

CONIZACIÓN CERVICAL

Dr. Moisés Fallas Corrales *

RESUMEN

Se presenta la experiencia de conizaciones adquiridas en 5 años del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla; llevándose a cabo un total de 98 conizaciones, que a su vez originaron, 39 histerectomías incluyendo en ellas 2 Pan-histerectomías. A 95 de estas pacientes se les practicó colposcopia de las cuales fueron satisfactorias 24 casos, lo que equivale a un 25%.

El número de conos insuficiente fue de 18 lo que equivale a un 17.3% ; la técnica que más se empleó fue la de Sturm-dorf en un 83% . Las complicaciones fueron de un 13% que corresponden a sangrado, infección, estenosis e incontinencia cervical.

SUMMARY

We have gotten the experience on conization during a period of five years at Dr. Escalante Pradilla Hospital.—We performed a total of 95 conizations which originated thirty nine hipterectomies including two Pan-hipterectomies .

Ninety-five of these patients un deswint colfoscopy with good results in 24 cases equivalent to 25%.

In 18 cases the cone was insufficient. The technique used was sturmdorfs in most cases.

The complications rate was 13% because of fostoperative behuding, infection, stenosis and cervical incontinence.

Recibido para su publicación en setiembre de 1984

INTRODUCCION

Se pretende hacer una revisión desde el momento en que nace como tal el Servicio de Ginecología del Hospital Dr. F. Escalante Pradilla en el año 1977, y la experiencia posterior a los 5 años de dicha fundación.

Interesa comparar si los resultados obtenidos son los mismos que en otros Servicios, y a la vez señalar algunas de las dificultades que se presentaron para llevar a cabo un seguimiento adecuado, y un diagnóstico acertado de la paciente con posible patología cervical. Esto, por ser el nuestro, un Servicio de un hospital rural en donde hasta hace poco tiempo no se contaba con los medios e instrumentos necesarios, para valorar en una forma adecuada a la paciente con posible cervicopatía.

* Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla.

MATERIAL Y METODOS

Se hace una revisión retrospectiva de las conizaciones a partir del 1 de julio del 77 hasta el 30 de junio de 1982, expedientes que una vez revisados dan una totalidad de 98 conizaciones.

RESULTADOS

- 1— Se puede apreciar el número de conos realizados por año en el gráfico No. 1, notamos una incidencia muy baja en los años 77-78, lo mismo que en el año 82.
- 2— La incidencia de conización de acuerdo a la edad de la paciente, se observa en el gráfico No. 2, como se puede apreciar el mayor porcentaje fue entre los 30 y los 40 años de edad, la paciente con menor edad conizada fue de 22 años y dos pacientes de edad muy avanzada, una de 72 años y otra de 76.

