



**ISSN: 1561-3194**

***Rev. Ciencias Médicas. julio-dic. 1999; 3(2):41-50***

**ARTÍCULO ORIGINAL**

## **Conización amplia una opción terapéutica en el carcinoma in situ de cuello uterino**

### **Extended conization a therapeutic option in cervical carcinoma in-situ**

**Ciro Manuel Suárez Blanco<sup>1</sup>, Vladimir Díaz Noda<sup>3</sup>, Ronald Ramírez Sánchez<sup>3</sup>, Juan José Noda Miranda<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup>Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>2</sup>Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>3</sup>Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>4</sup>Especialista de 2do Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

---

## RESUMEN

Se estudiaron 89 pacientes que tenían indicada la histerectomía por portadoras de un carcinoma in situ de cuello uterino en el Servicio de Ginecología del Hospital "Abel Santamaría" de Pinar del Río, durante los años 1995 y 1996. Para llegar al diagnóstico definitivo en todos los casos se tomó biopsia de cuello uterino por ponchamiento exclusivamente en 15 casos, por conización habitual en 22 casos y por conización amplia de cuello en la cual el área a incluir a nivel del excervix se extendió más allá de la zona Shiller positivo o con algún signo sospechoso de lesión al examen clínico en 52 casos. En el análisis de los resultados encontramos que las complicaciones postoperatorias secundarias a la conización amplia del cuello fueron similares a las de la conización habitual; en el estudio histológico del útero post-histerectomía se encontró una disminución en la persistencia de células tumorales a partir de la fecha en que comenzó a realizarse la conización amplia de cuello en nuestro servicio. De las 89 pacientes operadas durante dos años estudiados, en 63 casos no se encontró presencia de células tumorales en el útero analizado post-histerectomía y en 21 de ellas ocurrió alguna complicación postoperatoria; concluimos que la aplicación de la conización amplia de cuello uterino con fines diagnósticos y terapéuticos contribuye a disminuir el gasto hospitalario. Hacemos recomendaciones acerca del seguimiento en la consulta de patología de cuello y por el Médico de la Familia de estas pacientes.

**DeCS:** BIOPSIA/diagnóstico; NEOPLASMA DEL CUELLO UTERINO/tratamiento; CARCINOMA IN SITU/ tratamiento; TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

---

## ABSTRACT

89 patients were going to be submitted to hysterectomy because of cervix carcinoma in situ in the Service of Gynecology at " Abel Santamaría " General Hospital in Pinar del Río , Cuba, from 1995 to 1995 to 1996. In order to make the definitive diagnosis in all of the cases punch biopsy of the uterine cervix was made exclusively in 15 case by means of habitual conization in 22 cases and by means of wide conization of the uterine cervix in which the area to be incised at excervix level went beyond the positive Shiller zone or had some suspicious sign of injury at the clinical test in 52 case. In the analysis of results we found that secondary post-operative complications to the wide cone biopsy were similar to the habitual conization; in the histological study of the uterus post-hysterectomy a decrease in the persistence of tumor cells was found from the date of the beginning of the. Wide conization of uterine cervix in our service. Of the 89 patients operated upon during the two study years in 63 cases no presence of residual tumor cells was found in the uterus post-hysterectomy and there were some post-operative complications in 21 of these women. Conclusions are made that the application of the wide cone biopsy for diagnosis and therapy contribute to decrease the hospital expenditure. Recommendations are made about follow up in the uterine cervix office and by the family physician of these patients.

**DeCS:** BIOPSY/diagnosis; CERVIX NEOPLASMS; CARCINOMA IN SITU/therapy; SURGERY OPERATIVE.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Nos aproximamos aun nuevo milenio y a pesar de los grandes avances científico - técnicos logrados en el presente siglo, el cáncer continúa siendo uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en la población femenina adulta, el cáncer cérvico- uterino, junto a los de mama, colon y endometrio, aportan cifras considerables a las tasas de morbimortalidad en la mayoría de los países.<sup>1-3</sup>

El carcinoma in situ es el estadio primario del cáncer cérvico -uterino, por encontrarse la lesión limitada al epitelio, ser no invasiva y por tanto con mayores posibilidades de curación si se emplean métodos adecuados en el tratamiento.<sup>1,2</sup>

