

ARTÍCULOS ORIGINALES

FRECUENCIA Y CONDUCTA TERAPÉUTICA DE LESIONES PRECANCEROSAS DE CUELLO

UTERINO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, LA PAZ – BOLIVIA (ENERO 2005 - ABRIL 2007)

FREQUENCY AND THERAPEUTIC CONDUCT OF PRECANCEROUS INJURIES OF UTERINE CERVIX IN THE HOSPITAL DE LA MUJER, LA PAZ - BOLIVIA (JANUARY 2005 - APRIL 2007)

Autores: Univ. Umiri Choque M. ^a
 Univ. Urteaga Mamani N. ^{a, b}
 Univ. Uruchi Limachi D. ^a
 Univ. Uscamayta Quispe F. ^{a, c}

^a Estudiante de 5to. Año de Medicina UMSA

^b Auxiliar de Investigación del IINSAD 2007

^c Auxiliar de Docencia Cátedra de Microbiología

Asesor: Dr. José Luís San Miguel Simbron

RESUMEN:

El objetivo es conocer la frecuencia y conducta terapéutica de las lesiones precancerosas del cuello uterino en el Hospital de la Mujer de Enero del 2005 al mes de Abril del 2007. En el servicio de Colposcopia; se trata de un estudio de tipo descriptivo, transversal, en el cual se incluyó pacientes mujeres que se realizaron una colposcopia y/o una biopsia; todos los datos fueron recogidos del libro de procedimientos de la unidad y fueron analizados con el programa EpiInfo 2000.

De un total de 459 mujeres los resultados fueron con el diagnóstico por biopsia y/o colposcopia de lesiones precancerosas de cuello uterino en la Unidad de Colposcopia, se diagnosticaron NIC I (47%) y NIC II (14%). El procedimiento terapéutico más utilizado fue la Crioterapia 42 % de los casos, seguido de la electrocauterización 30% de los casos y Cono Leep en un 28% de las pacientes. La edad de mayor consulta fue entre 26 a 30 años, 23% (106 casos), 21 a 25 años 21 % (95 casos), 31 a 35 años 20% (90 casos) y 36 a 40 años 17 % (78 casos), 51 a 60 años 2% (10 casos) y 61 a 80 años 0.2% (2 casos); solo el 10% presento complicaciones.

Con los resultados obtenidos en el presente trabajo se concluye que el tratamiento de las lesiones precancerosas mas adecuadas son para el NIC I el criocauterio y para el NIC II EL CONO LEEP cuyos procedimientos cursan con pocas complicaciones.

Palabras Clave: Colposcopia, Crioterapia, Electrocauterización, Cono Leep.

ABSTRACT:

The objective is known the frequency and therapeutic conduct the precancerous injuries of the uterine cervix in the Hospital de la Mujer of January 2005 to April 2007. In the service of Colposcopic; study of descriptive type of cross section, in which I include patients women who were made a colposcopic and/or a biopsy; all the data were gathered of the book of procedures of the unit and were analyzed with the program EpiInfo 2000.

Of a total of 459 women the results were with the diagnosis by biopsy and/or colposcopic of precancerous injuries of uterine cervix in the Unit of Colposcopic, diagnosed NIC I (47%) and NIC II (14%). The used therapeutic procedure more was cryotherapy 42 % of the cases, followed of electrocauterization 30 % of the cases and Leep Cone in a 28% of the patients. The age of greater consultation went between 26 to 30 years 23% (106 cases), 21 to 25 years 21 % (95 cases), 31 to 35

years 20% (90 cases) and 36 to 40 years 17 % (78 cases), 51 to 60 years 2% (10 cases) and 61 to 80 years 0,2% (2 cases); only 10% present complications.

With the results obtained in the present work concluded that the treatment of the precancerous but suitable injuries is for NIC I criocauterization and NIC II the CONE LEEP whose procedures attend with few complications

Key Words: Colposcopic, Cryotherapia, Electrocauterization, Leep Cone.