GRAFICO Nº 1

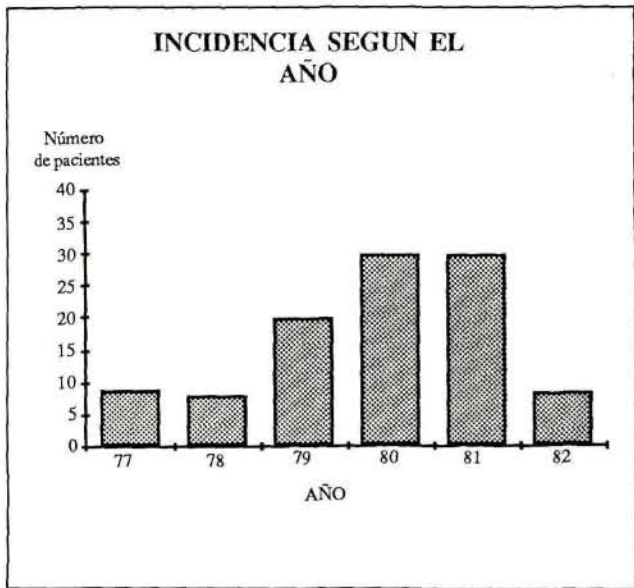


GRAFICO Nº 2

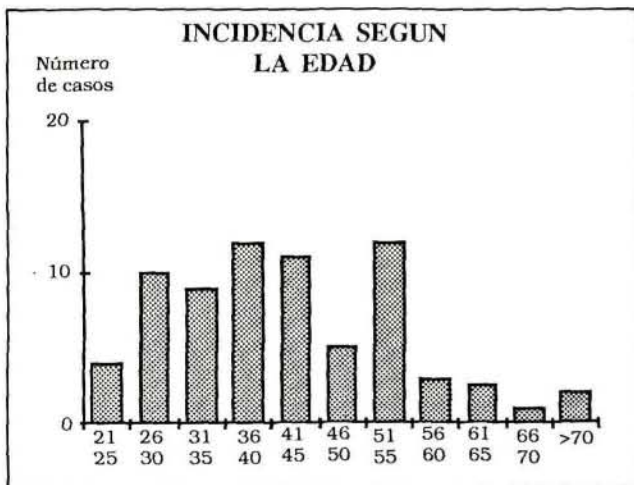


GRAFICO Nº 3

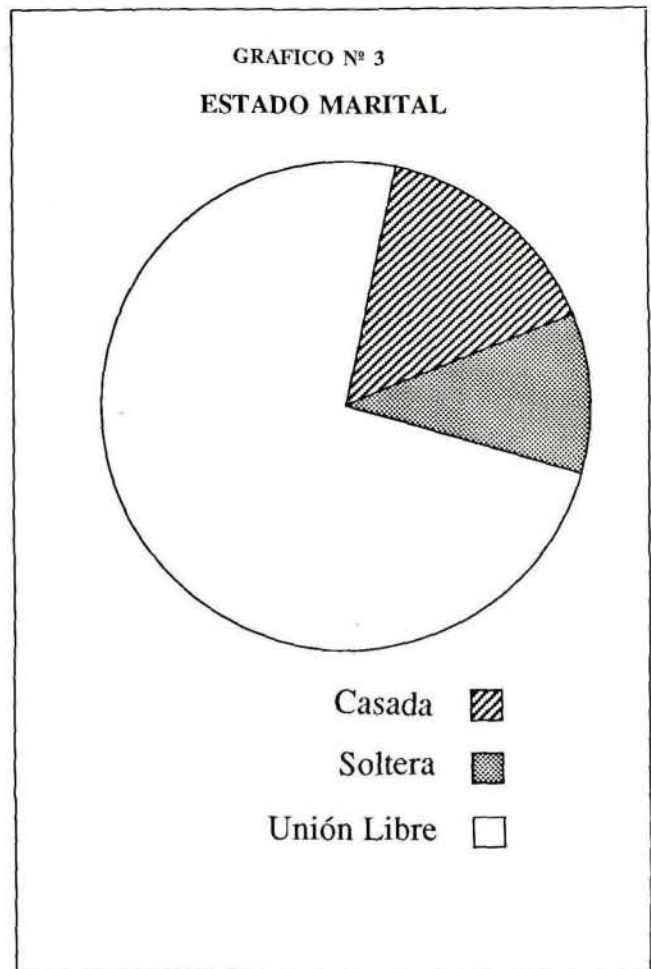
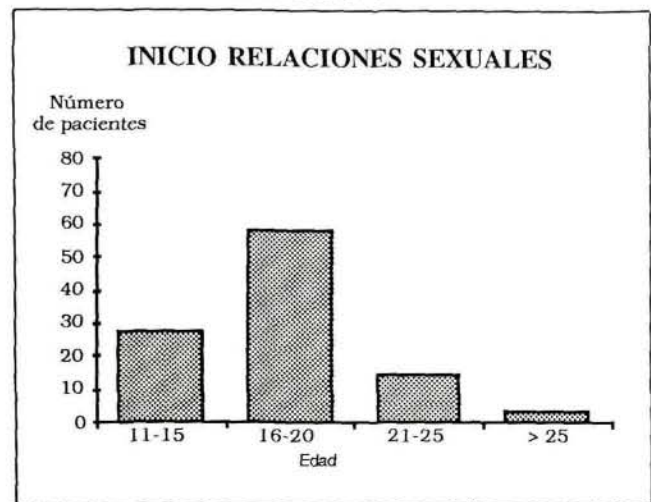


GRAFICO Nº 4



- 3- El número de pacientes casadas, solteras y en unión libre se aprecian en el gráfico No. 3.
- 4- Se analiza a las pacientes en relación a la edad de inicio de sus primeras relaciones sexuales en el gráfico No. 4.
- 5- Se nota la relación entre el número de hijos y la incidencia de conizaciones en el gráfico No. 5. La mayoría de las pacientes tuvieron entre 1 y 2 abortos, el máximo fue de 6. En 75 pacientes no se reportan abortos.
- 6- El número de conos insuficientes fue en 18 pacientes, lo que equivale a un 17.3%, como puede apreciarse en el gráfico No. 6.

