

# PERSISTENCIA DE LESIÓN POSTERIOR A LA CONIZACIÓN POR NIC III DEL CUELLO UTERINO

FRANCO CALDERARO, RODRIGO LUIS-DELGADO. FRANCISCO MEDINA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA, HOSPITAL ONCOLÓGICO "PADRE MACHADO", CARACAS, VENEZUELA

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de cuello uterino ocupa en nuestro país el primer lugar en incidencia y mortalidad en la población femenina, el diagnóstico precoz y la pesquisa garantizan un tratamiento curativo. **OBJETIVOS:** Evaluar el riesgo de persistencia de lesión residual posterior a la conización de cuello uterino en pacientes con neoplasia intraepitelial cervical grado III. **MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de 400 pacientes conizadas durante el período comprendido entre los años 1984 y 1991. Se evaluaron: edad, primeras relaciones sexuales, citología cérvico-vaginal, colposcopia, biopsia exo y endocervical, localización y extensión de la lesión; así como, la ubicación de la persistencia, el grado de alteración histológica, recurrencia, complicaciones y seguimiento. Se analizó la conducta terapéutica que se siguió con estas pacientes y las complicaciones. **RESULTADOS:** Se evidenció lesión residual en 46 pacientes (11,5 %). En 2 se diagnosticó carcinoma invasor (4,34 %); microinvasión en 10 (21,7 %); neoplasia intraepitelial cervical grado III en 30 (65,2 %); neoplasia intraepitelial cervical grado II en 3 (6,52. %); y neoplasia intraepitelial cervical grado I: 1 caso (2,17 %). Recurrencias en 3 casos (<1 %). **CONCLUSIONES:** La conización es la modalidad terapéutica de elección en las neoplasias intraepiteliales cervicales grado III, cuya ventaja es obtener muestra para estudio histopatológico. Sirve como diagnóstico y tratamiento, ya que tanto la persistencia como las recurrencias son bajas.

**PALABRAS CLAVE:** Conización, neoplasia intraepitelial cervical III, tratamiento, persistencia, recurrencia.

Recibido: 15/11/2003

Revisado: 16/12/2003

Aceptado para Publicación: 15/01/2004

Correspondencia: Dr. Franco Calderaro

Servicio de Ginecología, Hospital Oncológico "Padre Machado",

Los Rosales, Caracas, Venezuela

E-mail: francocalderarod@cantv.net

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** The cervix cancer occupied in our country the first place in incidence and mortality in the feminine population, the pesquise and early diagnostic guarantee a curative treatment. **OBJECTIVES:** To evaluate the risk of residual lesions of the cervix uterine in patients who had conization for cervical intraepithelial neoplasia grade III. **METHODS:** Is a retrospective analysis of 400 patients with cervical intraepithelial neoplasia grade III who underwent conization between the years 1984 and 1991. We studied age, first sexual relation, cervico-vaginal cytology, colposcopy, exo and endocervical biopsy, site and extension of lesions were evaluated also the ubication site of lesions persistence, the histological grade alterations, recurrence, complications and follow up. Therapy used with those patients and their complications were analyzed. **RESULTS:** Residual lesion after conization in 46 patients (11.5 %). In two patients we diagnostic invasive cervical cancer (4.34 %), 10 had microinvasive carcinoma (21.7 %), 30 patients (65.2 %) had cervical intraepithelial neoplasia grade III, CIN II in 3 patients had cervical intraepithelial neoplasia grade II (6.52 %) and one patient had cervical intraepithelial neoplasia grade I (2.17 %). Recurrences were in 3 patients (<1 %). **CONCLUSIONS:** Conization is the therapeutic modality to elect in cervical intraepithelial neoplasia grade III. It has the advantage to obtain a piece for histopatological study. It is useful like diagnostic and treatment because the persistence and recurrence are low.

**KEY WORDS:** Conization, cervical intraepithelial neoplasia III, treatment, persistence, recurrence.

## INTRODUCCIÓN

**E**l cáncer de cuello uterino constituye un verdadero problema de salud pública. Entre las causas de muerte por cáncer en el sexo femenino durante el año 1999 se ubicó en el primer lugar con un total de 1 512 defunciones (20,37 %) <sup>(1)</sup>. El cáncer con mayor incidencia en el sexo femenino fue también el de cuello uterino con un 27,26 %, seguido del de mama y pulmón con un 18,44 % y 6,62 % <sup>(1)</sup>. Por esta razón es una patología que no sólo se observa en hospitales oncológicos, sino también frecuentemente en los hospitales generales <sup>(2)</sup>.

La detección precoz y el correcto tratamiento de lesiones preinvasivas, son en gran medida responsables de la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en países desarrollados como los EE.UU <sup>(3)</sup>.