Realizar acciones de salud dirigidas a disminuir la influencia de factores de riesgo conocidos (comienzo de la práctica del coito en la adolescencia, promiscuidad sexual, multiparidad, infecciones por papiloma virus y herpes virus tipo II, lesiones de cuello mal tratadas, tabaquismo, etc.), constituye el arma principal con que aún contamos para su prevención.<sup>1,4-9</sup> Otro pilar fundamental para lograr el éxito en la lucha contra esta entidad, es su diagnóstico precoz mediante el pesquizaje masivo por citología orgánica en base a un programa, en el cual el médico y la enfermera de la familia desempeña un rol primordial; además el estudio colposcópico y la biopsia dirigida del cuello uterino realizadas en la consulta de patología de cuello, y la conización con legrado del canal cervical en los servicios quirúrgicos ginecológicos.<sup>10,11</sup>

La histerectomía total es el proceder quirúrgico que con más frecuencia se realiza una vez diagnosticado el carcinoma in situ, aunque existen experiencias de varios autores que han practicado la conización o la amputación baja del cuello uterino, la crioterapia láser terapia, criocirugía con resultados satisfactorios.<sup>10,12-14</sup>

En el departamento de Cirugía Ambulatoria de nuestro hospital realizamos la conización de cuello con bisturí a los pacientes remitidos de la consulta de Patología de Cuello desde hace varios años. No tenemos experiencia con el empleo del asa diatérmica, electo cauterio o láser utilizados en otros lugares con resultados más o menos alentadores.<sup>15-17</sup> En el mes de julio de 1995, comenzamos a realizar la conización amplia de cuello uterino a la mayoría de las pacientes que tenían indicado este proceder (más del 60%) con el objetivo de evaluar las consecuencias inmediatas de su aplicación, sus posibles complicaciones y la posibilidad de su aplicación práctica como proceder terapéutico en el carcinoma in situ en el caso en que se identificaran pocos factores de riesgo asociados, al considerar que no en todos los casos es necesario realizar la histerectomía total con sus posibles riesgos y alto costo. Sobre los resultados obtenidos con esta técnica y las posibilidades de aplicar trata el presente trabajo.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio prospectivo y analítico a 89 pacientes a las que se le indicó histerectomía previo diagnóstico de un carcinoma in situ de cuello uterino en el Hospital "Abel Santamaría " de Pinar del Río, durante los años 1995 y 1996. Se confecciono una encuesta en base a los objetivos propuestos con las variables edad, paridad, tipo de biopsia realizada para el diagnostico (identificándose las pacientes sometidas a conización antes de julio de 1996 y a partir de esa fecha en que se introdujo la técnica de conización amplia que se diferencia de la conización habitual en que la porción de cuello a incidir se encuentra mas allá de la zona yodo

positivo de Schiller y abarca cualquier tipo de lesión exocervical sospechosa en el exocervix.

Resultando una muestra mas amplia siendo necesario la sutura hemostática en (surgido del borde de la mucosa), complicaciones postoperatorias, resultado del estudio anatomopatológico posthisterectomía, estadía. Los datos se obtuvieron de la historia clínica del consultorio medico. Se analizaron las variables mencionadas, confeccionándose cuadros al respecto utilizando la frecuencia porcentual y los estadígrafos Chi cuadrado.

## RESULTADOS

El universo de nuestro trabajo estuvo constituido por 89 pacientes. De ellas más del 75 % tenían edades comprendidas entre 31 y 45 años. El tercer grupo etáreo de 36 años predominó durante el periodo estudiado. (tabla 1)

**Tabla 1.** Edad. Hospital " Abel Santamaría" 1995-1996.

Grupos etáreos	1995		1996	
	No. de casos	%	No. de casos	%
21 - 25	0	-	1	1.96
26 - 30	5	13.16	7	13.73
31 - 35	7	18.42	13	25.49
36 - 40	16	42.11	19	37.25
41 - 45	8	21.05	9	17.65
46 - 50	2	5.26	2	3.92
Total	38	100.00	51	100

**Fuente:** Encuestas

Más de la mitad de las mujeres con carcinoma in situ tenían como antecedente 2 o más partos. Solo 3 pacientes de la muestra eran nulíparas. (tabla 2)

**Tabla 2.** Resultado histológico Post- histerectomía según la paridad Hospital " Abel Santamaría " 1995-1996.

No. de partos	Biopsia positiva	Biopsia negativa
	No. de casos	No. de casos
0 (Nulípara)	1	2
1	3	6
2	12	26
3 o más	10	26
Total	26	63

**Fuente:** Encuestas  $p > 0,05$

2 de las pacientes histerectomizadas se realizaron la conización de cuello antes de julio del 95, De ellas 9 tenían restos del carcinoma en el tuerco examinado histológicamente post-histerectomía; en cambio sólo 2 pacientes tenían residuos del tumor en los cortes de útero de las 52 a las que se le tomó la conización a partir de julio del 95, en que se comenzó a realizar esta técnica de forma ampliada en la mayoría de los casos. Fueron histerectomizadas 15 pacientes en las que se diagnosticó el carcinoma in situ sólo por ponche de cuello, y a las que no se le realizó conización. (tabla 3)

**Tabla 3.** Resultado histológico post- histerectomía según el tipo de biopsia diagnostico. Hospital " Abel Santamaría " 1995-1996.

