

Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa

VALOR DE LA ELECTROCIRUGÍA COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO

Dra. Beatriz Torriente Hernández,¹ Dr. Orlando Valdés,² Dra. Ana M. Lugo Sánchez³ y Enf. Mayda González González⁴

RESUMEN: El diagnóstico precoz y el tratamiento conservador del carcinoma in situ (CIS) del cuello uterino constituye la piedra angular del Programa nacional del cáncer cérvico-uterino. La necesidad de un medio diagnóstico y terapéutico que conserve la capacidad y calidad psíquica, reproductiva y sexual de la mujer, constituye la base de nuestros objetivos y la motivación para la realización de este trabajo. Se realizó un estudio prospectivo analítico de 93 pacientes con CIS a quienes se les realizó biopsia escisional con electrocirugía como terapia inicial a su afección. En ellas se evaluaron los criterios diagnóstico-terapéuticos seguidos en nuestra consulta. Fue elevado el porcentaje de correlación diagnóstica entre la citología y la colposcopia con la histología. Se destacó una vez más el valor diagnóstico del cepillado de canal; sólo el 13,9 % presentó complicaciones con el proceder; la electrocirugía como tratamiento conservador se utilizó en el 100 % de los casos, que resultó como definitivo hasta el momento en el 90,3 %. Por los resultados valoramos de altamente satisfactorios el proceder terapéutico empleado en las pacientes portadoras de CIS.

DeCS: NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico; NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/terapia; CARCINOMA IN SITU/diagnóstico; CARCINOMA IN SITU/terapia; ELECTRO-CIRUGIA; BIOPSIA; COLPOSCOPIA.

En la actualidad los científicos de todo el mundo interesados en el estudio del cáncer cérvico-uterino, aceptan que su diagnóstico precoz unido con un tratamiento cada vez más conservador, es uno de los problemas de mayor importancia a resolver

que permitiría mantener la salud, capacidad reproductiva, laboral y sexual de la mujer de estos tiempos.¹

El tratamiento conservador para los distintos tipos de neoplasias del cérvix con diversos procedimientos, intenta lograr una

¹ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesora Instructora de la Facultad "Miguel Enríquez".

² Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Titular de la Facultad "Miguel Enríquez".

³ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

⁴ Enfermera.

mejor calidad de vida y evitar las complicaciones y secuelas de otras conductas más radicales.^{1,2}

Las técnicas para el tratamiento conservador han evolucionado mucho en estos últimos años, desde el cauterio utilizado por *Celsius* para tratar lesiones ulcerosas del cuello, pasando por *Lamballé* en las cervicitis crónicas, hasta la criocirugía, el láser y la electrocirugía en tiempos más actuales.³

En las lesiones del cérvix, la realización de tratamientos destructivos locales han tenido el inconveniente de no permitir el estudio histológico de la lesión y el riesgo de infravalorarla al no descartar, por una biopsia dirigida por colposcopia, la posibilidad de microinvasión.³

La decisión de tratamiento conservador estará determinada fundamentalmente por la seguridad de un seguimiento adecuado después de proceder al examen del cuello por un colposcopista de experiencia y la no sospecha de invasión.⁴⁻⁶

Teniendo en cuenta que nuestro centro cuenta con electrocirugía para tratamiento de las lesiones del cérvix, decidimos en las pacientes escogidas portadoras de CIS, realizar biopsia incisional de toda la lesión.

En todas las enfermas se mantiene actualmente un seguimiento citocolposcópico con la periodicidad establecida por el programa nacional.

Todo esto nos motivó a realizar una revisión nacional e internacional del tema y tratar de llegar a conclusiones que ayuden a mejorar nuestro trabajo.

Métodos

Efectuamos un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico de 109 pacientes portadoras de CIS en el período de enero de 1998 a diciembre de 2000; de ellas a 93 se

les realizó biopsia escisional con electrocirugía como terapia inicial por reunir los criterios para este tipo de tratamiento.

En las enfermas se evaluaron los medios diagnóstico-terapéuticos seguidos en la consulta de patología de cuello del hospital docente ginecoobstétrico de Guanabacoa.

Para obtener los resultados se escogieron los datos de los expedientes clínicos y las tarjetas de control de citologías y biopsias. Se llenaron encuestas de donde se confeccionaron tablas para el vaciamiento de la información; una vez obtenida esta se analizaron los resultados y se elaboraron cuadros estadísticos y gráficos que permitieron hacer los comentarios pertinentes y llegar a conclusiones.

Resultados y discusión

Según nuestros resultados, el 31 % de las pacientes eran menores de 30 años cuando se llegó al diagnóstico histológico de su afectación, lo que significa un crecimiento importante con respecto a otros trabajos realizados anteriormente en nuestro centro (tabla 1). Esto nos muestra una elevada incidencia de los estadios más severos de la NIC en la mujer.

TABLA 1. Grupos etáreos

Grupo etáreo	Diagnóstico histológico CIS	
	No.	%
Menos de 20	1	1,07
20-29	28	30,1
30-39	52	55,9
Más de 40	12	12,9
Total	93	100

Fuente: expedientes clínicos, libro de control de biopsias, tarjetas de citologías.

La correlación de los medios diagnósticos citología-colposcopia con la

histología, en el CIS, la consideramos de muy satisfactoria (81,7 y 86 %, respectivamente) (tablas 2 y 3).

