

Procedimiento Excisional Electroquirúrgico con Asa Diatérmica para el Tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical

Electrosurgical Excisional Procedure with Diathermic ASA for the Treatment of Intraepithelial Cervical Neoplasia

Dr. M. A. Crespín, Dr. A. Segura G.*, Dr. M. T. Martínez***

RESUMEN. Objetivo: Evaluar la Excisión de la Zona de Transformación con ASA (EZTA), en nuestras manos.

POBLACIÓN Y MÉTODO: Un total de 407 pacientes con citología anormal, a las que se les practicó EZTA después de Colposcopia con o sin Biopsia Dirigida, sugestivas de Lesión Intraepitelial Escamosa (LIE) o Glandular, del 26 de Abril de 1993 al 20 de de Febrero de 1995.

RESULTADOS: El porcentaje de curación fue de 95.09%. El 84.03% de las pacientes en las que el procedimiento se consideró suficiente como tratamiento, acudieron a control citológico posterior.

Un 15.74% con complicaciones graves.

CONCLUSIÓN: La Excisión de la ZT con ASA, por ser efectiva, barata y relativamente fácil de practicar, parece ser un procedimiento terapéutico con el que se puede disminuir la mortalidad por Cáncer del Cuello Uterino en nuestro país, implementándolo a la par de detección masiva.

Palabras Clave: Excisión de la Zona de Transformación con ASA Diatérmica (EZTAD), Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).

SUMMARY. The objective of this study was to evaluate our performance in the Loop Excision of the Transformation Zone.

We studied a total of 407 patients with abnormal cytologies, to whom we practiced LETZ after colposcopy with or without biopsy with an Intraepithelial Squamous or Glandular Lesión (CIN), from April, 26 of 1993 to February 20, 1995. The percentage of success was 95.09%. The 84.03% of the patients in which the procedure was considered sufficient as a treatment, has a posterior cytologic control. Only the 15.74% of the patients had minor complications and the 0.74% had severe complications.

Our conclusion, is that the excision of the Transformation Zone with Loop, being effective, cheap, and relatively easy to use, makes and ideal therapeutic procedure which can decrease the mortality by cervical uterine cancer in our country, without forgetting the implementation of a massive screening test.

Key Words: Diathermic ASA, Cervical Neoplasia.

Médicos colposcopistas de las Clínicas de Patología Cervical. Liga Contra el Cáncer. San Pedro Sula, Honduras, C. A.

Coordinador del Registro de Tumores y Displasias. Liga Contra el Cáncer. San Pedro Sula, Honduras, C. A.

A pesar de sus defectos, la Citología del Cuello Uterino es un método efectivo para la detección precoz de cáncer y NIC 1. Aunque hay controversia, en general es aceptada a progresión a Cáncer Invasor de porcentajes considerables de NIC 2; por lo que estas lesiones, especialmente las de alto grado, deben ser tratadas³. Además, estas lesiones están alcanzando, en las dos últimas décadas, proporciones epidémicas⁴.

Desde la orientación de la colposcopia para la evaluación de las pacientes con citología anormal y la toma de biopsias dirigidas⁶, se generalizó el uso de métodos terapéuticos destructivos, especialmente la criocirugía⁷, más conservadores que las tradicionales Conización e Histerectomía, para el manejo de la paciente con NIC.

Cartier⁸, introdujo el uso del ASA Diatérmica para la toma de biopsias (1977). En 1982, De Haan y Kenemans⁹ la empezaron a usar como tratamiento en pacientes con NIC diagnosticada por biopsia dirigida, removiendo toda la ZT. En la actualidad hay tendencia, con resistencia, a usar la EZTA como diagnóstico y tratamiento en una sola consulta (ver y tratar), obviando la biopsia dirigida¹⁰.

Con la creencia de que la EZTA es un método que puede aliviar considerablemente el serio problema de salud que significa el cáncer del Cuello Uterino en nuestro país, implementamos el procedimiento en nuestra Institución a partir del 26 de abril de 1993. Hasta Junio de 1995 hemos realizado más de 600. Las expectativas son grandes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron datos de 407 pacientes con hoja de seguimiento, a las que se les realizó EZTA en el período de tiempo comprendido entre el 26 de abril de 1993 y el 20 de febrero de 1995. Dosciento noventa y dos casos tenían biopsia dirigida reciente, diagnósticos que detallamos en la Tabla I, mismos que comparamos con el diagnósticos post-EZTA, Tabla II. Ciento quince pacientes fueron operadas con diagnósticos citológicos y colposcópico únicamente, datos que analizaremos en un estudio posterior.

