificidad del diagnóstico y efectividad del tratamiento.

Abstract

177

It is considered that cervix uteri cancer cause around 500, 000 deaths to the year in the world, it is after breast cancer the one that affects woman with more frequency and its evolution depends on the precocious diagnosis. In Cuba it occupies the third place of incidence and the fifth of mortality, Camagüey it is among the provinces of more incidence in the country. An analytic cross-sectional study was carried out at «Ana Betancourt de Mora» Hospital that included 195 women submitted to conization with diathermic loop, with the objective of analyzing their histological results. The predominant diagnosis was the premalignant lesion (NIC I, II, III) that affected in more proportion to the group from 35 to 44 years, the most represented was NIC II, the borders of surgical section free of lesion prevailed, cytohistologic correspondence in the cases of NIC I and infiltrating epidermoid carcinoma (CEI) was verified, not in NIC II, NIC III, benign and negative lesions and correspondence between the results of the cone and the initial biopsy existed. Despite the fact that conization with diathermic loop is an invasive procedure, it is justified its use for the diagnosis specificity and the treatment effectiveness.

Introducción

Las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 59 años se encuentran en un periodo que los médicos califican de riesgo para padecer cáncer de cuello uterino. Es ésta una alteración celular que se manifiesta en sus inicios con lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución. Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500,000 muertes al año en el mundo.^{1,2} Esta entidad es, después del cáncer de mama, la que con mayor frecuencia afecta a la mujer y su evolución depende del diagnóstico precoz.^{3,4} En Estados Unidos ocupa el sexto lugar entre las neoplasias malignas de mayor morbilidad, responsables de aproximadamente 23% de todas las muertes. En México, Perú, Venezuela y Ecuador representa la primera entidad productora de morbilidad de las mujeres; y en Colombia es la segunda causa de muerte.⁵⁻⁷ En Cuba ocupa el tercer lugar de incidencia y el quinto de mortalidad, considerada la más baja tasa de mortalidad en América Latina. La provincia de Camagüey se encuentra entre las de mayor incidencia de la enfermedad en el país.⁸⁻¹⁰

Las técnicas para el tratamiento conservador han evolucionado en los últimos años, desde el cauterio introducido por Celsius para tratar lesiones ulcerosas del cuello, hasta la criocirugía, el láser y la electrocirugía en tiempos más actuales.^{11,12}

El uso del Asa LEEP (*Loop Electrosurgical Escision Procedure*) con gran aceptación en el mundo y en Cuba, provoca baja incidencia de las hemorragias, disminución en la expansión de la zona de transformación, escaso dolor, reducción del tiempo quirúrgico, disminución de la posibilidad de estenosis del canal endocervical y la certeza de obtener bordes libres corroborados por el estudio histopatológico de la pieza, así como sus ventajas económicas han devenido, en la actualidad, como el método de elección para los colposcopistas en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones preneoplásicas cervicales.^{13,14}

No se ha realizado en nuestro medio estudio histológico previo que permita evaluar la especificidad del diagnóstico y el procedimiento terapéutico utilizado. Ante tal situación, consideramos oportuno la realización de este trabajo.

Material y métodos

Estudio observacional, analítico, de corte, transversal; en él fueron estudiadas 195 mujeres sometidas a conización con asa diatérmica en la consulta de patología de cuello del Hospital Ginecoobstétrico Docente de la ciudad de Camagüey «Ana Betancourt de Mora» desde mayo de 2007 a abril de 2008. Las pacientes participantes otorgaron consentimiento informado. Todos los datos obtenidos se manejan de manera confidencial.

Las variables se describieron utilizando distribuciones de frecuencias absolutas y porcentajes. Se calcularon intervalos de confianza a 95% para los porcentajes.

El análisis del comportamiento de las lesiones premalignas según edad incluyó la prueba chi cuadrada con un nivel de significación de 0.05. La información se procesó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 9.0.n.

Resultados

De las 195 mujeres conizadas con asa diatérmica, 99 (50.77%) tenían diagnóstico de lesión premaligna. El resultado de la biopsia fue negativo en 71 (36.41%) casos, otras 21 (10.76 %) mujeres presentaron lesiones benignas y sólo cuatro (2.05 %) mostraron lesiones malignas.

Al analizar las lesiones premalignas según grupos de edades (*cuadro I*) se constató predominio en los grupos de edades de 25 a 34 y de 34 a 44 años con 35 (35.35 %) y 39 (39.39 %) casos, respectivamente. El NIC I fue más frecuente en mujeres de 35 a 44 años (47.1%) y el NIC II en las de 25 a 35 años (53.3%). La frecuencia de éstos en los grupos de 45 a 60 y más

Cuadro I. Distribución de las lesiones premalignas según grupos de edades.

