

USO DE LA CRIOCIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL*

Dr. Miguel Armando Moradel. * *

INTRODUCCIÓN

Como es de conocimiento generalizado, la Neoplasia Intraepitelial Cervical (grado I-II-III), es una lesión preclínica, premaligna, cuyo diagnóstico radica en el uso de la Citología, método de detección masiva que nos permite seleccionar los casos anormales.- La Colposcopia, método clínico que nos orienta y señala la lesión sospechosa a biopsiar. La Histología para definir el estado premaligno del epitelio y corroborar los procedimientos de diagnóstico antes mencionado.

La detección precoz de la Neoplasia Intraepitelial Cervical, nos ofrece grandes satisfacciones, ya que son lesiones de evolución continua y de gran potencial neoplásico maligno. Cuando la Neoplasia Cervical es detectada en etapas invasoras, los tratamientos son paliativos y la sobrevida es a corto plazo.

OBJETIVO.- La Criocirugía en el manejo de la Neoplasia Intraepitelial Cervical pretende destruir el epitelio mediante sondas de forma y tamaño variable, empleando Bióxido de Carbonato y Oxido Nitroso con puntos de congelación de -65oC y -89oC respectivamente. (1-7).

Desde 10 años atrás el uso de la Crioterapia, ha modificado los tratamientos radicales de la enfer-

medad premaligna (Conización o Histerectomía), dada la población más joven que presenta estas lesiones con tendencia creciente y quienes desean conservar su fertilidad. (7).

MATERIAL Y MÉTODO.- Se analizan 125 casos de mujeres consultantes en la Unidad de Patología Cervical de la Liga Contra el Cáncer (tabla No. 4). Quienes han sido tratadas con Crioterapia y controladas desde Marzo de 1981 a Noviembre de 1982, por presentar: Displasia Leve 52 pacientes (17.8o/o) Displasia Moderada 56 pacientes (19.2o/o); Displasia Severa 17 casos (5.8o/o).

Las edades de las pacientes con Neoplasia Intraepitelial Cervical en sus diferentes grados (tabla No. 5) corresponden a las siguientes: De 16 a 24 años - 29 (23o/o); de 25 a 35 años - 77 (62o/o); mayores de 35 años— 19 (15o/o).

Para ser incluidas en este estudio las pacientes tuvieron que cumplir con los siguientes requisitos: a) Estudio Citológico, b) Colposcópico, c) Histológico, d) Protocolo Especial, e) Examen Ginecológico.

Después de la Crioterapia se controlaron cada 4 meses con Citología y Colposcopia, con 3 controles negativos durante un año se consideran como satisfactorios.

En la Unidad de Patología Cervical, tenemos en control Citológico 9000 pacientes, de las cuales 432 son portadoras de Patología Cervical — 4.8o/o (tabla No. 1).

Presentado en el XXVI Congreso Médico Nacional en Tegucigalpa del 8 - 12 de febrero 1983.

Ginecólogo de la Unidad de Patología Cervical.- Liga Contra el Cáncer.- San Pedro Sula.

TABLA No. 1
PACIENTES EN CONTROL CITOLOGICO 9000
PACIENTES CON PATOLOGIA CERVICAL
 432 - 4.8o/o

GRADO DE N.I.C.	No.	o/o
I	130	30
II	100	23.1
III	62	14.3
C.A. INSITU	45	10.4
C.A. INVASOR	95	22
	432	99.8

Cabe mencionar que el porcentaje total de pacientes con Neoplasia Intraepitelial Cervical corresponde a 292 (3.2o/o) de 9000 Citologías.- Las pacientes con Citología alterada son evaluadas en base a un Protocolo especial (Tabla No. 2).

Acostumbramos a repetir la Citología, ya que con este procedimiento corroboramos el informe anterior, la posibilidad que haya habido confusión de lámina, material inadecuado, mal procesado o toma insatisfactoria.

TABLA No. 2
PROTOCOLO

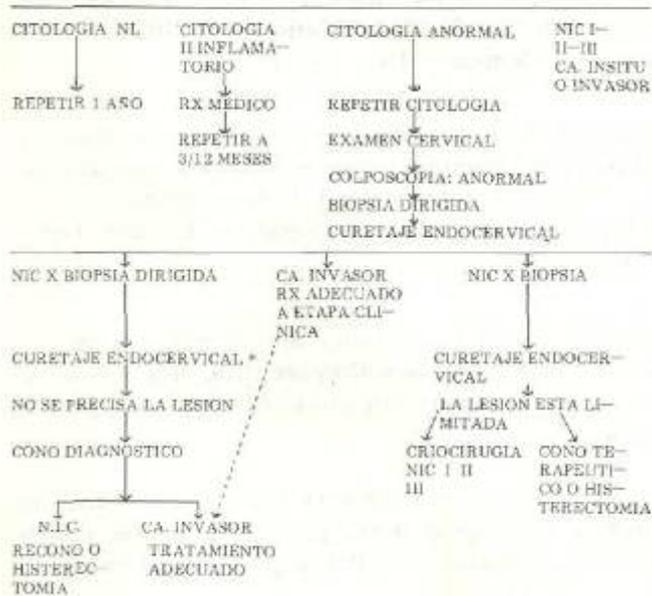


TABLA No. 3
PACIENTES DESCARTADAS
 167 NIC DE 292

GRADO DE N.I.C.	No.	o/o
I	78	26.8
II	44	15
III	45	15.4
	167	57.2

TABLA No. 4
PACIENTES TRATADAS CON CRIOCIRUGIA:
 125 NIC, DE 292

GRADO DE N.I.C.	No.	o/o
I	52	17.8
II	56	19.2
III	17	5.8
	125	42.8

En las que aplicamos doble congelación a 3 minutos cada una, es importante mencionar que el número y porcentaje de Displasias Leves y Moderadas es casi igual, en las Displasias Severas 17 (5.8o/o), utilizamos la Crioterapia cuando el caso reúne los requisitos del Protocolo, con el fin de disminuir la Conización evaluando edad y paridad.

TABLA No. 5
DISTRIBUCION POR EDADES DE PACIENTES
CON NIC EN SUS DIFERENTES GRADOS
I - II - III.

EDAD	No.	o/o
16 - 24 años	29	23
25 - 35 años	77	62
más de 35 años	19	15
	125	100

El mayor número 77 (62o/o) corresponden a edades comprendidas entre los 25 a 35 años, disminuyendo en pacientes mayores de 35 años 19 (15o/o) hemos tomado como edad mínima 16 años y es precisamente en donde tenemos un caso con NIC II, en la cual ha habido recidiva, lo que nos sugiere la ejecución de la Citología en pacientes jóvenes al iniciar la vida sexual.

TABLA No. 6
COMPLICACIONES INMEDIATAS AL USO DE
LA CRIOCIRUGIA

COMPLICACIONES	No.	o/o
INFECCIONES	10	8
CERVICORRAGIA	2	1.6
	12	9.6

Hemos tenido 9.6o/o de complicaciones correspondiendo a infecciones que han ocupado el primer lugar 10 casos (8o/o) caracterizado por exudado fétido con tejido necrosado, las que han cedido a antibioterapia oral y local, la Cervicorragia en segundo lugar 2 casos (1.60/o) las que desconocemos su causa.

TABLA No. 7
CRIOCIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA
NIC. RECIDIVAS

GRADO DE NIC	RECIDIVAS	
	No.	o/o
I	7/52	5.6
II	9/56	7.2
III	0/17	—
	16/125	12.8

Las recidivas en el uso de la Crioterapia en la NIC,, ha sido de un 12.80/0 (16 casos], mayor que las registradas en la literatura extranjera (8 a 100/0), siendo mayor en displasias grado II 9 casos (7.2o/o), grado I (7 casos 5-6o/o), llama la atención que en las Displasias Severas no hemos tenido recidiva, quizá porque hemos sido más cuidadosos o porque la intensidad de congelación ha sido de mayor penetración y con menos error en cuanto a procedimiento.

