

Conizacion del Cuello Uterino en Patologia Cervical

Dr. Miguel Armando Moradel, Dr. Miguel Angel Crespin*, Dr. Oscar Aguilar***

RESUMEN

De 1988 a 1991 se analizaron 226 padentes que fueron sometidas a conizacion cervical por informes histologicos de biopsia dirigida de neoplasia intraepitelial cervical y sospecha de invasion en la liga contra el cancer de San Pedro Sula, el analisis revelo: que el 60% no tenian citologia previa; 30 padentes (36%) sus papanicolau habian sido reportados normales, 15 casos (7%) de carcinomas preclinicicos estaban acompanados por papiloma virus humano bien como factor causal o casual. La biopsia dirigida por colposcopia revelo un 98% de NIC en sus 3 grados ell.8% de Micro e Invasion, 11 casos (5%) no se encontro patologia en el cono. La colposcopia fue efectiva del 95 al 98%. El cono fue terapeutico en 160 casos (71%); 53 pacientes con lesion residual (23%) y 13(6%) bordes no descritos. A 17 pacientes (32%) se les practico hysterectomia total, de ellos 9 (53%) no habia lesion residual y en el 12% 3 casos se encontro displasia residual, 8 casos (15%) controladas con PAP al final del estudio seguian normales, 5 pacientes se ignora el diagnostico por abandono al seguimiento final. COMPLICACIONES. Perforacion Uterina 1 caso y 5 de cervicorragia post - cono.

Ginecologo y Colposcopista de La Liga Contra El Cancer y Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras, C. A.
Ginecologo y Colposcopista de La Liga Contra El Cancer, San Pedro Sula. Medico de La Liga Contra El Cancer, San Pedro Sula.

INTRODUCCION:

Conizacion del Cuello Uterino, es la operacion que se practica para extirpar una porcion del Exocervix y Endocervix, su amplitud dependera de la anatomia cervical, extension de la lesion, penetracion en el canal cervical, sospecha de invasion y grado de la lesion.- Con la aceptacion y difusion de la colposcopia se ha relegado en un 50% en pacientes ginecologicas y en 100% en embarazadas. Sin embargo, hoy en dia le queda un lugar importante como metodo de diagnostico y terapeutico superando tratamientos destructivos (Laser y Criocirugia) por el rescate del tejido para confirmacion del diagnostico. Antes que tuviera aceptacion la biopsia dirigida por colposcopia el cono era el metodo electivo para mujeres con una citologia anormal.

TECNICA:

Conizacion Clasica, Solucion de Adrenalina o Puntos Paracervicales para Hemostasia, Mapeo del Exocervix con SHILLER, Puntos de Sturmdort Bealecke, Legrado Fraccionado, abrir el Cono de 12 a 6 fijarlo en lamina cortes histologicos 14 o 18.

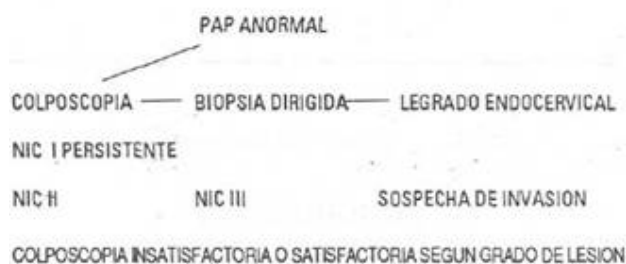
MATERIAL Y METODO:

De Enero 1988 a Diciembre 1991 se analizaron retrospectivamente 229 casos que habian sido sometidos a conizacion en la liga contra el Cancer de San

Pedro Sula. 3 Casos fueron descartados por falta de informacion en el protocolo (Cuadro No. 1), el analisis de los 226 conos re veló diagnosticos por biopsia dirigida colposcópica de Displasia Leve Persistente (NIC I); Moderada (NIC II), Severa y Carcinoma In-Situ (NIC III) y sospecha de Invasion. En 86% la Colposcopia fue insatisfactoria y en el 14% satisfactoria.

PROTOCOLO

CUADRO No. 1



CONIZACION

El informe histologico de la biopsia dirigida por colposcopia (Cuadro No. 2). 222 casos el 98% tertian neoplasia Intraepitelial Cervical en sus 3 grados NIC I, NIC II, NIC III. 1 caso de Cancer Microinvasor y 3 casos con C. A. Invasor 1.8%. En los 4 casos de micro-invasion el tejido obtenido fue insuficiente derivandose a cono diagnostico.

CUADRO No. 2

INFORME HISTOLOGICO DE BIOPSIA DIRIGIDA

No. DE CASOS BIOPSIA DIRIGIDA			
14	NIC I	6	%
67	NIC II	30	%
141	NIC III	62	%
1	MICROINVASOR	0.5	%
3	SOSPECHA CA. INVASOR	1.3	%
226		99.8	%

De los 226 conos realizados en los 3 anos, 211 pacientes 94% (Cuadro No. 3), el informe fue de neoplasia intraepitelial cervical en sus 3 grados NIC I, II Y III. Cancer microinvasor 3 pacientes y 1 caso de Ca. Invasor. Es importante sefialar que en 11 casos (5%) que habia patologia por biopsia dirigida, el cono no confirmo patologia alguna; hay lesiones pequenas y bien delimitadas que pueden ser eliminadas con la biopsia colposcópica. El cono fue muy oportuno. De los 3 canceres con sospecha de ser invasores por biopsia dirigida, el cono revelo que eran microinvasores, la ventaja es que la muestra del cono es mas amplia y el patologo tiene mas tejido para confirmacion histologica diaenostica.

CUADRO No. 3

INFORME HISTOLOGICO DE CONIZACIONES

No. DE CASOS (226)	CONOS	%
11	NEGATIVO	5
24	NIC I	11
49	NIC II	22
138	NIC III	61
3	CA. MICROINVASOR	1.3
1	CA. INVASOR	0.5
226		100

SITUACION FINAL DE BORDES QUIRURGICOS

Conos terapcuticos (71 %), la lesion fue eliminada en un 100% segun este estudio, pero el seguimiento es obligatorio con citologia para investigar recurrencia. En 53 casos (23%) habia informe de bordes quirurgicos positivos, derivandose estos a cirugia mayor por cono insuficiente; lo sorprendente es que en 13 casos (6%) los patologos no describieron el estado de los bordes; estas pacientes tendran que ser concientizadas para seguimiento.

CUADRO No. 4

SITUACION FINAL DE BORDES QUIRURGICOS

CONOS TERAPEUTICOS	160	71%
CONOS CON BORDES POSITIVOS	53	23%
CONOS CON BORDES NO DESCRITOS	13	6%
TOTAL	226	100%

SITUACION FINAL DE BORDES QUIRURGICOS POSITIVOS

A17 pacientes se les practico Histerectomia por bordes quirurgicos positivos (32%), controladas con PAP 8 (15%). Buxton en 1987 analizo 35 pacientes con lesion residual y seguimiento con PAP normal, se les practico histerectomia y no se encontro lesion residual. EL PAP es un buen indicador de seguimiento especialmente en pacientes en edad reproductiva y el seguimiento a la fecha es normal. 28 (52%) no se sabe de estos casos.

CUADRO No. 5

SITUACION FINAL DE BORDES QUIRURGICOS POSITIVOS

HISTERECTOMIZADAS	17	32%
CONTROLADAS CON PAP	8	15%
PERDIDAS	28	52%
TOTAL	53	99%

SITUACION FINAL DE PACIENTES OPERADAS

En el analisis encontramos que 9 (53%) de las pacientes histerectomizadas no tenian displasia residual, estos casos no se hubieran sometido a mayor riesgo de morbilidad, con seguimientos citologicos se hubieran beneficiado. En Honduras no investigamos la medicina que practicamos, y el resultado es que no hay seguridad para tomar conductas. En 3 casos (12%) habia displasia residual, en 5 (35%) el diagnostico es ignorado, probablemente fueron operadas en otros Hospitales.