Edades	NIC I		NIC II		NIC III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 25	3	8.8	0	0.0	0	0	3	3.03
25-34	7	20.6	24	53.3	4	20	35	35.35
35-44	16	47.1	13	28.9	10	50	39	39.39
45-54	4	11.8	6	13.3	3	15	13	13.13
≥55	4	11.8	2	4.4	3	15	9	9.09
Total	34	100.0	45	100.0	20	100	99	100.00

Prueba chi cuadrada: $p = 0.022$

de 60 es inferior, mientras que la de NIC III tiene la mayor frecuencia de todos los grupos etáreos (15%). Los resultados son estadísticamente significativos ($p = 0.022$), lo que sugiere diferencia del comportamiento histológico según la edad.

En este trabajo se aprecia la efectividad del tratamiento y la calidad con que se aplicó la técnica al obtener bordes libres en 184 mujeres (94.35%). Bordes positivos se registraron sólo 10 (5.12%) casos. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.0001$). El caso restante (0.51%) se consideró como no útil.

Al relacionar el diagnóstico histológico del cono con la citología previa (*cuadro II*) se observó que a 10 (5.12 %) mujeres no se les realizó la citología orgánica; 71 (36.41 %) biopsias tuvieron resultados negativos contrarrestando con 13 (6.66%) en la citología. En los casos de NIC II existieron 93 (47.69 %) diagnósticos citológicos, frente a 45 (23.07 %) histológicos y en los NIC III se constató resultados similares, 32 (16.41 %) en la citología y 20 (10.25 %) en el cono. Estadísticamente se registraron diferencias significativas entre los diagnósticos iniciales y finales, más marcados en los negativos ($p = 4.519 \times 10^{-13}$), seguidos del NIC II ($p = 1.856 \times 10^{-7}$), del NIC III ($p = 0.0369$) y las benignas ($p = 0.0496$).

179

Al analizar la relación entre la biopsia inicial y el resultado de la biopsia por cono, se observó que dentro de las lesiones premalignas existió total correspondencia diagnóstica entre los casos que presentaban NIC I y NIC II en la biopsia por ponche y los que se obtuvieron después de realizar el cono por asa. Se comportó del mismo modo en las enfermas que presentaron NIC III, existiendo 12 (6.12%) en la biopsia inicial y 20 (10.25 %) en la biopsia del cono, diferencia no significativa estadísticamente. La comparación entre casos con carcinoma epidermoide infiltrante (CEI), con lesiones benignas y con resultados negativos evidenció diferencias significativas.

Cuadro II. Relación entre el diagnóstico histológico de la conización y el diagnóstico citológico inicial.

Diagnósticos	Citología inicial		Biopsia por cono	
	n	%	n	%
NIC I	36	18.46	34	17.43
NIC II	93*	47.69	45*	23.07
NIC III	32**	16.41	20**	10.25
CEI	5	2.56	4	2.05
Negativo	13 ⁺	6.66	71 ⁺	36.41
Benigno	6 ⁺⁺	3.07	21 ⁺⁺	10.76
No realizadas	10	5.12	0	0.00
Total	195	100.00	195	100.00

CEI = Carcinoma epidermoide infiltrante.

* $p = 1.856 \times 10^{-7}$; ** $p = 0.0369$; ⁺ $p = 4.519 \times 10^{-13}$; ⁺⁺ $p = 0.0496$

Cuadro III. Relación entre el diagnóstico histológico de la conización y el resultado colposcópico inicial.										
Colposcopia	Biopsia									
	Negativas		Premalignas		Malignas		Benignas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normales	0	0	2	100	0	0	0	0	2	1.02
Patológicas	71*	36.97	96*	50	4*	2.08	21	10.93	192	98.46
No realizadas	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0.51
Total	71	36.41	99	50.76	4	2.05	21	10.76	195	100.00

* p = 1.040 e-3

Discusión

En sus estudios sobre conización, Suárez¹⁵ y Tamayo¹⁶ destacan el predominio de las lesiones premalignas con porcentajes similares. En 36.41% de las mujeres se encontraron resultados negativos en la biopsia por cono, al no hallarse evidencia de NIC o infección por PVH en el estudio histológico. En estos estudios se obtienen los mejores resultados del asa LEEP como tratamiento, porque posibilita la resección completa de la lesión, con un mínimo de complicaciones ocasionadas a las mujeres y un pronóstico favorable.

En la literatura revisada, aunque los rangos de edades son diversos, puede apreciarse coincidencia en la etapa de 35 a 45 años como la más afectada por lesiones premalignas.¹⁷⁻¹⁹ Los resultados obtenidos en la investigación evidencian la detección más temprana de las lesiones como un logro del Programa Nacional establecido y aplicado en el territorio.