	Biopsia positiva	Biopsia negativa
	No. de casos	No. de casos
Cono antes de Julio 1995	9	13
Cono a partir de Julio 1995	2	50 $p < 0.01$
Ponche de cuello	15	0
Total	26	63

**Fuente:** Encuestas

Las complicaciones post- conización fueron hemorragias cervicales, sepsis de la herida y sepsis urinaria. (tabla 4)

**Tabla 4.** Conización del cuello. Complicaciones Hospital " Abel Santamaría " 1995-1996.

Hemorragias	Antes de Julio 1995	A Partir de Julio 1995
Hemorragias	2	3
Sepsis de la herida	1	2
Sepsis urinaria	1	5
Total	4	10

**Fuente:** Encuesta

Las complicaciones más frecuentes post-histerectomía fueron absceso de la herida, anemia severa y sepsis urinaria. En total 9 casos complicados entre las pacientes con restos del tumor en los cortes uterinos examinados y 21 entre las que el estudio histológico del útero fue negativo.( tabla 5)

**Tabla 5.** Histerectomía. Complicaciones Hospital " Abel Santamaría " 1995-1996.

Complicaciones	Biopsia Positiva	Biopsia negativa
Absceso de la herida	2	4
Anemia severa	2	4
Sepsis urinaria	1	5
Absceso de cúpula	-	3
Hematoma de cúpula	1	2
Reintervención	1	-
Otras	2	3
Total	9	21

**Fuente:** Encuestas

## DISCUSIÓN

No resultó sorprendente que la mayoría de las pacientes (más de 50 %) fueran mayores de 35 años, pues a estas edades es que se presenta el carcinoma de cuello con mayor frecuencia universalmente,<sup>1,3</sup> aunque en nuestra experiencia personal tomamos una tendencia a su aparición en edades mas tempranas en algunos casos (25-30 años), quizás relacionado con el inicio de relaciones sexuales precozmente, la promiscuidad y la propagación de enfermedades sexuales transmitidas.<sup>4,6,7,9</sup>

La paridad es uno de los factores de riesgo asociados al carcinoma de cuello uterino, sobre todo por lesiones de cuello que se producen durante el parto y no se

tratan adecuadamente, como es el caso de las laceraciones.<sup>9,11</sup> El resultado histológico (positivo o negativo de células neoplásicas) al examinar el útero post-histerectomía no dependió de la paridad ( $p > 0,005$ ).

Resulta evidente la disminución del número de casos con estudio histológico positivos de células neoplásicas a partir de julio del 95 en que se introdujo la técnica de conización amplia realizada a la mayoría de las pacientes (+ del 60 %) en nuestro servicio con sólo 2 casos. Al compararlo con el periodo que la precede en que de 22 casos en 9 persistían restos tumorales al examinar los cortes del útero, con diferencias muy significativas entre ellos ( $p < 0,001$ ), lo que avala la posibilidad de incorporar esta técnica, útil no solamente para diagnosticar el cáncer cervical, sino como terapéutica del carcinoma in situ, previa individualización y análisis de los casos.

La técnica de conización amplia de cuello uterino, no incidió en un aumento de las complicaciones postoperatorias en nuestras pacientes en proporción al número de casos, aunque predominó la sepsis urinaria sobre la hemorragia y la sepsis de la herida. A pesar de que por esta técnica se incide un área mayor de tejido, las complicaciones hemorrágicas fueron proporcionalmente mayores (3/10 vs 2/4).

De las 89 pacientes estudiadas, 21 tuvieron biopsia positiva de células neoplásicas post-histerectomía, incluyendo las 15 a las que se llegó el diagnóstico solo por ponche de cuello. Entre ellas se reportaron 9 complicaciones. El total de biopsias negativas de células neoplásicas post-histerectomía ascendió a 63 casos, la mayoría de ellas realizadas después de julio de 1995, y entre estas en 21 casos, ocurrieron algunas complicaciones postoperatorias, lo que representó un costo adicional de \$ 3080,70 solo por concepto de estadía hospitalaria. El costo hospitalario de las pacientes histerectomizadas por carcinoma in situ a partir de julio del 95 osciló alrededor de \$ 89614,20. De haberse evitado la histerectomía hipotéticamente en el 50 % de los casos al considerar la conización amplia de cuello un método terapéutico se pudo haber ahorrado \$ 44807,10.