Está clara la necesidad de la colposcopia y de biopsias dirigidas, así como de la biopsia de canal endocervical entre las pacientes con lesión intraepitelial cervical de alto grado en la citología cervical. El propósito de este régimen es verificar la ausencia de una lesión invasora y dirigir el tratamiento definitivo.

La conización es el tratamiento más utilizado para las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado (NIC III). Actualmente la conización se realiza también cuando:

- No exista correlación entre la citología, la colposcopia y la histología.
- Colposcopia insatisfactoria con canal positivo.
- Atipias citológicas de alto grado sin explicación.
- Adenocarcinoma *in situ*.
- Sospecha de carcinoma microinvasor o invasión oculta.

El cono servirá para realizar el diagnóstico

definitivo y será por sí mismo el tratamiento en muchos casos.

Con respecto al láser, el aspecto más atractivo es que el área o las áreas anormales pueden ser bien delimitadas y el volumen de tejido escindido puede ser medido con exactitud. Sin embargo, es un tratamiento costoso que no está distribuido ampliamente.

La conización por radiocirugía es un método escisional, de alto costo y alta efectividad. Se realiza de forma ambulatoria y proporciona espécimen para estudio.

La histerectomía sigue proporcionando una opción viable para el tratamiento y, solo se utilizará si existe la presencia de otra enfermedad ginecológica, como un mioma sintomático, el deseo de esterilización quirúrgica, en pacientes donde no es posible su seguimiento frecuente después del cono, si se observa un margen positivo, enfermedad persistente o recurrente después del tratamiento conservador o en pacientes con ansiedad con respecto a la eficacia del tratamiento conservador.

El objetivo del presente estudio, es demostrar nuestra experiencia en el uso de la conización en el tratamiento del carcinoma *in situ* de cuello uterino, en lo que respecta a su efectividad, porcentaje de persistencia de la lesión, recurrencia, así como sus complicaciones.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, tipo observacional, corte transversal, donde se analizó la persistencia de lesión residual posterior a la conización de cuello uterino en pacientes con NIC III (carcinoma *in situ*). Se realizó mediante el estudio de 400 biopsias obtenidas por conos de cuello uterino, durante el período comprendido entre 1984 y 1991 en el Servicio de Ginecología del Hospital Oncológico "Padre Machado".

Se evaluaron diferentes parámetros pre-

operatorios como: edad, primeras relaciones sexuales, citología cérvico-vaginal, colposcopia, biopsia exo y endocervical, la localización y extensión de la lesión; y posoperatorios como: la ubicación de la persistencia, grado de alteración histológica, recurrencia, complicaciones y seguimiento.

Fueron evaluados con la base de la historia clínica, estudios paraclínicos, intervención quirúrgica realizada y estudio anatomopatológico definitivo.

El método estadístico empleado fue por análisis de las muestras y el promedio simple.

## RESULTADOS

En la Figura 1, se observa la distribución de acuerdo al año en que las pacientes fueron tratadas.

La edad de presentación de esta patología en nuestras pacientes, en el momento en que se realizó el diagnóstico, fue de  $34,5 \pm 8,80$  D.E. (desviación *standard*) con un rango entre 17-74 años, y cuya distribución se observa en la Figura 2.

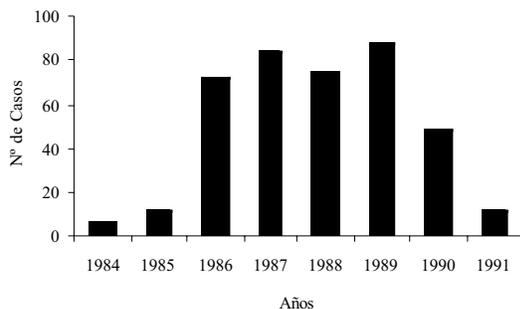


Figura 1. Distribución anual de los pacientes.

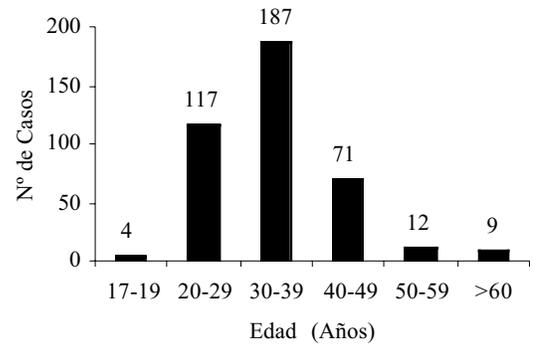


Figura 2. Distribución de los pacientes por grupos etarios.