Es importante determinar el compromiso de los bordes de sección quirúrgica al realizar el diagnóstico del cono. Si los bordes son positivos, indica que la lesión no ha sido eliminada y que el procedimiento sólo tendrá valor diagnóstico y, por lo tanto, permite al ginecólogo determinar el seguimiento correcto de la paciente. En los casos que los bordes de sección quirúrgica sean negativos se confirmaría la eficacia del proceder utilizado.^{20,21}

En el Programa Nacional de Detección Precoz de Cáncer Cervicouterino está establecido que la citología orgánica se le realice a las mujeres que se encuentren en el rango de edades entre 25 y 59 años, con periodicidad cada tres años; puede efectuarse en la consulta del médico de la familia, en los policlínicos y en los hospitales rurales que realizan acciones primarias de salud. Se debe considerar que la citología cervical no es concluyente para determinar un diagnóstico, sino sugestiva; identifica a las mujeres con posibles lesiones de cáncer de cuello uterino y tiene positividad de más de 90%, aunque puede dar un resultado negativo ante la coexistencia de procesos inflamatorios.^{22,23}

En investigaciones de correlación citocolpohistológica con biopsia por asa diatérmica de otros autores se plantea, al igual que en el presente trabajo, que la mayoría de los casos detectados como positivos en la colposcopia muestran resultados patológicos en la biopsia por cono.^{24,25} Autores como Rubiano y López Ramírez reportan coincidencia diagnóstica colpohistológica que oscila entre 55 y 60%.^{26,27}

Es importante tener presente que la biopsia por ponche o dirigida es un proceder sencillo, y a la vez capaz de aportar histológicamente un resultado que debe estar en correspondencia con la lesión observada en los diagnósticos previos y confirmados en la biopsia obtenida del material quirúrgico. Esta investigación muestra la coinci-

dencia entre los estudios histológicos de las biopsias por ponche y por cono, pone de manifiesto la efectividad de este método y su importancia en el diagnóstico final, lo que tiene gran repercusión sobre la conducta terapéutica a seguir con las enfermas.

Ginecoobstetras chilenos realizaron cono por asa LEEP a 137 casos y encontraron concordancia entre la biopsia previa y el estudio histológico en 87%.^{28,29} Howe considera que la biopsia previa dirigida por colposcopia puede acertar en el diagnóstico en 93%; existe 6% que podría tener diagnóstico correcto por una biopsia más ampliada, como es la extirpación de toda la zona de transformación.³⁰

Las técnicas para el tratamiento conservador han evolucionado en los últimos años, desde el cauterio introducido por Celsius para tratar lesiones ulcerosas del cuello, hasta la criocirugía, el láser y la electrocirugía en tiempos más actuales.³¹

Entre los métodos más recientes implementados se encuentra el asa diatérmica o asa LEEP (*Loop Electrosurgical Excision Procedure*), que ha tenido gran aceptación en el mundo y en Cuba, debido a su eficacia y al mejoramiento de las técnicas, lo que brinda baja incidencia de hemorragias, disminución en la expansión de la zona de transformación, escaso dolor, reducción del tiempo quirúrgico, disminución de la posibilidad de estenosis del canal endocervical, así como certeza de obtener bordes libres corroborados por el estudio histopatológico de la pieza; además, también existen ventajas económicas. Por estas razones ha devenido como el método de elección para los colposcopistas en el tratamiento de las lesiones preneoplásicas cervicales.³²

Conclusiones

La biopsia por conización con asa diatérmica proporciona especificidad diagnóstica y efectividad terapéutica.