GRAFICO Nº 5
 NUMERO DE HIJOS

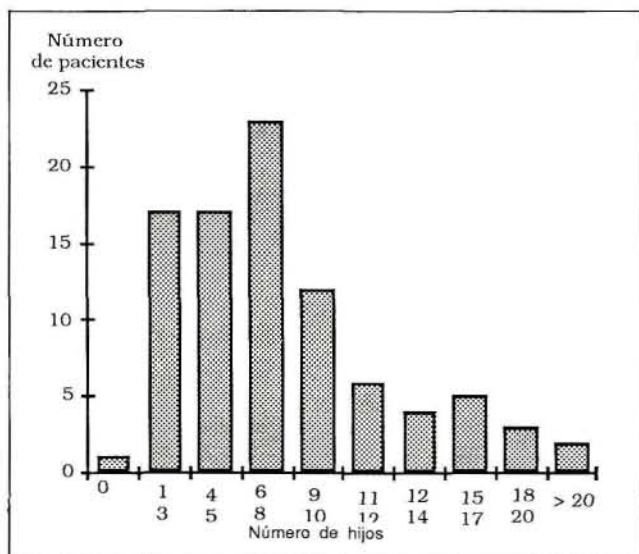
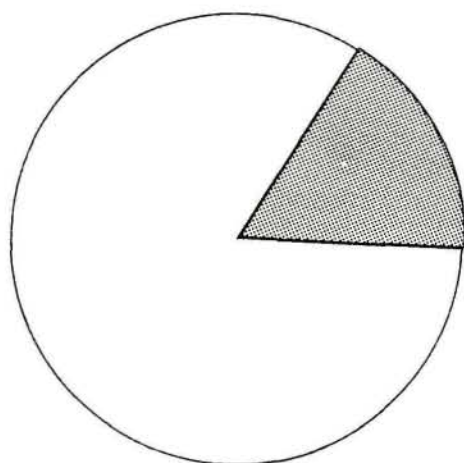


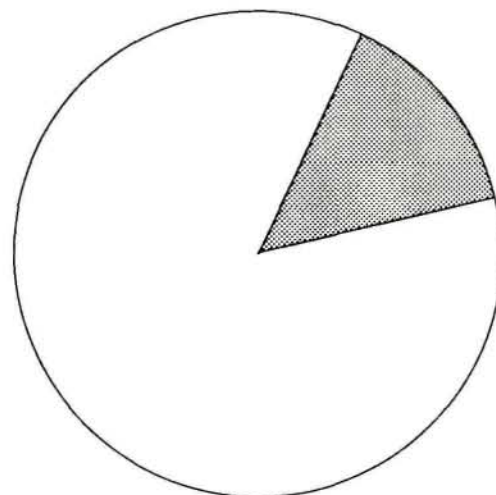
GRAFICO Nº 6
 SUFICIENCIA DE LA CONIZACION