Después de identificar la ZT colposcópicamente, incluyendo la aplicación de Lugól, se infiltró el cérvix

TABLA I
DIAGNOSTICO POR BIOPSIA DIRIGIDA
(292 CASOS)

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Cervicitis Crónica	5	1.71
LVPS (LIEB)	11	3.77
Displasia Leve (LIEB)	76	26.02
Displasia Moderada (LIEA)	103	35.27
Displasia Severa (LIEA)	84	28.77
Carcinoma In Situ (LIEA)	6	2.05
Carcinoma Microinvasor Sospecha		
Sospechoso de Invasión	3	1.03
Material Insuficiente para Diagnóstico	1	0.34
TOTAL	292	100.00

LVPS: Infección por virus del Papiloma Subclínica. UEB: Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado. LIEA: Lesión Intraepitelial Escamosa de Algo Grado.

TABLA II
DIAGNOSTICO POS EZTA (ASA)

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Cervicitis Crónica	14	3.44
IVPS (LIEB)	27	6.63
Displasia Leve (LIEB)	99	24.32
Displasia Moderada (LIEA)	132	32.43
Displasia Severa (LIEA)	111	27.27
Carcinoma In Situ (LIEA)	9	2.21
Carcinoma Microinvasor	12	2.95
Carcinoma Invasor	2	0.50
Material Insuficiente para Diagnóstico (Cauterio)	1	0.25
TOTAL	419	100.00

(407 CASOS)

LIEB: Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado. LIEA: Lesión Intraepitelial Escamosa de Algo Grado.

con, de 1.8 a 5 mil. de Xilocaína al 2%, con Epinefrina 1:80.000 en por lo menos 4 sitios (12, 3, 9 y 6 de la esfera horaria). Con ASA semicircular conectada a un generador "Premier" se removió la ZT en una o más piezas y en uno o dos niveles. El tamaño del electrodo se escogió según el tamaño de la ZT y la lesión a extirpar. A todas las pacientes se les practicó Diatermocoagulación del lecho operatorio con un electrodo de bola, para hemostásis y destrucción de

lesiones y fondos glandulares remanentes. El tejido obtenido de todos los casos fue remitido a estudio histopatológico.

Todas las pacientes son citadas para inspección del cuello uterino a las 3 semanas de la cirugía, a los 3 meses y cada 3 meses, durante un año, para control otológico, después cada 6 meses de por vida (pacientes de alto riesgo). Las pacientes con citología positiva fueron evaluadas colposcópicamente para nuevo tratamiento.

RESULTADOS

Sólo en un caso no pudo el patólogo dar un diagnóstico por excesivo efecto del cauterio en el espécimen (Tabla II). La correlación biopsia dirigida-ASA se presenta en la Tabla III. La del Diagnóstico Colposcópico-ASA en la Tabla IV. Un total de 68 pacientes, 16.77%, presentaron complicaciones leves, controladas ambulatoriamente. Tres pacientes presentaron hemorragia profusa que ameritó hospitalización, 0.74%, Tablas V, VI y VII. Sesenta y cinco pacientes, 15.97%, no ha regresado a control hasta agosto de 1995. Dieciséis pacientes, 3.93%, fueron remitidas a cirugía mayor o radioterapia por el diagnóstico del ASA, Tabla VIII. Trescientos seis pacientes, 75.18%, tienen al menos una citología negativa, Tabla IX. Veinte pacientes, 4.91%, resultaron con citología anormal en el seguimiento (persistencia), de la cuales 11 han sido tratados nuevamente, Tabla X. Depurando estos números, el porcentaje de curación es de 95.09.

COMENTARIO

Considerando que el generador y los accesorios son económicamente accesibles, que la técnica es relativamente fácil de aprender, que la morbilidad es baja y los resultados terapéuticos buenos¹¹, creemos que la EZTA ofrece la posibilidad de disminuir la mortalidad por Cáncer del Cuello Uterino en nuestro país, sin necesidad de grandes sacrificios económicos, ubicando en puntos estratégicos algunos centros electro quirúrgicos para aprovechar la detección de precursores de la enfermedad, que ya se realiza.