Referencias

1. Au WW, Sierra-Torres CH, Tyring SK. Acquired and genetic susceptibility to cervical cancer. *Mutat Res* 2005; 544: 361-364.
2. Wright T, Gogron S, Richard R et al. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using loop electrosurgical excision procedure. *Obstet gynecol* 2006; 68: 243-234.
3. Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Sal Pub Mex* 2004; 45: S306-S314.
4. Asociación Internacional de Registros de Cáncer AIARC 2004. Cáncer Incidente in five Continents. IARC, Lyon VIII Ref ID: 9.
5. Landis SH, Murria T, Bolden S et al. Cancer statistics 2005.CA. *Cancer I Clin* 2005; 49: 8.
6. Sierra-Torres CH, Au WW, Arrastia CD, Cajas-Salazar N, Robazetti SC, Payne DA et al. Polymorphisms for chemical metabolizing genes and risk for cervical neoplasia. *Environ Mol Mutagen* 2004; 41: 69-76.
7. Novoa Vargas A. Epidemiology of cervix uterine cancer in Latin American. *Obstet Gynecol (Mex)* 2001; Jun: 243-246.
8. US Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: Recommendations and rationale. *Am fam Physician* 2004; 67 (8): 1759-1766. Ref ID:6.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. Casos positivos de cáncer cervicouterino detectados en las mujeres examinadas por el programa según etapa clínica. La Habana: MINSAP 1982-2005.
10. Organización Mundial de la Salud. Acción mundial contra el cáncer. OMS; 2005. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico [en línea] 2005 [fecha de acceso 12 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/anuario>.
11. Wright T, Gogron S, Richard R et al. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using loop electrosurgical excision procedure. *Obstet Gynecol* 2006; 68: 243-234.
12. Jon P, Puig T, Iglesias X. Papel del asa diatérmica en el diagnóstico de la patología cervical. Resultados en el tratamiento de la CIN. *Acta Ginecol* 2004; 50: 320.
13. Amoroch NH, Guardisla ME. Cono cervical con radiocirugía alternativa en diagnóstico y tratamiento de neoplasia intraepitelial del cérvix. *Rev Colomb Obstet* 2005; 44: 297-300.
14. Narváez TA. Procedimiento: Conización con ASA diatérmica. *Rev Chilena Obstet Ginecol* 2003; 29 (6): 3-9.
15. Suárez BCM, Díaz NV, Ramírez SR. Conización amplia una opción terapéutica en el carcinoma *in situ* de cuello uterino. *Rev Cienc Med* 2006: 31-66.
16. Tamayo LT, Varona SJ. Estudio de las pacientes conizadas por patología de cuello. *Rev Cub Obstet Ginecol* 2005; 31 (2): 13-16.
17. Abad ML, Balagueró LIL, Biete SA, Bosll JF, López GG, López GN et al. Grupo de cáncer de cuello uterino. Documentos de Consenso. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2005.
18. Cortés YH. Papilomavirus y cáncer de cérvix. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2003; 54 (2):36-43.
19. El cáncer de cérvix. Tipos de cáncer. Acceso 12 de noviembre de 2004. Disponible en: <http://www.dieminger.com/tiposcáncer/spcancerdecuellouterino.htm>
20. Montz FJ, Holschneider CH, Thomson LD. Large Loop excision of the transformation zone (LLETZ): Effect on the pathologic interpretation of resection margins. *Obstet Gynecology* 2004; 81 (6): 976-982.

21. Bretelle F, Cravello L, Yang L, Benmoura D, Roger V, Blanc B. Conización with positive margins: What strategy should be adopted. *Ann Chir* 2006; 125 (5): 444-449.
22. López RJM. Incidencia de lesiones cervicovaginales premalignas en una población de retomados de Guatemala. *Rev Guatemala*: Universidad de Guatemala 2006; 43: 30-38.
23. Toro de Méndez M. Reevaluación rápida como control de calidad en citología cervicovaginal. IV Congreso Virtual Hispano-Americanano de Anatomía Patológica 2006.
24. Pérez ERA. Correlación cito-colpo-histológica de los casos operados por Radiocirugía en el Hospital América Arias 2006
25. Menswerd. Primer Congreso Mundial de Colposcopia y Patología Cervical Uterina y Octava Revisión Anual, Molachino. Rosario, Argentina: Establecimiento Gráfico; 2005.
26. Rubiano J, Trujillo D, Gutiérrez M, Bueno M. Tamizaje en cáncer ginecológico. Guías Prácticas Clínicas basadas en la evidencia. Proyecto ASCOFAME. Bogotá: Seguro Social Salud; 2002.
27. López RJM. Incidencia de lesiones cervicovaginales premalignas en una población de retomados de Guatemala. *Rev Guatemala*: Universidad de Guatemala 2006; 43: 30-38.
28. Cabrera DC, Villanueva J, Correa L, Landers J, Navarrete J, Silva I. Uso del asa electroquirúrgica en neoplasias preclínicas del cerviz. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 67: 466.
29. Cervantes AC. Uso del asa electroquirúrgica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 45 (6): 2-9.
30. Howe DT, Vicent AC. Is Large loop excision of the transformation zone (LEETZ) more accurate than colposcopically directed punch biopsy in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplásica. *Br J Obstet Gynecol* 2005; 98: 588-591.
31. World Health Organization. Cancer control. Knowledge into action who guide for effective programmes. Groups of cancer control. *Ginebra*: OMS; 2004.
32. Varela J, Egaña J, González D. Conización por ASA. Experiencia en el Hospital Carlos Van Guren. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67 (1): 33-38.