Suficiente

Insuficiente

GRAFICO Nº 7
 TECNICA EMPLEADA

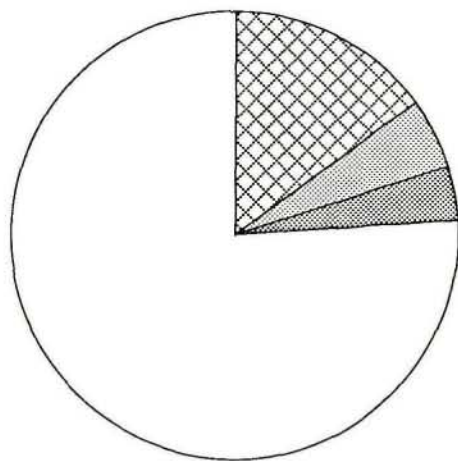


Sturmdorf

Di Paola

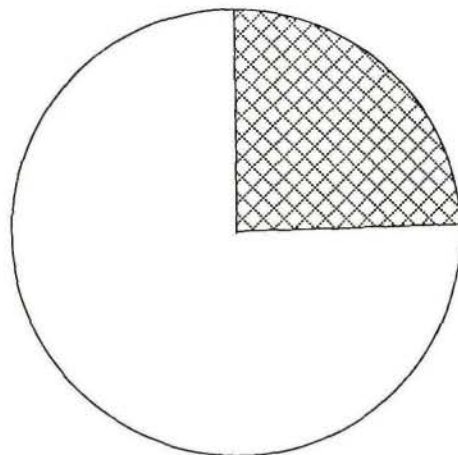
- 7- La incidencia en cuanto a la técnica se muestra en el gráfico No. 7, correspondiendo a la de Sturmdorf 81 casos o sea un 83% y a la Di Paola 17 casos que equivale a un 17%.
- 8- La incidencia de histerectomías post conización se muestran en el gráfico No. 8, las cuales suman 39 siendo esto equivalente a un 39.7%, de las que en 28 casos se practicó Histerectomía con Salpingooforectomía unilateral 7 casos igual a 17.9%; Histerectomía más Salpingectomía 2 casos igual a un 5% y 2 Pan-histerectomías que equivalen a un 5%.
- 9- La incidencia de colposcopia satisfactoria fue de un 25% como puede observarse en el gráfico No. 9, a 3 pacientes no se les hizo colposcopia por razones de falta de recursos económicos para el traslado a San José, o por dificultad para observar el cervix, lo que suponía de antemano una colposcopia insatisfactoria.
- 10- Las alteraciones citológicas que dieron lugar a la conización se indican en la tabla No. 1.
- 11- Las causas de la Histerectomía se indican en la tabla No. 2.

GRAFICO Nº 8
INCIDENCIA HISTERECTOMIAS



Histerectomía con SOB
 Histerectomía con SOU
 Histerectomía con Salpingectomía
 Panhisterectomía

GRAFICO Nº 9
INCIDENCIA COLPOSCOPIA



SATISFACTORIA
 NO SATISFACTORIA

TABLA Nº 1

ALTERACIONES CITOLOGICAS

CITOLOGIA	NºCasos
Displasia leve persistente	3
Displasia moderada persistente	16
Displasia severa	36
Displasia severa sugestiva lesión mayor	4
Carcinoma In Situ	29
Ca Invasor	10
TOTAL	98

- 12- Las complicaciones y tratamiento respectivo post conización, se aprecian en la tabla No. 3.
- 13- Las pacientes que se embarazaron post cono, así como sus consecuencias se señalan en la tabla No. 4, la incidencia total fue de un 7.1%.
- 14- Las correlaciones colpocitopatológicas se aprecian en la tabla No. 5, para ello se tomaron como mínimo 2 parámetros de los 4 indicados (citología, colposcopia, biopsia dirigida y conización), para decidir si había o no correlación. Es de hacer notar que no la hubo en 35 casos, lo que da una incidencia de 35.7%.
- 15- El seguimiento de las pacientes post conización se analizan en la tabla No. 6, se desprende que a 4 pacientes con cono insuficiente (3 por C.I.S. y 1 por D.S.) no hayan seguido control sin que se les haya podido localizar, lo cual es preocupante. Las pacientes en total sin controlar inciden en un 10%.
- 16- La estancia promedio de hospitalización fue entre 3 y 4 días, la mínima fue de 2 días y la máxima de 10 días.
- 17- No hubo complicaciones importantes post histerectomía a excepción de 3 abscesos de herida quirúrgica.
- 18- A 7 pacientes no se les practicó LUI. Entre los reportes más comunes están: endometrio proliferativo o secretor, o endometrio atrófico.
- 19- En una paciente se le reporta endometrio con hiperplasia adenomatosa, practicándosele histerectomía.
- 20- A otra paciente se le diagnostica hiperplasia quística dejándose en observación por baja paridad.