INTRODUCCIÓN.

La lesión precancerosa de cervix uterino es la patología ginecológica oncológica más frecuente, tanto a nivel latinoamericano como nacional. El cáncer de cuello uterino presenta una incidencia de 150 casos por 100.000 mujeres con un rango de edad entre 35 a 64 años; se reporta un promedio de 8 casos de cáncer uterino por día en Bolivia.¹

El virus papiloma humano (VPH) juega un papel en la patogénesis del carcinoma de cuello uterino; se han identificado mas de 120 genotipos diferentes de VPH. Todos los grados de neoplasia cervical intraepitelial y carcinomas infiltrantes, se han asociado con infección por VPH, los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39 se asocian con displasias de alto grado y carcinomas.¹

Se ha aislado más de 66 tipos de este virus y muchos de ellos estan presentes en verrugas genitales.

Los genotipos asociados al carcinoma de cuello uterino son 16,18, 31, 45 y del 51 al 53, estos virus se han encontrado también en neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC), lesión que precede al carcinoma de cuello uterino invasor y se distinguen lesiones intraepiteliales epidermoides de escasa malignidad (LIE), LIE de gran malignidad y carcinoma in situ.^{2,4}

El frotis de papanicolau tiene una especificidad del 98% para diagnosticar las lesiones precoces, como la NIC, pero carece de sensibilidad (51 %), para detectar cáncer cuando existe un tumor francamente invasor o masas fungosas. *The American Cancer Society* recomienda que las mujeres que han empezado a tener relaciones sexuales o las mayores de 20 años se sometan a un frotis anual durante 2 años consecutivos, si son negativos deben repetirse el exámenes cada 3 años. En caso de positividad se debe realizar colposcopia y posterior biopsia para diagnóstico.

Las lesiones premalignas pueden en muchos casos ser el origen de un cáncer invasor de cuello uterino, para este tipo de lesiones se utiliza la siguiente clasificación:

Clasificación.

OMS: Infección por papiloma virus; Displasia Leve (DL); Displasia Moderada (DM); Displasia Severa (DS); Carcinoma in situ.

Sociedad internacional de patología cervical y colposcopia (Clasificación de Richard): HPI (Infección por papiloma virus); NIC I; NIC II; NIC III.

Clasificación de Bethesda: SIL (Lesión intraepitelial) de bajo grado y SIL de alto grado.^{3, 5}

Las alternativas de tratamiento de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino son de gran importancia en el conocimiento médico las mismas son:

SIL de bajo grado (DL; NIC I; HPI) Aproximadamente un tercio de estas lesiones regresionan espontáneamente en menos de seis meses, las demás pueden persistir o progresar a NIC. Los criterios para preferir un esquema terapéutico sobre otros incluyen, numero, tamaño de las lesiones, ubicación, sensibilidad de la zona, condiciones generales del paciente, presencia de gestación, disponibilidad de los agentes terapéuticos y el costo del tratamiento. La cirugía se emplea para

remover los condilomas acuminados. Otras técnicas ablativas incluyen la criocirugía con óxido nítrico y la cauterización ya sea con calor o eléctrica. Con la introducción de importantes innovaciones tecnológicas, se han reimplantado los procedimientos electroquirúrgicos con asa de alambre, bajo la denominación de LEEP (Loop electrosurgical excision procedure). La gran ventaja del LEEP es que permite la obtención de una muestra para estudio histológico, con la cual se puede confirmar un diagnóstico.³