En esta casuística pudimos determinar, la edad en que tuvieron su primera relación sexual, que en promedio fue de  $16,49 \pm 5$  D.E., con un rango entre 10-39 años. En 22 pacientes, este parámetro no se pudo determinar.

Igualmente, evaluamos la citología cérvico-vaginal realizada a estas pacientes, cabe destacar que en 38 de 400 casos no se determinó el resultado citológico. La citología fue reportada como positiva en 310 de 362 casos, que se evidenció NIC I en el 12 % de las pacientes, NIC II en el 25 % y NIC III en el 40 %.

Al evaluar a la colposcopia como herramienta diagnóstica, encontramos que en 372 pacientes (93 %), esta fue reportada como positiva, describiendo el examinador las lesiones de NIC. Asimismo, en 8 % de las pacientes, la lesión no fue descrita.

El diagnóstico histológico preoperatorio se realizó por la biopsia del cuello uterino, la cual, fue positiva en 367 biopsias de exocérvix y en 125 de endocérvix, ya que muchas de estas tuvieron que ser tomadas al mismo tiempo.

En 379 pacientes de 400 (94,75 %), se les realizó, “cono frío” y, a 9 pacientes (2,25 %) “cono láser”; sólo 12 pacientes (3 %), eran gestantes en el momento del diagnóstico de NIC-III, siendo tratadas mediante “cono frío plano”, previo al cerclaje del cuello uterino.

Cuando evaluamos el sitio de localización de la lesión residual posterior a la realización del cono, encontramos que sólo 46 pacientes (11,5 %) la presentaban, y de estas pacientes, 10 (21,7 %) tenían lesión residual en los márgenes; De 46 pacientes, 35 presentaban la lesión residual en el vértice (76 %) y, sólo 1 paciente (2,17 %), presentaba lesión en margen y el vértice, la cual, no había sido conizada en nuestro Centro.

Los tipos de lesión residual fueron reportados como: NIC-I: 1 paciente (2,17 %); NIC-II: 3 pacientes (6,52 %); NIC-III: 30 pacientes (65,2 %); carcinoma microinvasivo: 10 pacientes (21,7%) y, en 2 pacientes carcinoma invasor (4,34 %). De los 46 pacientes con lesión residual posterior a la conización, solo a 38 casos (82,6 %) se les realizó histerectomía total ampliada (HTA) tipo Te Linde, ya que, 6 pacientes se negaron al procedimiento y, 2 pacientes que eran carcinomas invasores, fueron referidos a radioterapia.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica de las 38 pacientes que fueron sometidas a HTA, fue reportada así: 19 casos (50 %) normal, es decir, sin evidencia de lesión; 3 pacientes con NIC-I (7,89 %); 1 paciente con NIC-II (2,63 %); 13 pacientes con NIC-III (34,2 %), y en 2 casos (5,26 %) carcinoma microinvasivo.

El intervalo de tiempo transcurrido entre el cono y la realización de la HTA, fue de 1 a 13 meses. Sin embargo, cabe destacar, que en 400 pacientes se realizaron 180 HTA, de las cuales, 38/180 (21,1 %) fueron en pacientes con lesión residual y, en 142/180 pacientes (78,8 %), sin lesión residual en la pieza posconización, y que a pesar de no tener lesión, el estudio de la pieza operatoria posterior a la HTA, reportó los

resultados que señala el Cuadro 1.

Para concluir, encontramos que sólo 3/400 pacientes sometidas a conización, es decir (0,75 %) presentó recurrencia, observándose las mismas en 2 pacientes (66,6 %) a los 19 meses y en 1 (33,3 %) a los 12 meses posterior a la conización. Las complicaciones, las resumimos en el Cuadro 2.

**Cuadro 1.** Resultados histológicos de la pieza operatoria de la histerectomía total abdominal

Resultados	Nº de casos
Normal	92
NIC I	22
NIC II	6
NIC III	18
NIC III + NIVA	2
Microinvasión	1
Microinvasión + NIVA	1
Total	142

**Cuadro 2.** Complicaciones quirúrgicas posterior a la conización y a la histerectomía ampliada.

Posterior a la conización 10/400 pacientes (2,5 %):	
Sangrado	5/10 (50 %)
Estenosis	4/10 (40 %)
Perforación	1/10 (10 %)
Posterior a la histerectomía ampliada 6/180 pacientes (3,33 %)	
Sangrado	6/6 (100 %)

Con respecto al seguimiento, encontramos que para el momento de la realización de este estudio, 363 de las 400 pacientes permanecieron en control (90,75 %). De estas, 97 sin evidencia de enfermedad durante 1 año; 81 durante 2

años; 75 en 3 años, 61 en 4 años; 30 en 5 años y 19 pacientes durante 6 años. De las otras 37 pacientes (9,25 %), observamos que 32, no volvieron a control posterior a la conización, 3 fueron recurrencias y 2 fueron referidas a radioterapia por carcinoma invasor.