TABLA Nº 2

CAUSAS DE LA HISTERECTOMIA

	No. Casos	Cono Suficiente	Cono Insuficiente
Ca. I.S.	20	8	12
Displasia severa	12	11	1
Displasia moderada	2	-	2
Displasia moderada cono suficiente +pap. D.S. (control)	1	1	-
Ca Invasor I.B.	2	-	2
<u>OTRAS CAUSAS</u>			
Displasia moderada cono suf. Hipertrofia adenomatosa endometrio	1	1	-
"Alto riesgo" no concordancia entre cono Colpocitología + Biopsia	1	-	-
TOTAL.....		39	

TABLA Nº 3

COMPLICACIONES POST CONO

	Nº casos	Hemostasia bajo anestesia	Tx. conservador
Sangrado post operatorio	2	2	-
Perforación uterina	3	-	3
Sangrado tardío	3	1	2
Infección	2	-	2
Estenosis + dilatación	2	-	-
Incontinencia cervical con cerclaje	1	-	-
TOTAL.....		13	

NUMERO DE PACIENTES CON EMBARAZO POST CONO

1. Embarazo 1 1/2 años después del cono: embarazo de 22 semanas que termina con aborto tardío, posible incontinencia cervical.
2. Embarazo 2 1/2 años después del cono: con aborto de 12 semanas.
3. Embarazo 1 1/2 años después del cono: con producto vivo a término.
4. Embarazo 2 años después del cono: con producto vivo a término.
5. Embarazo 1 1/2 años después del cono: con óbito y distocia de cuello que requiere incisión de Dürhssen en el expulsivo.
6. Embarazo 1 año después del cono: con embarazo de 29 semanas, requiere cesárea por amnioítis y distocia de cuello.
7. Embarazo 1 año después del cono: con cerclaje por incontinencia cervical a las 12 semanas, posteriormente embarazo a término con cesárea.

- 21- A las pacientes en control post conización, las citológicas se reportan como negativas o inflamatorias.
- 22- A 2 pacientes se les reporta con displacia leve, se siguió conducta conservadora.
- 23- A 1 paciente se le reporta displasia severa en límites con C.I.S. posterior a cono suficiente por C.I.S., practicándosele luego histerectomía.
- 24- Una vez efectuada histerectomía, se encontró lesión residual desglosándose de esta manera: Ca Invasor (2 pacientes), Displasia moderada (5 pacientes), en las demás (25 pacientes) se reporta útero con cervicitis crónica aguda.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Desde el inicio de la técnica de conización cervical descrita por Lisfranc en 1815, se han ideado cambios a este procedimiento pasando por Sims en 1861 que cerraba el cuello con suturas de plata, posteriormente Sturmndorf en 1916 describe el método invirtiendo el epitelio cérvico-vaginal sobre el sitio de la conización, siguiéndose en el uso de esta técnica en muchas Instituciones hasta el momento, con variantes como de inyectar sustancias vaso-constrictoras en el cuello, lo cual disminuye al mínimo la pérdida sanguínea así como el tiempo de conización, sin embargo a pesar de los avances técnicos y a la mayor operabilidad el procedimiento está asociado a complicaciones post operatorias (13).

En algunos centros el cono se practica o practicaba como rutina en aquellas pacientes que presentan anomalías citológicas; dado que se reportan complicaciones importantes en la conización, lo que indica que es un procedimiento que no carece de morbilidad. Con el advenimiento de la colposcopia ha disminuido la incidencia de conización al contar con un recurso diagnóstico que nos puede señalar el sitio, naturaleza y extensión de la lesión. Claramente la seguridad de la colposcopia depende de la visualización o no de la zona de transformación en su totalidad y de la experiencia del colposcopista, por lo que una alternativa adecuada es incrementar el número de colposcopias y de biopsias dirigidas antes de que la paciente sea sometida a una conización.

El método más efectivo para reducir las conizaciones es incrementar el número de biopsias y esto a su vez es más significativo, si tomamos en cuenta algunos reportes que dan cifras hasta de un 85% en que se puede llegar a un diagnóstico definitivo por colposcopia y biopsia dirigida en aquellas pacientes con anomalías citológicas. Sin embargo, otros autores no encuentran ninguna correlación entre la colposcopia, la biopsia dirigida y conización cervical cuando la lesión no envuelve o se presenta en el canal endocervical, de hecho se dice que el buen colposcopista le es posible predecir la naturaleza histológica y las lesiones preclínicas del cuello uterino, y dependiendo de la expe-