SIL DE ALTO GRADO (NIC II; NIC III; DM; DS; Carcinoma in situ) Los procedimientos físicos destructivos son la diatermocoagulación, electrocauterio, el láser CO₂ y la crioterapia. El método más usado en el medio es la crioterapia. La crioterapia es la aplicación de frío en la zona que se quiere destruir, la muerte del epitelio cervical se produce cuando la temperatura desciende más allá de 10° C bajo cero. El tratamiento quirúrgico se realiza mediante la resección quirúrgica de la zona de transformación con asa de LEEP o por medio de la conización quirúrgica de cuello uterino. La conización cervical que es la ablación cuneiforme del cuello uterino procurando extirpar íntegramente la lesión, el seguimiento de una paciente conizada quirúrgicamente y cuyo cono está libre de lesión en sus bordes implica un estudio colpositológico a los seis meses de la operación y un seguimiento anual con los mismos procedimientos. Las SIL de alto grado pueden ser tratadas mediante una histerectomía. Esta operación está reservada para aquellas pacientes con patología uterina o anexial asociada.³

La investigación logró los siguientes objetivos: Determinar la frecuencia de cada estadio de las lesiones precancerosas del cuello uterino, establecer la conducta terapéutica efectuada para cada tipo de lesiones precancerosas del cuello uterino, conocer la edad de las pacientes que acudieron para el tratamiento de la lesión precancerosa del cuello uterino, determinar las complicaciones que se producen por la realización de los diferentes métodos en el tratamiento de estas lesiones en pacientes del Hospital de la Mujer durante el periodo comprendido entre enero del 2005 y abril del 2007.

MÉTODOLOGIA.

El trabajo se realizó en el área de Ginecología, es un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra no probabilística de pacientes mujeres de 17 a 75 años de edad con pacientes de la unidad de Colposcopia del Hospital de la Mujer entre enero de 2005 y abril de 2007.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mujeres con diagnóstico por biopsia y/o colposcopia considerando que en algunas pacientes solo se realizó uno o ambos métodos diagnósticos de lesiones precancerosas de cuello uterino, dentro del grupo etario que se someten a un procedimiento para erradicar la lesión. Criterios de exclusión: Pacientes que no tengan diagnóstico por biopsia y/o colposcopia y que no se encuentren dentro del grupo etario y que se nieguen a realizarse un procedimiento. Las variables consideradas: demográficas: edad, fecha de Procedimiento y variables diagnóstico: Procedimiento, Complicaciones.

Los datos fueron recogidos del libro de procedimientos de la unidad de Colposcopia del Hospital de la Mujer.

Se construyó una base de datos y el análisis estadístico se efectuó con el programa EpiInfo-2000.

RESULTADOS.

Se estudiaron 459 mujeres con una edad media de $31 \pm 8,47$ años, de acuerdo a su edad se atendieron mujeres de 17 a 20 años: 10 casos (2.2%), de 21 a 25 años: 95 casos (21 %), de 26 a 30 años: 106 casos (23 %) de 31 a 35 años: 90 casos (20 %), de 36 a 40: años 78 casos (17%), de 41 a 45 años: 45 casos (10 %), de 46 a 50 años: 23 casos (5 %), de 51 a 60 años: 10 casos (2%) y de 61 a 80 años: 2 casos (0.2 %). (FIGURA No.1).

FIGURA Nº 1 FRECUENCIA DE PACIENTES POR EDADES

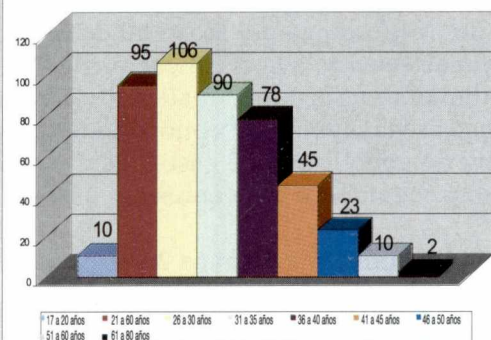
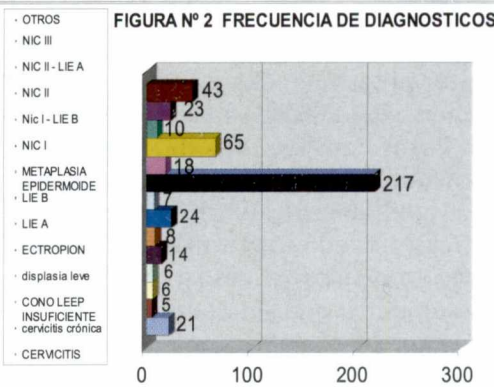


FIGURA Nº 2 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS



En el año 2005 se atendieron 112 pacientes representando 23.30%, en el año 2006 se atendieron 260 pacientes que representa en 53,70 % y en el primer trimestre de 2007 se atendieron 94 pacientes siendo el 19.40 %. De los diagnósticos el que tiene mayor incidencia es NIC I en el 47 % de los casos seguido de NIC II con 14 % de los casos. (FIGURA Nº 2).

De los procedimientos el más utilizado fue el criocauterio en el 42 % de los casos, seguido del electrocauterio en un 30 % y Cono LEEP en un 28% de las pacientes. (FIGURA Nº 3).

FIGURA Nº 3 FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

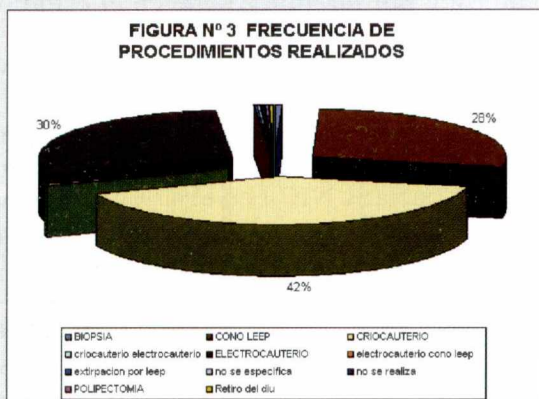
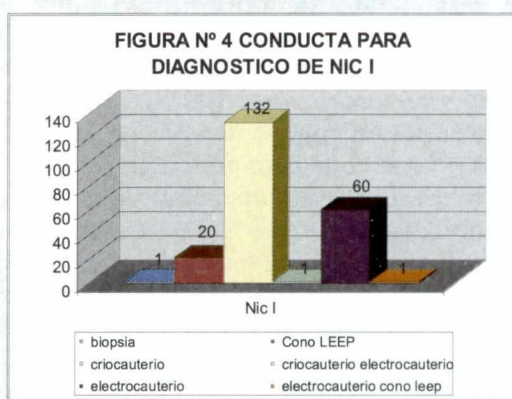


FIGURA Nº 4 CONDUCTA PARA DIAGNOSTICO DE NIC I



La conducta terapéutica para la lesión mas frecuente NIC I fue el criocauterio seguida del electrocauterio (FIGURA Nº 4); para la lesión NIC II que es la segunda en frecuencia el procedimiento de elección fue CONO LEEP seguido de criocauterio en una menor frecuencia. (FIGURA Nº 5).

FIGURA Nº 5 CONDUCTA PARA DIAGNOSTICO DE NIC II

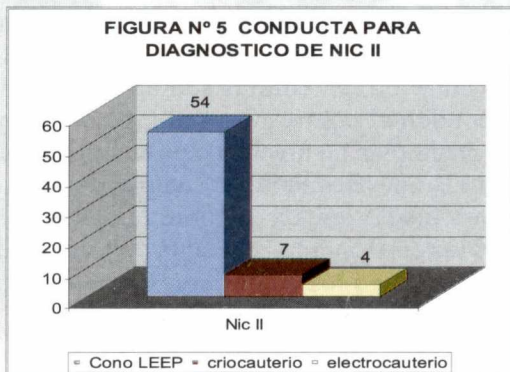
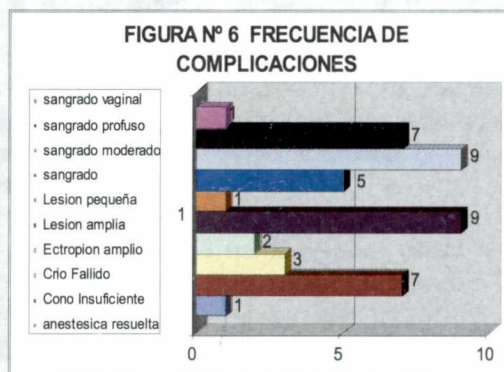


FIGURA Nº 6 FRECUENCIA DE COMPLICACIONES



Solo un 10 % de la población presento complicaciones y de ese 10 % la complicación mas frecuente Sangrado moderado y Lesión Amplia en un 20 % de las pacientes, seguido de cono insuficiente y sangrado profuso en 16 % de los casos y sangrado en 11 % de los casos. (FIGURA Nº 6).

DISCUSION.

De las 459 mujeres de edad media 31 años estudiadas, con el diagnóstico por biopsia y/o colposcopia de lesiones precancerosas de cuello uterino en la Unidad de Colposcopia del Hospital de la Mujer, desde febrero del 2005 hasta abril del 2007, se diagnosticaron de acuerdo a la clasificación de Richard mayores casos con NIC I (47%) y NIC II (14%). El procedimiento terapéutico realizado de acuerdo al diagnóstico fue: Para NIC I criocauterización 132 de los casos, seguido de cono leep 60 casos y en menor medida criocauterio electrocauterio y electrocauterio cono leep en 2 casos. Para NIC II la terapéutica utilizada mayormente fue cono leep en 54 casos, seguido de criocauterio 7 casos y por último electrocauterio 4 casos.

De las mujeres que acudieron, la edad de mayor consulta fue entre 26 a 30 años 23% (106 casos), 21 a 25 años 21 % (95 casos), 31 a 35 años 20% (90 casos) y 36 a 40 años 17 % (78 casos), en comparación con las mujeres de 51 a 60 años 2% (10 casos) y 61 a 80 años 0.2% (2 casos).

Después de realizar el procedimiento terapéutico solo el 10% presento complicaciones siendo más frecuente el sangrado moderado 20% (9 casos), lesión amplia en un 20% (9 casos) y cono insuficiente y sangrado profuso en un 16% (7 casos).

Tomando en cuenta que la mayor incidencia de cáncer de cuello uterino corresponde a mujeres de 35 a 64 años, observamos que fueron las que menos acudieron a consulta, en comparación con las de edad 26 a 35 años, fenómeno en nuestro criterio atribuible a falta de información, ha pesar de las campañas realizadas para prevenir el cáncer de cuello uterino, por tal motivo que en el estudio se encontraron mayor cantidad de casos en estadio de NIC I y NIC II que con un tratamiento precoz.

El tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o neoplasia preinvasora tiene un buen pronostico y es curable en el 100 % de los casos, el problema es el diagnostico precoz, como concepto básico de el tratamiento se debe basar en un diagnostico preciso en cuanto a su profundidad, grado, severidad, ya que el manejo por ejemplo de una carcinoma leve y de un carcinoma in situ no es similar. En nuestro estudio de los diagnósticos el que tiene mayor incidencia es NIC I en el 47 % de los casos seguido de NIC II con 14 % de los casos, lo que demuestra un diagnóstico precoz de las lesiones neoplásicas, que permiten realizar un tratamiento eficaz, oportuno, de bajo costo y que tiene un nivel bajo de complicaciones en la paciente, además debemos tomar en cuenta que el carcinoma in situ es la patología de mayor prevalencia en países con un mayor desarrollo, según estudios realizados en Chile en el año 2006 en el Hospital Matrona Regional de Copiapó 113 casos. ⁶

En nuestra casuística la edad donde se presentaron mas casos fue de 26 a 30 años: 106 casos que representa (23 %); 21 a 25 años: 95 casos (21 %); de 31 a 35 años: 90 casos (20 %), lo que demuestra que las lesiones neoplásicas del cuello uterino empiezan o se establecen en edades tempranas, dato corroborado por otros estudios donde demuestran que las lesiones neoplásicas se presentan en edades tempranas.

En nuestra casuística el tratamiento o procedimiento el que se utilizo con mayor frecuencia fue el criocauterio en el 42% de los casos, seguido del electrocauterio en un 30 % y Cono Leep en un 28% de las pacientes. Estos tratamientos que son de bajo costo entre otras ventajas son aplicables en la población que acude al hospital ya que las pacientes que acuden al centro hospitalario son de bajo nivel económico generalmente. Además, estos procedimiento contemplan un nivel bajo de complicaciones, solo un 10 % de la población presento complicaciones, siendo la mas frecuente, el sangrado moderado y lesión amplia en un 20 % de las pacientes, seguido de cono insuficiente y sangrado profuso en 16 % de los casos y sangrado en 11 % de los casos. Estudios previos en Honduras con el uso de criocirugía para el tratamiento de los diferentes estadios de NIC en 364 casos, de los cuales el mayor número de casos es NIC II 168 (46.15%) con mayor prevalencia de edad de 26-35 años 57.14%, NIC I 163 (44.78%) con mayor prevalencia de edad de 26-35 años 91%, NIC III 33 casos (9.06 %) con mayor prevalencia de edad de 26-35 años 46.45%; con una positividad de uso de criocirugía del 82% y recidiva de 18.6% de los cuales el 12.8% (21 casos) eran de NIC I, 21.4% (36 casos) de NIC II y de NIC III 36.36 % (12 casos) en mujeres con edad de

16 a 25 años. Por lo cual se realizaron otras medidas terapéuticas como conización e histerectomía tomando en cuenta edad, paridad y patología agregada, esta última medida en NIC II y NIC III. Lo que demuestra su efectividad terapéutica en la mayoría de casos en estadios de NIC I y NIC II.⁷ En cambio en estudios en el Hospital Matrona Regional de Copiapó de Chile el tratamiento de estudio fue conización para el tratamiento de carcinoma in situ con una recidiva mayor (75%) que requirió otra escisión por conización, con mejores resultados y disminución de las recidivas persistentes (16%).⁶

BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Medina L, Mamani A, Maquera R. Patología tumoral ginecológica en la Unidad de Oncología del Hospital de Clínicas de La Paz en un periodo comprendido del 1999 A 2004. Rev. Cuadernos La Paz – Bolivia 2006; 51(2): 50 – 1.
- 2 Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid – España: 15ta. edición Editorial McGraw Hill 2003.1; 738 – 9.
- 3 Dabencens A. Lesiones Premalignas del Carcinoma Escamosa de Cuello Uterino; Perez A. en Ginecología 2da edición Santiago – Chile:Editorial Mediaterraneo. 2003: 261 – 71.
- 4 Nazzari N, Suarez E, Larraguibel R, Rojas L. Lesiones preinvasoras de cuello uterino: una visión actual. Rev. Chil. Obstet Ginecol 2006; 71(5):341-8.
- 5 Gaitán D, Rubio J, Eslava J. Asociación de la citología cervicovaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia 1999- 2003; Rev. Salud pública.2004; 6(3):253-6.
- 6 Borchert G, Kusz P, Valencia O, y Col. Operación cono mediante asa electroquirúrgica (leep) en el Hospital Regional de Copiapo. análisis del período 1994-1999, con seguimiento por 5 años hasta 2004. Rev. Chilena Obstetricia Ginecología. 2006; 71(4): 239-45.
- 7 Moradell M, Murillo F. Criocirugía en el tratamiento de neoplasia intraepitelial cervical NIC. Revista Médica Hondureña. 1988; 56:35-45.