**TABLA III
CORRELACIÓN BIOPSIA DIRIGIDA - ASA
(290 CASOS)**

CORRELACION	CASOS	PORCENTAJE
Buena	263	90.68
Mala	27	9.32
TOTAL	290	100.00

NOTA: Correlación buena: no más de un grado de discrepancia, según Clasificación de la O.M.S.

**TABLA IV
CORRELACIÓN DIAGNOSTICO
COLPOSCOPICO-ASA
(407 CASOS)**

CORRELACION	CASOS	PORCENTAJE
Buena	298	73.22
Mala	70	17.20
Diagnósticos Colposcópicos No Consignados o No Concluyentes	39	9.58
TOTAL	407	100.00

**TABLA V
COMPLICACIONES**

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
Infección Leve	17	4.18
Infección Moderada	1	0.25
Infección Severa	1	0.25
TOTAL	19	4.68

(19 CASOS)

TABLA VI

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
Sangrado Leve	27	6.63
Sangrado Moderado	5	1.23
Sangrado Severo	14	3.44
Ameritaron Hospitalización	3	0.74
Ameritaron Transfusión	0	0.00
TOTAL	46	11.30

NOTA: Los casos que ameritaron hospitalización se sumaron en sangrado severo.

COMPLICACIONES (46 CASOS)

**TABLA VII
COMPLICACIONES
(3 CASOS)**

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
Quemaduras vagina	1	0.25
Quemaduras glúteo	1	0.25
Estenosis del Cérvix	1	0.25
TOTAL	3	0.75

**TABLA VIII
SEGUIMIENTO
(81 CASOS)**

SEGUIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Referidos a Cirugía Mayor por Diagnóstico de ASA	16	3.93
Pacientes sin Seguimiento	65	15.97
TOTAL	81	19.90

**TALBLA IX
SEGUIMIENTO
(306 CASOS)**

SEGUIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Pacientes con 1 Citología Negativa	98	24.08
Pacientes con 2 Citologías Negativas	97	23.83
Pacientes con 3 Citologías Negativas	71	17.44
Pacientes con 4 Citologías Negativas	38	9.34
Pacientes con 5 Citologías Negativas	2	0.49
TOTAL	306	100.00

**TABLA X
SEGUIMIENTO
(40 CASOS)**

SEGUIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Persistencias	20	4.91
Persistencias Pacientes no Tratados	9	2.21
Persistencia en Pacientes Tratados	11	2.70
TOTAL	40	9.82

REFERENCIAS

- Koss L. G. The Papanicolau Test for Cervical Detection. JAMA 1989; 261:731-43.
- Mc Indoe W. A., Mc Lean M. R., Jones R., Mullins P. R. The Invasive Potential of Carcinoma In Situ of the Cervix. Obstet Gynecol 1984; 64:451-9.
- Karel G. G. Keijser, MD., Peter Kenemans, MD, Petronella H. Th. H. van de Zanden, Charles P. T. Schijf, MD, G. Peter Vooijs, MD, and Rune Rolland, MD. Diathermy-Loop- Excisionin in the Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia. Diagnosis and Treatment in one Procedure. AM J Obstet Gynecol 1992; 166:1281-7
- Cancer Facts and Figures, 1989. Atlanta, Ga: American Cancer Society: 1989.
- Sadegli SB, Sadegli AM, Robby S. Prevalence of Displasia and Cancer of the Cervix in a Natiowide, planned parenthood population. Cancer 1988; 61: 2359.
- Gynecologic Oncology. Edited Coppleson. Second Edition, 1992.
- Richart RM, Townsed DE. Outpatient Therapy of Cervical Intraepitelial with Cryotherapy of CO2 Laser. In: Osofky HJ, ed Advances in Clinical Obstetrics and gynecology, Baltimore: Williams and Wilkins, 1982:235-46.
- Cartier R. Practical Colposcopy. Basel: S Karger, 1977:106-7.
- De Haan RW, Kenemans P. Diathermic Stripping of Cervical Lesions. Eur J. Gynecol Oncol. 1982; 3:268-9.
- Bigrigg MA, Codling BW, Pearson P, Read MD, Swingler GR. Colposcopic Diagnosis and Treatment of Cervical Dysplasia at a Single Clinic Visit. Lancet 1990; 336:229-31.
- M.G. Munro M.D., Department of Obstetrics & Gynecology U.C.L.A./Olive View Medical Center. Loop Electrical Excision Procedures in Gynecology. Background an Rationale for Program Implementation.