## DISCUSIÓN

El uso de la citología como método de pesquisa y la evaluación colposcópica con toma de biopsia de lesiones sospechosas, nos permite un diagnóstico temprano de las lesiones intraepiteliales cervicales grado III. Según estudios realizados <sup>(4)</sup>, la razón principal del fallo del tratamiento de estas lesiones, es la desviación del protocolo señalado, por lo que, es importante hacer hincapié en los métodos diagnósticos y su uso adecuado. Nuestros resultados son similares a otros estudios presentados en la literatura mundial <sup>(4,5,10)</sup>.

Es clara la necesidad de la toma de biopsia en las lesiones intraepiteliales de alto grado y el tratamiento destructivo local no nos permite tomar muestra. La conización en todas sus modalidades soluciona este problema, también tiene otras ventajas como son: permitir mantener la fertilidad de la paciente y tener un porcentaje de complicaciones graves prácticamente nulo, entre otras. Esto es importante, ya que en nuestro estudio, la mayoría de las pacientes sometidas a conización se encontraban en edad fértil, permitiendo mantener la fecundidad.

Múltiples trabajos describen la eficacia de la conización como tratamiento de estas lesiones <sup>(3-9)</sup>. Sin embargo, es importante tener en cuenta cuál es la probabilidad de dejar lesión *in situ*

después del cono. Nuestros estudios señalan que el vértice es el área de mayor número de lesiones residuales, probablemente debido a la dificultad técnica de determinar los límites de la lesión en el endocérnix.

La tasa de éxito del cono asa se ha descrito alrededor del 94 % <sup>(5)</sup>, y es una alternativa adecuada para el diagnóstico y tratamiento al cono frío <sup>(6)</sup>; sin embargo, en casos de adenocarcinoma *in situ* es recomendable el uso de la conización en frío o en su defecto la histerectomía total ampliada <sup>(7)</sup>.

Estudios realizados con el uso de láser de dióxido de carbono, señalan una tasa de remisión del 92,2 % después del primer tratamiento y de 98,4 % después del segundo, detectando las lesiones persistentes en las primeras 8 semanas después del tratamiento <sup>(8)</sup>. Sin embargo, se ha seguido utilizando el cono frío y el cono con asa diatérmica, ya que como presentamos, se obtienen resultados similares a un menor costo.

Sólo estará indicado otro procedimiento diferente al cono para este tipo de lesiones, cuando exista evidencia de lesión residual o recurrencia <sup>(10)</sup>. En nuestro estudio se prefirió la histerectomía total ampliada, que es tratamiento adecuado, inclusive para las lesiones micro-invasivas menores de 3 mm.

Con respecto a las complicaciones, tanto la conización como la histerectomía tuvieron porcentajes bajos, definiéndolos como métodos seguros, en manos experimentadas.

El porcentaje de recurrencias posterior a la conización es bajo (<1 %), como lo demuestran otras series <sup>(10)</sup>, por lo que es un método seguro para el tratamiento de estas lesiones.

## REFERENCIAS

1. División de Sistemas Estadísticos Ministerio de Salud y Desarrollo Social. División de Oncología, Registro Central de Cáncer. Venezuela 2000.
2. Calderaro, F. Patología Oncológica en un Hospital General. *Rev Venez Cir.* 2003;55(4):130-134.
3. Hempling R. Lesiones preinvasoras del cervix. En: Steven Piver M, editor. *Oncología Ginecológica*. 2ª edición. Marban Libros; 2000.p. 85-110.
4. Shumsky AG. Carcinoma of the cervix following conservative management of cervical intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol.* 1994;53(1):50-54.
5. Wright TC Jr. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using the loop electrosurgical excision procedure. *Obstet Gynecol.* 1992;80(1):157-158.
6. Naumann RW. LLETZ is an acceptable alternative to diagnostic cold-knife conization. *Gynecol Oncol.* 1994;55(2):224-228.
7. Widrich T. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: Management and outcome. *Gynecol Oncol.* 1996;61(3):304-308.
8. Tsukamoto N. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with the carbon dioxide laser. *Gynecol Oncol.* 1985;21(3):331-336.
9. Baldauf, JJ. Therapeutic results of conization with diathermy. *Contracept Fertil Sex.* 1999;27(2):140-146.
10. Milojkovic M. Residual and recurrent lesions after conization for cervical intraepithelial neoplasia grade 3. *Int J Gynecol Obstet.* 2002;76(1):49-53.