Segunda Criocirugía por recidiva.- La hemos aplicado 5 meses después de la primera Crioterapia (Tabla No. 8), 11 de 16 pacientes (8.80/0), recibieron segunda aplicación, el porcentaje para Displasias leves y Moderadas fue igual y la efectuamos cuando la lesión recidivante fue menor que la primaria, en 5 casos (4o/o) preferimos la Conización o Histerectomía, por edad y paridad cumplida y porque las pacientes rehusaron al tratamiento.

TABLA No. 8
SEGUNDA CRIOCIRUGIA POR RECIDIVA

GRADO DE NIC.	No.	o/o	No.	o/o
I	5/7	4	2	1.6
II	6/9	4.8	3	2.4
III	—	—	—	—
	11/16	8.8	5	4

COMENTARIO. Se ha revisado una serie de 125 pacientes portadoras de NIC grado I—II—III, en nuestra Unidad de Patología Cervical que fueron tratadas conservadoramente a base de Criocirugía, a pesar que únicamente las hemos controlado durante un año y una casuística pequeña, nuestros resultados preliminares han sido satisfactorios en un 87.2o/o y una recidiva de 12.8o/o; los porcentajes de curación en Norte América son de 90o/o o más con una recidiva de 8 a 10o/o al igual como lo señalan autores {Townsend y Ostergard 1971, Creasman y Colab. 1973, Disaia, Morrow y Townsend 1975; Les y Singer 1978}. Si bien es cierto que tuvimos complicaciones 9.6o/o (Infecciones y Cervicorragia), talvez porque nuestro procedimiento no estuvo perfecto en cuanto a tecnología o porque nuestras pacientes no cumplieron con las indicaciones dadas o ya existía una infección en potencia y el procedimiento la agravó.-Pero con nuestro aporte estamos demostrando que podemos disminuir la Neoplasia Cervical Invasora, la mortalidad por Cáncer Cervico-Uterino en un futuro, manejar nuestras pacientes ambulatoriamente, conservar más camas en nuestros Hospitales, disminuir gastos de hospitalización, riesgos quirúrgicos, operaciones innecesarias.- Es oportuno aclarar que tratamos con Criocirugía Displasias Severas con cierto temor pero lo hicimos con el fin de superar obstáculos en base a la situación económica de nuestros hospitales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anderson B.- Tratamiento de la Neoplasia Cervical temprana, P837. *Obsteí Gynecol* 1977.
- 2.- Amagada J-, Iglesias J-, Toledo P., Olivares A.- Manejo actual en el estudio y tratamiento de la N.I.E., de cuello Uterino P93 XVIII Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología, Santiago, Chile 1980.
- 3.- Beller Fk, Khatamee Evaluation of Biopsy of the Cervix under direct Colposcopic observation (Target Punch Biopsy *Obstet Gynecol* 28:622-625 1966).
- 4.- Creasman W-, Weed J.C., Efficacy of Cryosurgical Treatment of Severe Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstet Gynecol* 41:501-506 1973.
- 5.- Creasman W.. Weed J.C., Tratamiento Conservador de la Neoplasia Intraepitelial Cervical 276-287 *clinica Obstet Gynecol* Vol. No. 1, 1980.
- 6.- Richart Técnicas de Selección para Neoplasia Cervical 720-732 *Obstet Gynecol* Vol. 3, 1979.
- 7.- Singer, A. Jordán J., Tratamiento de enfermedad Cervical premaligna 9 629, *Gynecol Obstet* Vol. 3, 1978.
- 8.- Townsend, D.E. Richart, R.M. Opinión Can Colpos-copy Replaces Conization? *CA.A. Cáncer Journal for Clinicians* Vol 32 No. 2 March/April 1982.
- 9.- Townsend D.E. Ostergard D.R. Cryocauterization for Preinvasive Cervical Neoplasia *J. Repr MED* 6:171-176,1971.