CUADRO No. 6

SITUACION FINAL DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

SIN DISPLASIA RESIDUAL	9	53%
CON DISPLASIA RESIDUAL	3	12%
DIAGNOSTICO IGNORADO	5	35%
TOTAL	17	100%

BIBLIOGRAFIA

- 1.- La Conizacion en el Tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical. Howard W. Jones III, M.D. Clinicas Obstetricas y Ginecologicas. Abril 1983.
2. ~ Conizacion Del Cuello Uterino Harold MM. To well. - Critica de la Conizacion Dr. Miguel Newton. Clinicas Obstetricas y Ginecologicas. Marzo 1976.
- 3.- A. Lopez, S. E. Pearson, S. Mor-Yosef, D. Ireland, J.M. Monaghan. Is it time for a reconsideration of the critery for cone bippsy? Bristish Journal of Obst. and Gyn. Nov -1989: Vol 96; 1345 -1347
- 4.- Baggish M.S.S. Dorsey J.H. (1982); Contac Hysteroscopic evaluation of the Endocervix as an Adjunt to Colposcopy; Obstet. Gynecol 60,107 - no.
- 5.- Luesly D.M., Wade - Evans T., Jordan J.A.S. Woodman C.B.J. (1987); Negative Cone Biopsies after colposcopy and their prediction; Br. J. Obstet Gynecol 94. 895-900.
- 6.- Henk Boonstra, MD, PHD, Jam G. Aalders, MD, PHD, Jan Koudstaal, PHD, J. Wolter Costerhuis, MD, PHD, and Jannes Janssens, MD, PHD. Minunextensionand Appropriate Topographic Position of Tissue Destruction for Treatment of Cervical In traepi thelial Neoplasia; Obstet Gynecol 75:227,1990.
- 7.- Abdul-Karin F.W. Fu Ys, Reagan JW. Wentz WB., Morphometric study of In traepi thelial Neoplasia of the Uterine Cervix. Obstet Gynecol 1982; 60:210 - 4.
- 8.- Richart PM. Natural History of Cervical intraepithelial Neoplasia. Clin. Obstet Gynecol 1968; 10: 748-84
- 9.- Bengt Bjerre. MD. Gosta Eliasson, M.D. Folke Linell., M.D. Hanna Soderberg, M.D. Nils - Otto Sjoberg, M.D., Conization as only treatment of Carcinoma in situ of the uterine Cervix. May -15 -1976 Am. J. Obstet Gynecol.

- 10.- Fidler.,H.K.,Boyes,D.A. and Worth, A.J., Cervical cancer detection in British Columbia, J. Obstet Gynecol. Br. Commonw 75: 392,1968.
- 11.- Townsend, D.E., Ostergard, D. R., Mishell, D. R., and Hirose, F. M. Anormal Papanicolao Smears. Evaluation by colposcopy, Biopsies and Endocervical Curettage, A. M. J. Obstet Gynecol 108:429,1970.
- 12.- Skaarup, P., Berget A., and Szczepanski K., The incidence of complications following hysterectomy in relation to the time interval between con biopsy of the cervix and hysterectomy, Acta Obstet Gynecol S. Cand, 50: 321,1971
- 13.- Kullander,S.andSjorberg>N.O.TreatmentofObstet Gynecol S. Cand 50:153,1971.
- 14.- Donald R. Ostergard, Md. Prediction of clearance of Cervical Intraepithelial Neoplasia by Conization. Obstetrics S Gynecology Vol. 56, No. 1 July 1980.
- 15.- Nebel W. Shingleton H.M. Swanton M.C. Cold Knife Conization of the Cervix Uteri. Surg Gynecol Obstet 125:780,1967.
- 16.- J.L. Benedet, M.D. G.H. Anderson, MB and J.P. Matisic, M.D. Vancouver, British Columbia, Canada. A Comprehensive program for cervical cancer detection and management (A.M.J. Obstet Gynecol 1992; 166:1254 - 9).
- 17.- Benedet J.L. Anderson G.H. Simpson M.L. Shaw D. Colposcopy, Conization and Hysterectomy practices a current perspective. Obstet Gynecol 1982; 60:539 - 45.
- 18.- Webe, T., and Obel, E., Pregnancy complications following conization of the uterine cervix (I), Acta Obstet Gynecol Scand 58:259,1979.
19. E.J. Buxton, MRCOG, D.M. Luesley, Ma., M.D., MR Cog T. Wade - Evans, FRCath, and J. A. Jordan, M.D. FRCog. Residual Disease after Cone Biopsy: Completeness of Excision and Follow - up Cytology As Predictive factors Vol. 70, No. 4 October 1987.
- 20.- Barri Anderson Tratamiento de la NIC Temprana, Dic-77, Pag. 837 - 852 Obstet Gynecol.
- 21.-MoradellM.A.CorrelaciónHistológica, Citológica y Colposcópica en Detección Precoz de Patología Cervical Revista Medica Hondureña Vol. 52 No. 52 No. 4.-Nov. Dic-1984,