Las pacientes sometidas a conización amplia de cuello por carcinoma in situ necesitarán un seguimiento y control por parte del médico de la familia en su área de salud, estableciendo una estrecha interrelación con el especialista de la consulta de patología de cuello para garantizar la asistencia de tales pacientes a cada consulta programada, educarla de acuerdo a los factores de riesgo presentes y detectar cualquier recidiva para tomar una conducta definitiva en tal situación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Cabeza Cruz E. Epidemiología del cáncer ginecológico. Rev. Cubana Gen. Integral 1994 Ener-Abr; 10 (1): 9-16
2. Platz CE, Benda JA. Female genital tract cancer. Cáncer 1995 jan -1; 75 (1 suppl):270-294.
3. Rebles SC, White F, Peruga A. Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. Bol Of Sanit Panam 1993 dic; 121 (6): 478-488.

4. Muñoz M, Rosche F, Sanjose S, Viladiu P, Moreo P, et al. El virus de papiloma humano en la etiología del cáncer cervico uterino. *Bol Of Sanit Panam* 1993 oct; 115 (4):301-309
5. Ye Z, Thomas DS, Ray RM. Combined oral contraceptive and risk of cervical carcinoma in situ WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptivas. *Int J Epidemiol* 1995 feb; 24 (1): 19-26.
6. Sasagawa J, Kondocg G, Innove M, Yutsudo M, H akura A: Cervical / vaginal displacia of transgenie mice barbouring human papillomavirus type 16 E6 -E7 genes. *J Gen Virol* 1994 may; 75 ( PT-11 ):19-26.
7. Chen M, Wnag H, Woodworth CD, Lusso P, Kingman D, et al. Detection of human herpesvirus 6 and human papillomavirus types 16 in cervical carcinoma. *Am J Pathol* 1994 dic; 145( 6 ): 1509-16.
8. Akasofum M, Oda Y. Immunohistoclemical detection of p 53 in cervical epithelial lesions with or without infection of human papillomavirus types 16 and 13. *Virchows Arch* 1995; 425 ( 6 ): 593-602.
9. Murphy G, Lawrenco W, Lenhard RE. *Oncología clínica: Manual de la American Cancer Society*. 2 ed. Washintong: American Cancer Society ;1996
10. Rodriguez Salva A, Lonca Anta J, Cabezas Cruz E, Camacho Rodriguez R. Programa Nacional de diagnostico precoz del cancer cervico uterino ¿ Que hacer y por qué ?. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1994 jul -sept; 10(3):220-224
11. Chen RJ, Chang DY, Von LM, Lee EF, Chow SN, Huang SC, et al. Independent clinical factors which correlate wiht failure in diagnosing carly cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1995 sept;58(3): 356 -361.
12. Sobotkowski J. Elektrokonizacia szyiki nacicy w oddzialo ginekologii onkologiczmy w latach 1968-1987. *Ginekol Pol* 1994 nov;65(11):634-637.
13. Brown HW, Rayne SC, Bluthe JG, Kraus FT. Lateral homostatic sutures in cold knife conizacion of the cervix -what do they accomplish?. *J Reprod Med* 1995 sept: 40(9):611-613.
14. Romero M, Rea L. Tratamiento quirúrgico del cáncer cervicouterino Solca -Quito. *Rev Ecuat Cancerol* 1994 mar;1(1):23 -30.
15. Maumann RW, Bull MC, Alvarez RD, Edwarda RP, Pastridge EE, Helm CW, et al. LLETZ is on aceptable alternative te diagnostic cold -knife conization. *Gynecol Oncol* 1994 nov; 55(2):224-228.
16. Chen RJ, Lee EF, Shih JC. Does the loop electrosurgical excision procedure adversely affect the histopathological interpretetion of cervical conization specimens?. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994 oct;73(9):726 -729.
17. Ferenczy A, Choukroin D, Arseneaut J. Loop electrosu rgical excision procedure for sguamous intraepithelial lesions of the servix advantager and potential puttalls. *Obstet Gynecol* 1996 mar; 87(3):332 -337.



Recibido: 26 de Marzo de 1998  
Aprobado: 16 de Diciembre de 1998

Dr. Ciro Manuel Suárez Blanco. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.