TABLA N° 5
RELACIONES COLPOCITOPATOLOGICAS

	Ca Invasor	C.I.S.	D. Severa	D. Moderada	D. Leve	Total
Citología Colposcopia			3			3
Citología B. Dirigida		3	1			4
Citología Cono	1	13	10	4		28
Colposcopia B. Dirigida			1			1
Colposcopia Cono			2			2
B. Dirigida Cono		4	1	4		9
Citología B. Dirigida Cono		7		3		10
Citología Colposcopia Cono		1		1		2
Citología Colposcopia B. Dirigida			1			1
Citología Colposcopia B. Dirigida Cono		1			2	3
No hubo Correlación						35

TOTAL.....98

riencia se puede correlacionar en un alto porcentaje con la biopsia dirigida siempre y cuando sea perfectamente visible en su totalidad la zona de transformación; la conización se hace necesaria para excluir lesiones asociadas a enfermedad invasiva cuando la lesión se extienda más allá del ámbito visual del colposcopio (2,3,5).

De la revisión efectuada se comprueba una baja incidencia de conizaciones en los años 77-78. A esto puede

dársele dos explicaciones: la primera es el inicio de las actividades del Servicio como tal y la segunda que muchas de las pacientes a las que se mandaba para un mejor asesoramiento de colposcopia y biopsia dirigida, no regresaban, sino que su seguimiento lo hacían en dicho hospital de referencia, por lo que hubo necesidad de establecer una coordinación con otro hospital del área central para que estas pacientes, una vez efectuados los estudios, pudiesen ser intervenidas quirúrgicamente en nuestro hospital;

TABLA N° 6

CONTROL POST CONIZACION

PACIENTE EN CONTROL	No.Casos
Post histerectomía	36
Post conización (suficiente): Ca I.S	14
Displasia severa	7
Displasia moderada	23
Displasia leve	5
Cervicitis	3
TOTAL.....	88
PACIENTES SIN CONTROL	
Post histerectomía	3
Ca I.S. cono suficiente	1
Ca I.S. cono insuficiente	3
Displasia severa cono insuficiente	1
Displasia severa cono suficiente	1
Displasia moderada	1
TOTAL.....	10

notándose así el incremento en los años 79, 80, 81; disminuyendo en el primer semestre del año 82 debido a condiciones o razones propiamente locales como es el de la poca anuencia de la paciente a operarse en los primeros meses del año "recolección de café" y - la otra es la huelga médica.

En concordancia con otros autores la patología cervical por la cual se procedió a la conización la encontramos entre la tercera y cuarta década de la vida en un gran número de casos.

Asimismo hay concordancia de una mayor incidencia de factores como inicio de relaciones sexuales, número de partos, número de abortos y otras publicaciones.

No se encontró reportes para comparar en relación al número de pacientes casadas.

Con respecto a la técnica, la de Sturmdorf fue la más práctica como en otras publicaciones.

Las complicaciones post cono fueron de un 13%, el tratamiento fue muy conservador y ninguna de las pacientes requirió cirugía agresiva, hay concordancia con otros autores en cuanto a la incidencia, pero no así al tratamiento ya que en otras series se citan histerectomías o sangrados masivos post cono, infección pélvica severa o bien fístulas vésico vaginales (1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Las correlaciones en el presente trabajo fueron pocas en cuanto a citología, colposcopia, biopsia dirigida y cono, donde más hubo correlación fue entre citología-cono; sin embargo un 75% de las colposcopías que se hicieron fueron insatisfactorias lo que podría explicar esta falta de concordancia, pero es de aclarar que no está el total de colposcopías efectuadas al presentar las pacientes anomalías citológicas, sino las que se citan aquí fueron las que dieron origen a la conización.

El tratamiento conservador está muy ligado al deseo de más hijos por parte de la mujer, pero la fertilidad post cono se ve afectada en cuanto a mayor número de abortos, incontinencia cervical, parto prematuro y secuelas post cono, que pueden inducir a un aumento de cesáreas.

El reporte de conización insuficiente es variable entre 8 y 25% , en nuestro estudio fue de un 17% (1, 7, 8, 9, 13).