TABLA 2. Correlación citología-histología

Citología	Diagnóstico histológico CIS	
	No.	%
Normal	6	6,4
NIC	8	8,6
CIS	76	81,7
CICE	2	2,1
No útil	1	1,0
Total	93	100

Fuente: expedientes clínicos, libro de control de biopsias, tarjetas de citologías.

TABLA 3. Correlación colpo-histológica

Colposcopia	Diagnóstico histológico CIS	
	No.	%
Positiva	80	86,0
Negativa	8	8,6
Insatisfactoria	5	5,3
Total	93	100

Fuente: expedientes clínicos, libro de control de biopsias, tarjetas de citologías.

El cepillado de canal resultó muy útil para el diagnóstico del CIS; fue positivo en el 100 % de las enfermas a las que se les realizó. Esto reafirma el valor diagnóstico señalado por otros autores nacionales (tabla 4).

TABLA 4. Cepillado de canal. Resultados

Cepillado de canal	Diagnóstico histológico CIS	
	No.	%
Positivo	8	100
Negativo	0	-
No útil	0	-
Total	8	100

Fuente: expedientes clínicos, libro de control de biopsias, tarjetas de citologías.

Las principales complicaciones constituyeron sólo el 13,9 % del total de pacientes tratadas por este proceder, y a pesar de que las condiciones para su ejecución no son las ideales, se asemejan bastante nuestros resultados a los obtenidos en clínicas internacionales (tabla 5).

TABLA 5. Principales complicaciones

Complicaciones	Diagnóstico histológico CIS	
	No.	%
Sangrado transoperatorio moderado a severo	4	4,3
Sangrado posoperatorio	2	2,1
Lesión vaginal profunda	1	1,07
Estenosis poscono	1	1,07
Ectopia poscono	4	4,3
Enfermedad inflamatoria pélvica	1	1,07
Ninguna	80	86,0
Total	93	100

Fuente: expedientes clínicos, libro de control de biopsias, tarjetas de citologías.

De los casos tratados, el 9,6 % presentó bordes positivos según diagnóstico histológico, de ellos 2 casos se reconocieron por lesión residual evidente, se indicaron 3 histerectomías totales abdominales y 4 casos están en seguimiento citocolposcópico negativo (tabla 6).

TABLA 6. Resultados de la electrocirugía

Resultados de la electrocirugía	Diagnóstico histológico CIS	
	No.	%
Bordes negativos	84	90,3
Bordes positivos	9	9,6
Total	93	100

Fuente: expedientes clínicos, libro de control de biopsias, tarjetas de citologías.

En la mayoría de los casos, las pacientes consideran el proceder como molesto y no doloroso, lo que demuestra que este medio de tratamiento no produce afectación en la esfera emocional de las mujeres. Resultados muy similares se han obtenido por otros autores internacionales que utilizaron anestesia para su realización, mientras que nosotros no la usamos (tabla 7).

TABLA 7. Principales valoraciones de los pacientes sobre el proceder

Valoración	Diagnóstico histológico CIS	
	No.	%
Muy dolorosa	7	8
Molesta	72	77
Indolora	14	15
Total	93	100

Fuente: expedientes clínicos, libro de control de biopsias, tarjetas de citologías.

SUMMARY: The early diagnosis and conservative treatment of the uterine cervix carcinoma in situ (CIS) is the milestone of the National Cervical-Uterine Cancer Program. The need of a diagnostic and therapeutic tool that keeps the psychical, reproductive and sexual capacity and quality of women is the basis of our goals and the motivation to present this paper. A prospective analytical study was conducted in 93 patients with CIS who underwent scissional biopsy with electrosurgery as an initial therapy for their affection. The diagnostic-therapeutic criteria followed at our office were evaluated among them. The percentage of diagnostic correlation between cytology and colposcopy and histology was elevated. Once more, the value of the canal brushing diagnosis was stressed. Only 13,9 % had complications with the procedure. Electrosurgery as a conservative treatment was used in 100 % of the cases. It proved to be definitive in 90.3 %. According to the results, we consider as highly satisfactory the therapeutic procedure used in CIS carrier patients.

Subject headings: CERVIX NEOPLASMS/diagnosis; CERVIX NEOPLASMS/therapy; CARCINOMA IN SITU/diagnosis; CARCINOMA IN SITU/therapy.

Referencias bibliográficas

- Rodríguez Hidalgo N. Cirugía ginecológica y obstétrica II. La Habana: Edit. Pueblo y Educación; 1993:2576-83.
- Gpere B. Conization as only treatment of carcinoma in situ of uterine cancer. J Obst Gynecol 1997;143.
- Danforth DN. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Edit. Interamericana, SA; 1986:1020-83.
- Uzcátequi Salas CL. Cono cervical por radio cirugía alternativa en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia preinvasora. Rev Obstet Ginecol Venez 1998;57(2):97-104.
- Christian Kainz MD. Radiocirugía en el manejo de la neoplasia intraepitelial cervical. Reprod Med 1999;41(6):409-14.
- Ralph L. Turner: Analysis of tissue. Margins of cone. Biops specimens obtained with cold knife CO2 and Nd: YaG Laser and a radiofrequency surgical Unit. Reprod Med 37(7):607-10.

Recibido: 27 de diciembre de 2001. Aprobado: 10 de junio de 2002.

Dra. *Beatriz Torriente Hernández*. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba.