

Departamento/Servicio Ginecología Oncológica

**NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES
(NIC) TRATADAS CON CONO LEEP EN LA
MODALIDAD DE VER Y TRATAR EN EL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS - IREN NORTE, DEL 2008 AL 2009.**

AUTOR

Dr. PEDRO HERNANDEZ MORON

NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES (NIC) TRATADAS CON CONO LEEP EN LA MODALIDAD DE VER Y TRATAR EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN NORTE, DEL 2008 AL 2009.

* Dr. PEDRO HERNANDEZ MORON, **Dr. Eduardo Torres, ***Lic. Karla Rodríguez Cerna, Trujillo-Perú, Abril 2010.

* Cirujano Ginecólogo Oncólogo, Servicio de Ginecología Oncológica Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN Norte, Trujillo-PERU

** Médico de Promoción de la Salud IREN Norte.

*** Lic. Enfermería Responsable del Área de Consultorios Externos IREN NORTE.

Agradecimientos,

A mis padres por darme la oportunidad de ser un profesional.

A mi esposa por su permanente apoyo y comprensión.

ÍNDICE

PORTADA

AGRADECIMIENTOS

GLOSARIO

I.- INTRODUCCION

II.- MÉTODOS

III.-RESULTADOS

IV.-CONCLUSIONES

ABREVIATURAS

BIBLIOGRAFIA

Glosario:

- ASCUS** Siglas en inglés de células atípicas escamosas de significado indeterminado según la clasificación citológica de Bethesda.
- AGUS** Siglas en inglés de células atípicas glandulares de significado indeterminado según la clasificación citológica de Bethesda.
- Cáncer in situ:** Lesión premaligna que compromete la totalidad del grosor del epitelio y que muestran diversos grados de atipia.
- CIS** Carcinoma in situ.
- Cáncer micro invasor:** Lesión en la cual las células neoplásicas han roto la membrana basal e invaden igual o menos de 3 mm. del estroma, sin compromiso vascular ni linfático.
- Cáncer Invasor:** Lesión maligna que rompe la membrana basal e invade el estroma o tienen permeación vascular y linfática.
- Caso probable:** Mujer con resultado Citológico positivo o en la IVA, presencia de lesión aceto-blanca o sospecha clínica de cáncer.
- Caso definitivo:** Paciente con diagnóstico histológico de NIC II, NIC III o carcinoma invasor de cérvix.
- Displasia:** Término utilizado según la clasificación histológica recomendada por la OMS, según Reagan para las lesiones premalignas de cérvix. Se clasifica en displasia leve, displasia moderada y la displasia severa.
- IVA, IVAA** Inspección visual con ácido acético. Método para descartar lesiones precursoras de cáncer de cérvix.
- IVAA Positivo** Presencia de imagen acetoblanca en el Cérvix, en la inspección visual con ácido acético.
- LEEP** Procedimiento de excisión con asa electroquirúrgica.
- LIE AG** Lesión intraepitelial escamosa de alto grado, según Bethesda.
- LIE BG** Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, según Bethesda.
- NIC AG** Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado, según Richart. Corresponde a Displasia Moderada, severa y Cáncer in situ.
- NIC BG** Neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado, según Richart.
- Papanicolaou (PAP):** Método de estudio citológico utilizado para la detección de enfermedad neoplásica.
- Papanicolaou positivo:** El resultado del estudio citológico informa ASCUS, PVH, LIE AG, LIE BG o carcinoma invasor.
- VILI** Inspección visual con solución de Lugol.
- VPH** Virus del Papiloma humano.

NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES (NIC) TRATADAS CON CONO LEEP EN LA MODALIDAD DE VER Y TRATAR EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - IREN NORTE, DEL 2008 AL 2009.

* Dr. PEDRO HERNANDEZ MORON, **Dr. Eduardo Torres, ***Lic. Karla Rodríguez Cerna, Trujillo-Perú, Abril 2010.

* Cirujano Ginecólogo Oncólogo, Servicio de Ginecología Oncológica Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN Norte, Trujillo-PERU

** Médico de Promoción de la Salud IREN Norte.

*** Lic. Enfermería Responsable del Área de Consultorios Externos IREN NORTE.

RESUMEN:

Objetivos.- Evaluar los casos con LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES DE ALTO GRADO que acuden a nuestra Institución con resultados citológicos de LIE AG, Biopsia con NIC AG o con colposcopia sugestiva de NIC AG y tratar todos los casos, con el Procedimiento de Escisión con Asa Electroquirúrgica del cuello uterino (CONO LEEP) mediante la modalidad de VER Y TRATAR en la primera y única consulta en el IREN Norte - Trujillo; para determinar la efectividad del tratamiento, frecuencia, grados, complicaciones y recurrencia de la enfermedad.

Materiales y Métodos.- Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo llevado a cabo del 05 de Enero del 2008 al 30 de Diciembre del 2009 en el IREN NORTE, donde se evaluaron 568 casos que ingresaron a nuestra Institución con patología de cuello uterino, de las cuales 241 pacientes presentaron Displasia de cérvix. Las pacientes con Diagnóstico de Precáncer de Alto grado (NIC II, NIC III, CIS), fueron sometidas en la primera consulta a procedimiento quirúrgico de CONO LEEP (PROCEDIMIENTO DE ESCISIÓN CON ASA ELECTROQUIRÚRGICA). Se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico Citológico positivo de LIE de alto grado, biopsia con resultado de NIC AG o Colposcopia sugestiva de NIC de AG, con lesiones de cuello uterino que comprometen el 50% o menos del cérvix. Se excluyeron los casos con citología de adenocarcinoma, sospecha de cáncer, lesiones extensas o con procedimiento quirúrgico de cono o histerectomía en otra institución.

Resultados.- Se evaluaron a 191 pacientes con diagnóstico de LIE de alto grado, de las cuales 151 casos cumplieron con los criterios y fueron sometidas a Cono LEEP en la modalidad de VER y TRATAR.

La edad media fue 39.29 años y la desviación estándar de 9.96. Las pacientes sometidas a CONO LEEP representan el 79.0 % (151) del total de pacientes con diagnóstico de NIC alto grado y el 21% restante (40) no cumplieron con los criterios de inclusión y fueron sometidas a otros procedimientos. Los resultados histológicos fueron: CIS: 23%(34), NIC III: 25 %(37) y NIC II: 46%(70); Cáncer microinvasor: 2%(3) y NIC I + VPH: 4%(7).

Después de los 12 y 6 meses de seguimiento para el primer y segundo año, 146 pacientes se encuentran libres de enfermedad y cinco pacientes presentaron recurrencia (3.30%). De 151 casos conizados, el 96.7 % se encuentra sin evidencia de enfermedad. Las pacientes con recurrencias (3.30%) fueron reconizadas. Las complicaciones de procedimiento son mínimas, presentándose en tres pacientes y no fue necesario hospitalización o transfusión sanguínea. El Test Chi square fue aplicado para determinar que variables afectan la recurrencia, obteniendo un valor de $p= 0.038$, significativo para los NIC AG endocervicales.

Conclusión.- El cono LEEP en la Modalidad de VER Y TRATAR, en la consulta ambulatoria, es segura, de bajo costo, efectiva, fácil de reproducir en servicios de salud, con una curva de aprendizaje corta y beneficiosa para pacientes jóvenes que desean preservar fertilidad.

El cono LEEP sirve como diagnóstico y tratamiento, es factible, adecuado y brinda resultados óptimos para el manejo del Precáncer de alto grado (CIS, NIC III, NIC II) en regiones y lugares periféricos donde la población tiene dificultad para acudir a varias citas y con esta modalidad en una primera y única consulta la paciente es tratada y de esa forma se corta el curso de la historia natural de la enfermedad, evitando su progresión a cáncer invasor, por falta de tratamiento o por abandono.

Los casos de recurrencia se relacionaron principalmente con las lesiones endocervicales y en los casos donde el tipo histológico fue de menor grado, el riesgo beneficio es aceptable en el manejo de la Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado.

Palabras claves: Cono LEEP, *Loop Electrosurgical Excision*, **LLETZ**, Neoplasia intraepitelial cervical.

SUMMARY:

Objectives. - To evaluate the cases with cervical intraepithelial lesions HIGH GRADE attending our institution with LIE AG cytology, biopsy or colposcopy AG NIC NIC suggestive AG and treat all cases, the procedure Loop Electrosurgical Excision the cervix (LEEP) by see and treat modality in the first and only query in the North IREN - Trujillo, to determine the effectiveness of treatment, frequency, level, complications and recurrence of the disease.

Materials and Methods .- We conducted a prospective, descriptive study conducted from January 5, 2008 to December 30, 2009 in NORTH IREN, which evaluated 568 cases admitted to our institution with cervical disease, the which 241 patients with cervical dysplasia. Patients with Diagnosis of Precancer High grade (CIN II, CIN III, and CIS) were subjected in the first surgical consultation LEEP procedure (PROCEDURE loop electrical excision procedure). We included all patients with positive cytologic diagnosis of HSIL, CIN biopsy results suggestive Colposcopy AG or AG NIC with cervical lesions involving the 50% or less of the cervix. We excluded cases of adenocarcinoma with cytology, suspected cancer, extensive injuries or surgical procedure cone or hysterectomy at another institution.

Results. - We evaluated 191 patients diagnosed with HSIL, of which 151 cases met the criteria and underwent LEEP cone in the form of see and treat.

The mean age was 39.29 years and standard deviation of 9.96. Patients undergoing LEEP CONE represent 79.0% (151) of all patients diagnosed with high grade CIN and the remaining 21% (40) did not meet the inclusion criteria and were subjected to other procedures.

The histological results were: CIS: 23% (34), CIN III: 25% (37) and CIN II: 46% (70), microinvasive cancer: 2% (3) and CIN I + HPV: 4% (7).

After 12 and 6 months follow-up for the first and second year, 146 patients were free of disease and five patients had recurrence (3.30%). Cone biopsy of 151 cases, 96.7% are without evidence of disease. Patients with recurrences (3.30%) were reconize. Procedural complications are minimal, occurring in three patients and did not require hospitalization or blood transfusion. The Chi square test was applied to determine which variables affect recurrence, obtaining a value of $p = 0.038$, significant to the endocervical AG NIC.

Conclusions.-

The LEEP cone mode in the see and treat in the outpatient clinic, is safe, inexpensive, effective, easy to play in health services, with a short learning curve and beneficial for younger patients who wish to preserve fertility.

LEEP cone serves as diagnosis and treatment is feasible, appropriate and provides optimal results for the management of high-grade Precancer (CIS, CIN III, CIN II) in peripheral regions and places where people have difficulty to attend several appointments and with this modality in the first and only query the patient is treated and thus cut the course of the natural history of disease, preventing its progression to invasive cancer, for lack of treatment or neglect.

The cases of recurrence is mainly associated with endocervical lesions and in cases where the histological type was of lesser degree, the risk is acceptable benefit in the management of cervical intraepithelial neoplasia high grade.

Keywords: Cone, LEEP, Loop Electrosurgical Excision, LLETZ, cervical intraepithelial neoplasia.

1. Introducción

En el Perú el cáncer de cuello uterino tiene una incidencia 26,5/100,00 según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana de los años 1990-1993 (19) y según el Registro de Cáncer de Trujillo se ha encontrado una tasa de 43.2/100,000, siendo la más alta incidencia a nivel nacional y en los registros de GLOBOCAN 2002, publicadas en el 2005, indican que el Perú tiene una incidencia de 40 x 100,000 y una Mortalidad de 15.8 x 100,000.

El precáncer en el Perú representa el 20-25% de los pacientes atendidos en los servicios de salud especializados.



Cono LEEP

En la Región de la Libertad no se cuenta con la distribución de pacientes con Diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial cervical de alto grado (NIC II, III, CIS); tratadas con Cono LEEP en la modalidad de VER y TRATAR; dicho procedimiento se ha desarrollado según otros estudios, con resultados adecuados (9) (14) (15) (22) (24); lo cual motivo la realización del presente trabajo.

El principal objetivo de este estudio fue evaluar los casos con LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES DE ALTO GRADO y tratar a todas las pacientes que acuden a nuestra Institución con resultados citológicos de LIE AG, Biopsia con NIC AG o con colposcopia sugestiva de NIC AG, mediante la modalidad de VER Y TRATAR en la primera y única consulta, con el Procedimiento de Escisión con Asa Electroquirúrgica (CONO LEEP), – IREN Norte - Trujillo; para determinar la efectividad del tratamiento, frecuencia, grados, complicaciones y la persistencia o recurrencia de la enfermedad.

Para lograr un manejo adecuado del precáncer de AG y prevenir el Cáncer invasor, se tiene que lograr orientar nuestros esfuerzos en la población de riesgo y con menos recursos económicos, lo que les impide acceder a los establecimientos de salud para un tratamiento adecuado y oportuno (9) (23).

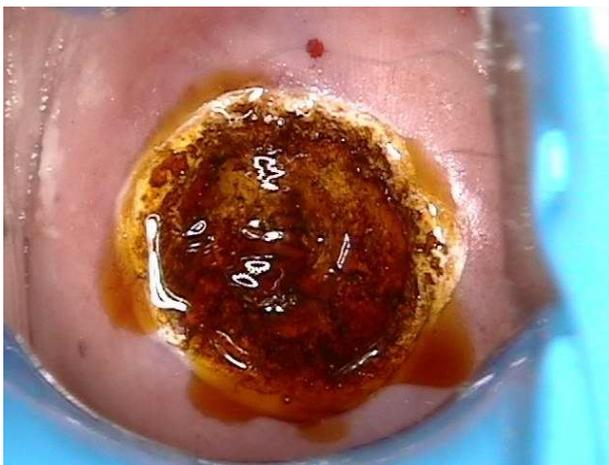
En el desarrollo del presente trabajo se toman en cuentas las normas técnico normativas de la OPD INEN, Guías Clínicas de la NCCN y las guías clínicas de la ASCCP, las cuales hacen mención a la modalidad de VER y TRATAR con el Procedimiento de Excisión con asa electroquirúrgica (CONO LEEP) publicadas en el 2007. (2) (3) (4) (5) (16) (24).

Durante el presente trabajo se conto con la colaboración del profesional médico de Promoción de la salud, con la encargada del Servicio de Consultorios externos y con el responsable del servicio de estadística del IREN NORTE.

2. Materiales y Métodos.

El presente estudio se desarrollo desde el 05 de Enero del 2008 al 30 de Diciembre del 2009 en el IREN NORTE – La Libertad – Trujillo – Perú, evaluándose a 568 pacientes que ingresaron a nuestra Institución transferidas de Instituciones públicas y privadas con patología cervical, de las cuales 241 pacientes presentaban precáncer cervical al momento de su ingreso.

Las pacientes con diagnóstico NIC Alto Grado (NIC II, NIC III y CIS) fueron tratadas en la modalidad de VER Y TRATAR (VyT) con CONO LEEP, en la primera y única consulta en nuestra institución.



Cono LEEP Terminado

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, incluyendo a todas las pacientes con resultados citológicos positivos de LIE AG, biopsia de NIC AG o Colposcopia sugestiva de NIC AG antes del procedimiento quirúrgico y el manejo de dichas pacientes con Cono LEEP; para posteriormente durante el análisis determinar si pacientes fueron adecuadamente tratadas, efectividad del tratamiento, frecuencia, grados, complicaciones, cuantas se sobre trataron, cuantas presentaron resultados negativos, persistencia o recurrencia.

Se incluyeron en el trabajo a todas las pacientes con diagnóstico de LIE de alto grado (NIC II,III,CIS) y luego de la evaluación fueron sometidas a CONO LEEP, en la modalidad de VER Y TRATAR, considerando como criterio fundamental que el tamaño de la lesión sea menor o igual al 50% del cérvix

Se realizaron dos tipos de cono LEEP en la modalidad de VER y TRATAR, de acuerdo al tamaño de la lesión, utilizándose Tipo A en lesiones que afectan menos del 25% y tipo B cuando afectan entre el 25-50%.

Se excluyeron los casos con citología de adenocarcinoma, sospecha de cáncer, lesiones extensas o con procedimiento quirúrgico de cono o histerectomía en otra institución. Las enfermedades comórbidas como Hipertensión arterial, trastornos coagulación y antecedentes de reacciones alérgicas, también fueron causa de exclusión.

Se utilizó la base de datos de la Oficina de Estadística del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte (IREN), para hacer el seguimiento de las pacientes tratadas con Cono LEEP en la primera consulta bajo la modalidad de VER y TRATAR.

Se utilizaron las variables, edad, PAP y biopsia previa, colposcopia, tipo de cono A o B, histología, efectividad tratamiento, persistencia, tipo de recurrencia, márgenes del cono, reconización, perdidos de vista. La recolección de datos se registró en Sistema SPSS 15.0 y los datos de referencia mundiales se tomaron de GLOBOCAN 2002 publicados en el 2005.

Las pacientes con criterios para cono LEEP, en la modalidad de VER Y TRATAR, fueron informadas adecuadamente, recibían folletos, consejería y apoyo emocional a cargo de una Licenciada en enfermería de consultorios externos del IREN NORTE previo al procedimiento.

El procedimiento se realizó en consultorios externos, bajo anestesia local con Xilocaína al 2% con y sin epinefrina, guiado con colposcopio, delimitándose el área afectada con Lugol. El procedimiento se realizó con un Equipo electroquirúrgico Goldway, espéculos de teflón graves y asas de tungsteno (Asas LEEP) de 10, 20 y 25 mm y luego se procedía a retirar la zona de transformación en una (Tipo A) o varias pasadas (Tipo B), a continuación se aplica subsulfato ferrico y tapón vaginal, el cual es retirado en 24-48 horas por la paciente.



Cono LEEP 2 meses después

La paciente era informada por la enfermera de consultorio externo que debía hacer reposo los primeros días y se encontraba advertida de levantar pesos, esfuerzos intensos, no usar duchas vaginales, tampones, relaciones sexuales por lo menos durante 4-6 semanas. Así mismo se orientaba a la paciente, que en caso de sangrado con coágulos, dolor intenso ó fiebre debía acudir a la emergencia del IREN NORTE.

La paciente recibe un analgésico luego del procedimiento, indicaciones por escrito, cita para control y entrega de resultados de anatomía de patológica en 1 semana. Los controles posteriores eran realizados cada 3 meses con cito-colposcopia durante el primer y cada 4 meses durante el segundo año. Las pacientes con resultados patológicos de Cáncer microinvasor é invasor fueron sometidas a cirugía.

El seguimiento de las pacientes que fueron sometidas a CONO LEEP en la modalidad de Ver y Tratar se realizo durante más de un año para la mayor parte de los casos y de seis meses para los últimos casos del segundo año.

3. RESULTADOS.



Cono LEEP 4 meses después

Se evaluaron 568 casos con historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ingreso de patología de cérvix durante los años 2008-2009. El 58% (327) corresponden a Cáncer invasor de cérvix y el 42% (241) corresponde a precáncer (Displasia) de cérvix.

Las pacientes con diagnóstico clínico por colposcopia, PAP positivo o biopsia de NIC de alto grado fueron seleccionadas y tratadas en la modalidad de VER y TRATAR.

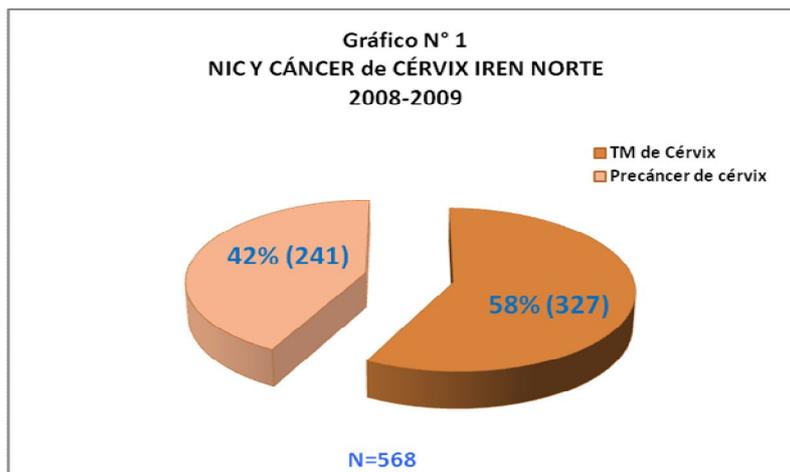
Tabla N° 1 y Gráfico N° 1.

Tabla N° 1.- Patología de Cérvix IREN NORTE 2008-2009

Precáncer/Cáncer	Diagnóstico	Total	%
	TM de Cérvix		327
Válidos	Precáncer de cérvix	241	42.43
	Total	568	100.00

Las pacientes con Neoplasia Intraepitelial cervical (NIC) de alto grado representan el 79.25% (191) de todas las displasias y el NIC de Bajo grado representa el 20.75% (50). **Tabla N° 2.**

Los casos de NIC de bajo grado no se incluyeron en el presente estudio, por no cumplir con los criterios planteados.



Las pacientes fueron seleccionadas al momento de su ingreso, considerando aptas diagnósticas de NIC de alto grado aquellas que tenían PAP positivo, biopsia positiva o colposcopia sugestiva de alto grado; representando una frecuencia de 79.25% de todas las displasias (NIC) con 191 casos. Tabla N° 2.

Tabla N° 2.- NIC ALTO GRADO IREN NORTE 2008-2009

Precáncer	Diagnóstico	Total	%
Válidos	NIC AG	191	79.25
	NIC BG	50	20.75
	Total	241	100.00

En el 2008 y 2009 ingresaron 191 casos con diagnóstico de Neoplasia Intrapitelial cervical de alto grado, con una frecuencia según los grados de: CIS: 35%; NIC III: 25%; NIC II: 40%; de los cuales 40 casos no cumplieron con los criterios de inclusión. Gráfico N° 2 y Tabla N° 3.

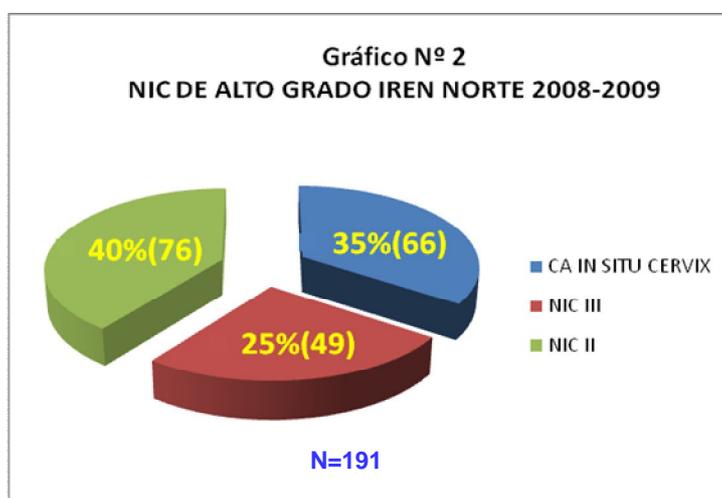
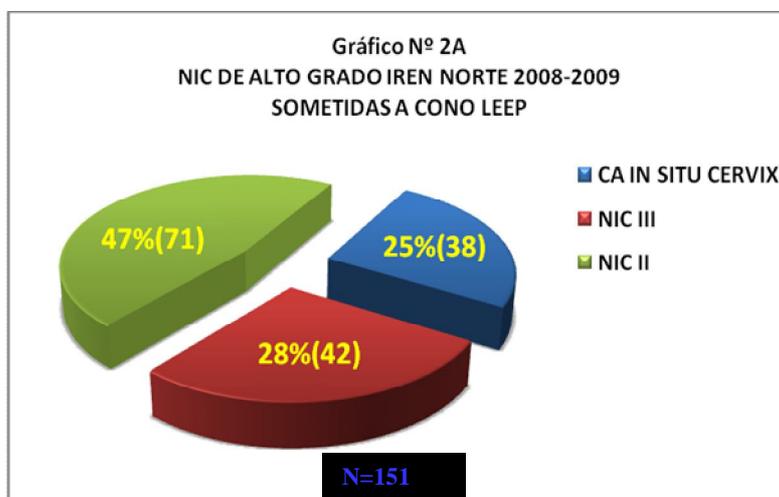


Tabla N° 3.- NIC ALTO GRADO IREN NORTE 2008-2009

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje(%)
CA IN SITU CERVIX	66	34,55
NIC III	49	25,65
NIC II	76	39,79
Total	191	100

Las lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC II, NIC III, CIS) fueron evaluadas y solo 151 casos cumplieron con los criterios de inclusión y su distribución de acuerdo a los grados antes de la realización del Cono LEEP es: NIC II: 42% (76); NIC III: 28%(49); CIS: 25%(66). Gráfico N° 2A y Tabla N° 3A.



El 74% de las pacientes con NIC de alto grado a su ingreso fueron atendidas con resultados de PAP (112), el 47% (71) con colposcopia y el 38% (57) con biopsia de cérvix, existiendo en algunos casos simultáneamente uno o más resultados, siendo suficiente para su inclusión por lo menos uno de los resultados positivos. Tabla N° 4.

Tabla N° 3A.- NIC ALTO GRADO IREN NORTE 2008-2009

Diagnóstico	Total	%
CA IN SITU CÉRVIX	38	25,17
NIC III	42	27,81
NIC II	71	47,02
Total	151	100,00

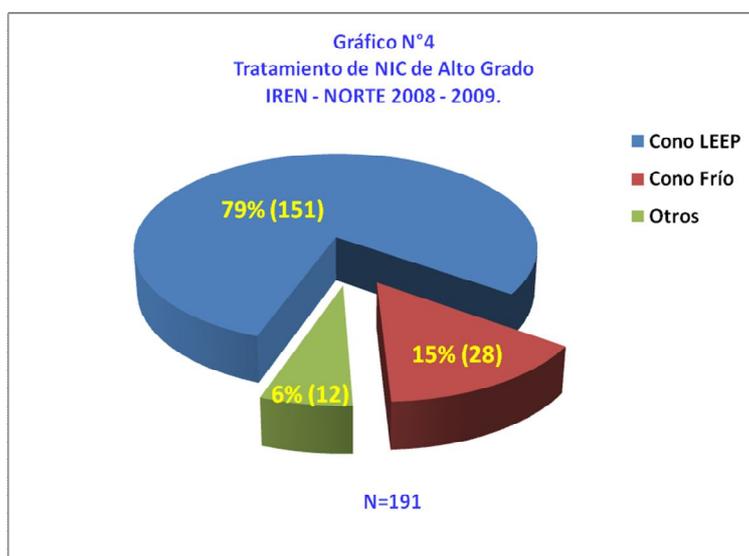
La evaluación colposcópica previa al tratamiento del cono LEEP, fue satisfactoria en 77.48% (117) y no satisfactoria en 22.54% (34). En algunos casos las pacientes contaban con más de una colposcopia.

Tabla N° 4.- NIC ALTO GRADO

Diagnóstico	Total	PAP	Colposcopia	Biopsia
CIS	38	22	25	18
NIC III	42	33	18	25
NIC II	71	57	28	14
Total	151	112	71	57

El 79.06% (151) de las pacientes con Diagnóstico de NIC de alto grado fueron sometidas a CONO LEEP en la modalidad de VER Y TRATAR, en forma ambulatoria.

Los casos de NIC de alto grado que no cumplieron con los criterios de inclusión, fueron tratados cono frío (14.66%) o cirugía mayor (6.22%) por compromiso endocervical, microinvasor o invasor. Tabla N° 5 y Grafico N° 4.



El procedimiento quirúrgico de Cono LEEP se realizó mediante dos tipos de cono: Tipo A (17.9%), con una sola pasada de localización central y Tipo B, con varias pasadas (82.1%), con una frecuencia de 27 y 124 casos respectivamente. Los conos tipo A se realizaron por lo general a los NIC II y con lesiones menores o iguales al 25% del cérvix y el tipo B se realizó en los NIC III y CIS y en lesiones 25-50%. Tabla N° 4ª.

Tabla N° 4A.- TIPO CONO

TIPO DE CONO LEEP	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Válidos A Una pasada	27	17,9	17,9	17,9
B Varias pasadas	124	82,1	82,1	100,0
Total	151	100,0	100,0	

La edad promedio de presentación de las Lesiones Intraepiteliales Cervicales de alto grado fue de 39.29 años, la mediana de 37.42, la edad mínima y máxima de 19 y 70 años. La desviación estándar fue 9.96. Tabla N° 6 y Gráfico N° 3.

Tratamiento NIC AG IREN NORTE 2008-2009

Tabla N° 5	Procedimiento Quirúrgico	Total	%
Válidos	Cono LEEP	151	79,06
	Cono Frío	28	14,66
	Otros	12	6,28
	Total	191	100,00

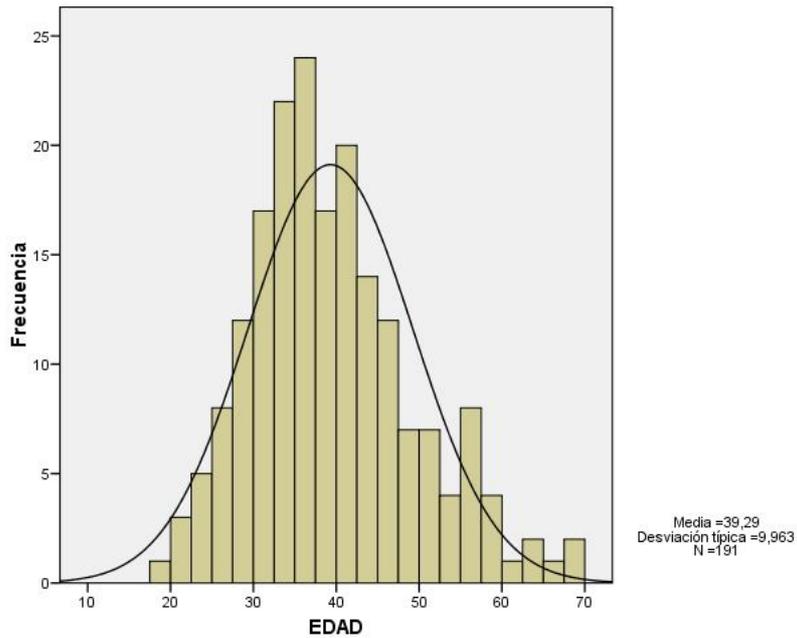
Durante el postoperatorio de los procedimientos quirúrgicos con cono LEEP, se presentó sangrado genital a las 48 y 72 horas en 2 casos, que tuvieron manejo con colocación de nuevo tapón vaginal y subsulfato férrico.

Frequencies

Tabla N° 6.- Frecuencia de acuerdo Edad

N	Valid	191
	Missing	0
Mean		37.42
Median		39.29
Mode		37
Std. Deviation		9.963
Range		67
Minimum		19
Maximum		70
Percentiles	25	30.00
	50	37.00
	75	43.00

Gráfico N° 3

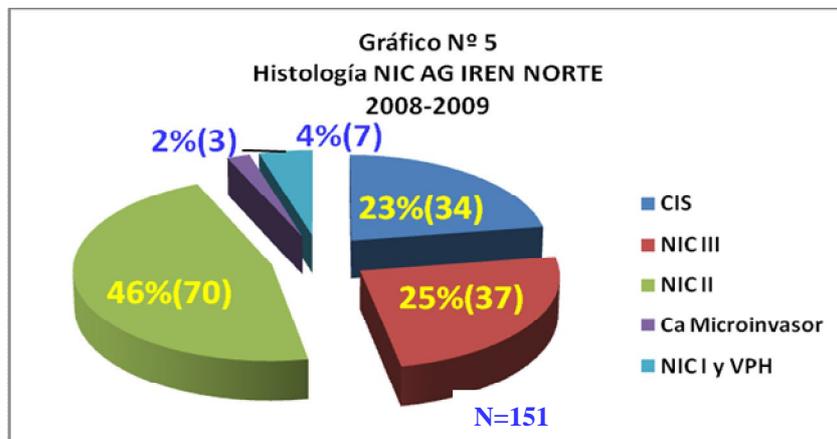


Una paciente presento reacción adversa a la lidocaína al 2% sin epinefrina, con hipotensión y dificultad respiratoria y fue necesario fluidos y oxigenoterapia inmediata, sin hospitalización. Una paciente presentó hipertensión arterial transitoria sin antecedentes previos de la enfermedad.

No hubo reportes de fiebre, EPI, dolor intenso ni calambres en el post operatorio inmediato y mediato.

El resultado histológico de las pacientes tratadas con Cono LEEP en la modalidad de VER y TRATAR, mostro las siguientes frecuencias: Carcinoma In Situ 22.52%(34 Casos); NIC III 24.50%(37 Casos); NIC II 46.26%(70 casos); Cáncer microinvasor 1.99%(3 Casos) y NIC I + VPH 4.64% (7 casos). **Tabla N° 7 y Gráfico N° 5.**

El 4.6 % de las pacientes (7) que inicialmente ingresaron como NIC II, resultaron con diagnóstico histológico final de NIC I + VPH, lo que indica que no hubo correlación con citología y biopsia de ingreso y se sobre trataron, pero considerando que son pacientes son de lugares distantes o periféricos este procedimiento resulta ser aceptable.



Los pacientes con NIC de alto grado que fueron excluidas por no cumplir con los criterios, fueron sometidas a cono frío (28) y 12 casos con cirugía mayor.

Los pacientes con carcinoma in situ endocervical, multifocal, lesiones mayor del 50%, los casos de cáncer microinvasor fueron sometidas a cono o histerectomía ampliada a vagina convencional o laparoscópica.

Tabla N° 7.- HISTOLOGÍA de PACIENTES TRATADAS CON CONO LEEP 2008-2009.

NIC DE ALTO GRADO		Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Válidos	Cáncer in situ cérvix	34	22,5	22,5	22,5
	NIC I + VPH	7	4,6	4,6	27,2
	NIC II	70	46,4	46,4	73,5
	NIC III	37	24,5	24,5	98,0
	Cáncer Microinvasor	3	2,0	2,0	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

El seguimiento de las pacientes con diagnóstico de NIC de alto grado (NIC II, NIC III y CIS) se realizó durante de 12 meses y 6 meses para los casos del primer y segundo año mediante control con citología y colposcopia.

La recurrencia de Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto grado tratadas con cono LEEP en VER y TRATAR, se presento en: CIS (02 casos), NIC III (01 caso) y NIC II (02 casos).

Los casos de recurrencia (3.31%) se presentaron en 05 casos y fueron asociados a otros factores independientemente de los márgenes: 02 casos de CIS asociados principalmente a lesión endocervical, borde comprometido, multifocalidad y tamaño de la lesión, 01 caso de NIC III asociado a borde comprometido y 02 casos de recurrencia de NIC II asociados a borde comprometido y tamaño de la lesión. Tabla N° 8A y 9.

Tabla N° 8.- Recurrencia según Tipo Histológico

Recurrencia/Histología		CIS	NIC III	NIC II	Total
TIP_HIST	Cáncer in situ cérvix	2	0	0	2
	NIC II	0	0	2	2
	NIC III	0	1	0	1
Total		2	1	2	5

La recurrencia luego del Cono LEEP en la modalidad de VER y TRATAR se presento principalmente en los casos de NIC endocervical, independiente de los márgenes o de otros criterios o variables. Tabla N° 8ª.

Tabla N° 8A.- Recurrencia

Histología	Endocervical	Borde Comp	Comp Endo	Multifocal	Total
CIS	4	4	1	6	2
NIC III	3	2	-	4	1
NIC II	1	2	-	2	2
Total					5

Del número total de Cáncer in situ (04) con borde comprometido, lesión endocervical o multifocal, solo 02 casos recurrieron, por lo que dichos casos deben estar asociados a otros factores como, el tipo de virus o tamaño de la lesión o condición de la paciente. Tabla N° 8A.

Tabla N° 9.- Tipo de Recurrencia

Tipo Histológico	Frecuencia	Tamaño(%)	Tiempo (m)
CIS	2	50	11
NIC III	1	25-50	10
NIC II	2	< 25	9
Total	5		X = 10

Se identificaron, CIS endocervical en 4 casos y multifocal en 6 casos; NIC III endocervical en 3 casos y multifocal en 4 casos y NIC II endocervical en 1 caso y multifocal en 2 casos. En total se identificaron 8 endocervicales y 12 multifocales. Tabla N° 10.

Tabla 10.- NIC AG ENDOCERVICAL Y MULTIFOCAL

NIC ALTO GRADO		ENDOCERVICAL		MULTIFOCAL	
HISTOLOGÍA		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	CIS	4	2,6	6	4,0
	No comprometido	143	94,7	139	92,1
	NIC III	3	2,0	4	2,6
	NIC II	1	,7	2	1,3
	Total	151	100,0	151	100,0

La variable de NIC endocervical es el factor más importante para la recurrencia, en los casos tratados con CONO LEEP en la modalidad de VER y TRATAR, en comparación los criterios de borde comprometido, multifocalidad y es probable que intervengan otros factores como tipo de virus y virulencia.

El seguimiento de las pacientes fue realizado con colposcopia y se confirmaba mediante biopsia de cuello uterino. El control cito colposcópico se realizaba cada tres meses. El tiempo promedio de recurrencia después del procedimiento, fue de 10 meses y se presentó principalmente en los casos con lesión endocervical, borde comprometido, etc. Tabla N° 11.

Tabla N° 11 .- Seguimiento con Colposcopia é Histología

Resultados Cono LEEP	Frecuencia	%	Sin Evidencia Enf	Recurrencia			
				NIC I (%)	NIC II (%)	NIC III (%)	CIS
CIS	34	22,52	32	-	-	-	2
NIC III	37	24,50	36	-	-	1	-
NIC II	70	46,36	68	-	2	-	-
Ca Microinvasor	3	1,99	3	-	-	-	-
NIC I y VPH	7	4,64	7	-	-	-	-
Total	151	100,00	146	0	2	1	2

Durante el seguimiento y control de las pacientes conizadas con LEEP; 02 pacientes con NIC III, 01 paciente con CIS y 01 paciente con NIC II, salieron gestando, culminado sus embarazos por vía vaginal.

El Test Chi square fue aplicado para evaluar las variables que afectan o influyen en la recurrencia de la Neoplasia intraepitelial de alto grado (NIC II, NIC III, CIS), comparando el NIC endocervical, borde comprometido y tipo de cono obteniendo un valor de $p= 0.038, 0.03$ y 0.019 que es significativo é importante en la recurrencia. No influyeron las variables de tamaño de lesión, edad, multifocalidad y otras. Tabla N° 12, 13, 14, 15.

Tabla N° 12.- Recurrencia y NIC endocervical

Lesión endocervical	Recurrencia				Total
	CIS	NIC III	NIC II	Sin enfermedad	
ENDOCERVICAL CIS	1	0	0	3	4
No comprometido	1	1	2	139	143
NIC III	0	0	0	3	3
NIC II	0	0	0	1	1
Total	2	1	2	146	151

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,774(a)	9	,038
Razón de verosimilitudes	5,144	9	,822
Asociación lineal por lineal	5,497	1	,019
N de casos válidos	151		

- a. 15 casillas (93,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
b. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Tabla N° 13.- Recurrencia y Borde comprometido

Borde comprometido		Recurrencia				Total
		CIS	NIC III	NIC II	Sin enfermedad	
Compr	1	2	1	0	2	5
Libre	2	0	0	2	144	146
Total		2	1	2	146	151

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	89,387(a)	3	,030
Razón de verosimilitudes	22,777	3	,000
Asociación lineal por lineal	78,190	1	,000
N de casos válidos	151		

a. 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

Tabla N° 14.- Recurrencia y Tipo de Cono

TIPO CONO LEEP	Recurrencia				Total
	CIS	NIC III	NIC II	Sin enfermedad	
A Una pasada	0	0	2	25	27
B Varias pasadas	2	1	0	121	124
Total	2	1	2	146	151

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,895(a)	3	,019
Razón de verosimilitudes	8,125	3	,043
Asociación lineal por lineal	,013	1	,909
N de casos válidos	151		

a 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada Es ,18.

Tabla N° 14.- Recurrencia y Multifocalidad.

NIC MULTIFOCAL	Recurrencia				Total
	CIS	NIC III	NIC II	Sin enfermedad	
CIS	1	0	0	5	6
No compromiso	1	1	2	135	139
NIC III	0	0	0	4	4
NIC II	0	0	0	2	2
Total	2	1	2	146	151

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,506(a)	9	,243
Razón de verosimilitudes	4,466	9	,878
Asociación lineal por lineal	3,509	1	,061
N de casos válidos	151		

a 14 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Al finalizar este estudio, 146 casos (96.7%) se encuentran sin evidencia de enfermedad y los casos con recurrencia representan el 3.3% de todas las Neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) de alto grado tratadas en nuestra Institución con Cono LEEP.

Las pacientes con recurrencia fueron reconocidas con CONO LEEP y durante el seguimiento en los 6 meses siguientes, el control cito colposcópico fue negativo y se encuentran libres de enfermedad. Tabla N° 11 y 16.

Tabla N° 16.- Recurrencia y Libre de enfermedad

Recurrencia/Libre enf	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
TIP_HIST * Recurrencia	5	3,3%	146	96,7%	151	100,0%

4. Conclusión.

El cono LEEP en la Modalidad de VER Y TRATAR, en la consulta ambulatoria, es segura, de bajo costo, efectiva, fácil de reproducir en servicios de salud, con una curva de aprendizaje corta y beneficiosa para pacientes jóvenes que desean preservar fertilidad.

El cono LEEP sirve como diagnóstico y tratamiento, es factible, adecuado y brinda resultados óptimos para el manejo del Precáncer de alto grado (CIS, NIC III, NIC II) en regiones y lugares periféricos donde la población tiene dificultad para acudir a varias citas y con esta modalidad en una primera y única consulta la paciente es tratada y de esa forma se corta el curso de la historia natural de la enfermedad, evitando su progresión a cáncer invasor, por falta de tratamiento o por abandono.

Los casos de recurrencia se relacionaron principalmente con las lesiones endocervicales y también con otras variables como borde comprometido, tipo de cono y no era significativo el resultado con multifocalidad y otras variables.

Los casos de las pacientes que en el resultado final presentaron un tipo histológico de menor grado, fueron aquellos que ingresaron con NIC II y considerando que estas pacientes son zonas periféricas, es aceptable el riesgo beneficio en el manejo con Cono LEEP en VyT.

Al finalizar este estudio, las pacientes con diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial cervical de alto grado, tratadas con Cono LEEP en la modalidad de ver y tratar, obtuvieron una respuesta adecuada, de más del 96%, sin recurrir a cirugía convencional; aun en casos con Carcinoma in situ endocervical..

REFERENCIAS:

- 1.- Gynecologic Oncology Practical; Berek-Hacker Premalignant Lesiones for the Management of Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia, 2005.
- 2.- Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Cytological Abnormalities. ASCCP, Agosto 2007.
- 3.- The National Comprehensive Cancer Network – Practice guidelines in Oncology 2007.
- 4.- NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical cancer Screening, V.2, 2007.
- 5.- R.Sankaranarayanan Digital learning series A training course in Visual Inspection with 5% Acetic Acid (VIA) *International Agency for Research on Cancer (WHO-IARC), Lyon, France.*
- 6.- OMS. Control Integral del Cáncer Cérvicouterino. Guía de Prácticas Esenciales, 2007.
- 7.- PATH. Planning Appropriate Cervical Cancer Control Programs. Seattle, Washington, USA, 1997.
- 8.- IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implications for screening policies. *British Medical Journal* 1996; 293: 659-664.
- 9.- Berek JS. Ginecología Oncológica Práctica. 4a Ed, 2005
- 10.- National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytologic diagnosis. *JAMA* 1989; 262:931.
- 11.- The Cervical Cancer Consultative Group. Cervical Cancer Prevention: A Strategic Opportunity to Improve Women's Reproductive Health/AVSC International/ JHPIEGO Corporation/PATH; 1997.
- 12.- Castellano, C. et al. Carcinoma de cuello uterino como problema de salud pública en el Perú. *Diagnóstico* 1981; 7: 15-26.
- 13.- Evaluation of an outreach intervention to promote cervical cancer screening among cambodian American women. *Cancer Detection and Prevention*. 2002; 26(4): 320-327.
- 14.- Santos, C. et al. One-session management of cervical intraepithelial neoplasia a solution for developing countries. *Gynecol.Oncol* 1996; 61: 11-15.
- 15.- Jerónimo, J et al. Citología cervical anormal: Distribución por grupos etáreos. Lima Sur, Perú, 1988.
- 16.- Tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical mediante escisión electroquirúrgica con asa (LEEP), IAMF; 2003.
- 17.- World Health Organization, WHO Mortality Databank. Internet, 2001, dep.iarc.fr/dataava/infodata.htm.
- 18.- Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Cytological Abnormalities, Thomas C. Wright, Jr, MD, 2002;287:2120-2129
- 19.- Registro de Cáncer en Lima Metropolitana, Centro de Investigación "Maes Heller". 1990-1993.
- 20.- Herrera, M. Manual de Oncología, 2002.
- 21.- Clínicas Norteamericanas de Ginecoobstetricia. Vol3, 2001. edit.Interamericana.
- 22.- Jerónimo J. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening outside of low-resource settings, *Rev panam Salud pública* 2005 17(1): 1-5.
- 23.- OPD INEN Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer. Norma técnica para el Manejo de las Lesiones Premalignas de Cuello Uterino; 2007.
- 24.- Effectiveness and safety of loop electrosurgical excision procedure in a low-resource setting Rema, Suchetha, Rengaswamy Sankaranarayanan; *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008) 103, 105–110.