Aunque no es el propósito de este trabajo el tratamiento del Carcinoma In Situ de Cérvix, algunas consideraciones son necesarias con respecto al tratamiento del Carcinoma In Situ y la conización. Muchos ginecólogos consideran que la conización es inadecuada como tratamiento definitivo del Carcinoma In Situ, debido a que los diferentes especímenes post histerectomía revelan Carcinoma In Situ residual en series que lo reportan entre un 10% a un 37% , una vez que han sido conizadas las pacientes, por lo que consideran este procedimiento como método diagnóstico solamente. Sin embargo por otro lado otros autores opinan que los estudios proveen material suficiente en que se sustente la conización como una terapia eficaz para el tratamiento del Carcinoma In Situ, con reportes de hasta un 95% como método eficaz sin demostración evidente de recidiva de neoplasia posterior a la conización. En nuestra serie se encontró recidiva en solamente 1 caso.

La mayoría de las pacientes han dado cambios citológicos en el primer año posterior a la conización por lo que es necesario citología cada 3 o 4 meses durante el primer año y luego cada 6 en los siguientes años.

La observación de recurrencia de Carcinoma In Situ posterior a la conización es significativamente menor que la incidencia de Carcinoma intraepitelial residual en piezas quirúrgicas posterior a la histerectomía, siendo alrededor de un 22% , en esta última.

En el presente trabajo de las 39 histerectomías, en 14 casos se presentó lesión residual, variando de displasia moderada a Carcinoma invasor. Mientras que la recurrencia de Carcinoma In Situ posterior a la conización, es de cerca de un 7% .

Este punto no está muy bien esclarecido y algunos autores aducen razones de interferencia del tejido inflamatorio, que hace que no se pueda interpretar correcta-

mente las alteraciones citológicas; lo que sí está comprobado, es que la recidiva del Carcinoma In Situ en vagina, es más frecuente en aquellos casos en que existía Carcinoma residual de útero en la histerectomía.

En base a los estudios presentes se debe razonar, que hay que individualizar el tratamiento del Carcinoma In Situ, tomando en cuenta la colposcopia, biopsia dirigida, conización, edad, paridad, deseo de futuros hijos y nivel educacional de la paciente, se debe recordar con cierto margen de razonamiento que no siempre la histerectomía es la terapia definitiva y que no siempre la conización es una terapia incompleta para el Carcinoma In Situ (2, 7, 9, 10, 11, 13).

BIBLIOGRAFIA

- 1- Ahlgren M. et al: Conización as treatment of carcinoma in situ of uterine cervix. OBSTET. GYNECOL. 46: 135, 1975.
- 2- CREASMAN WT, RUTLEDGE F.: Carcinoma In Situ of the Cervix, Obstet. Gynecol. 39: 373, 1972.
- 3- Chanen W. and Hollyock, V. "Colposcopy and conservative management of cervical dysplasia and carcinoma in situ". OBSTET. GYNECOL. 43: 527, 1974.
- 4- Gad, C. "The management and natural history of severe dysplasia and carcinoma in situ of the utirine cervix". BRIT. J. OBSTET. 83: 554, 1976.
- 5- HOLLYOCK VE, CHANEN W: The use of the Colposcope in the selection of the patients for cervical cono biopsy. Am. J. Obstet. Gynecol. 114: 185, 1972.
- 6- KOLSTAD P. Carcinoma of the Cervix, Stage U. Am J. Obstet. Gynecol. 96: 1098. 1966.
- 7- Kriejer J. S. et al: Role of conization in detection and treatment of cervical carcinoma in situ. AM. J. OBSTET. GYNECOL. 86: 120, 1963.
- 8- KULLANDER S., SJOBERG NO: Treatment of carcinoma in situ of the cervix uteri by conization. Acta Obstet. Gynecol Scand. 50: 153, 1971.
- 9- MORA AGUILAR Dr. ALVARO: Conización cervical. Revista Médica de Costa Rica. 45: 55, 1978.
- 10- SCHFFER MA, CREEM JJ, POMERANCE W, et al: Cervical Conization for diagnosis and treatment of Carcinoma In Situ. Am.J. Obstet. Gynecol. 93: 889, 1965.
- 11- SILVAR EL, WOODRUFF JD: Evaluation of biopsy, Cone and Histerectomy sequece in intraepithelial carcinoma of the cervix, Obstet. Gynecol. 27: 89, 1966.
- 12- TOPEK, N.Y. "Surgical treatment of carcinoma in situ of cervix". CLIN. OBSTET. GYNECOL. 10: 853, 1967.
- 13- Van Nagell, J.R. jr. "Diagnostic and therapeutic efficacy of cervical conization". AM. J. OBSTET GYNECOL. 124: 134, 1976.