



# Recidivas de lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes tratadas con cono leep

## Resumen

**Introducción:** El cáncer cervicouterino, ocupa el primer lugar en incidencia en el Perú y en países en vía de desarrollo y es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. El tamizaje mediante la citología de Papanicolaou y el oportuno tratamiento de la lesión preinvasora permite una curación cercana al 100%. **Objetivos:** Determinar el porcentaje de pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical, tratadas con cono Leep, que presentaron recurrencia posterior al tratamiento. **Diseño:** Estudio descriptivo, retrospectivo. **Lugar:** Servicio de Oncología Ginecológica y Mama, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú. **Participantes:** Pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical y tratadas con cono Leep. **Intervenciones:** Se revisó las historias de 74 pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical y que fueron tratadas con cono Leep en el quinquenio 2003 a 2007. **Principales medidas de resultados:** Recurrencia de la lesión. **Resultados:** Del total de pacientes, 13 (17,6%) presentaron recurrencia y la mayoría dentro de los dos primeros años de seguimiento. **Conclusiones:** Se presentó recurrencia de la neoplasia intraepitelial cervical en mayor porcentaje que otros estudios. Existió relación importante entre la edad al momento del diagnóstico, la edad de la primera relación sexual y el número de parejas sexuales. Al término del estudio, todas las pacientes se encontraban libres de enfermedad. **Palabras clave:** Neoplasia intraepitelial cervical, recurrencia, cono Leep, Papanicolaou, metaplasia, colposcopia.

Leoyfred Armelle Rojas-Clavijo<sup>1</sup>, Luis García<sup>1</sup>, Margarita Bautista<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Oncología Ginecológica y Mama, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú  
Trabajo recibido para publicación el 20 de setiembre de 2009 y aceptado para publicación el 19 de febrero de 2010.  
*Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;55:39-43.

## Uterine cervix pre malignant lesions recurrence in patients treated with Leep conization

### ABSTRACT

**Background:** Cervical cancer ranks first in Peru and in developing countries and is the second leading cause of cancer death in women. Smear screening and treatment of early preinvasive lesions allow close to 100% cure. **Objectives:** To determine recurrence in patients with diagnosis of premalignant lesions treated with Leep conization. **Design:** Descriptive, retrospective study. **Setting:** Oncology Gynecology and Breast Service, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Peru. **Participants:** Patients with cervical epithelial neoplasia diagnosis treated with Leep conization. **Interventions:** The records of 74 patients with cervical epithelial neoplasia diagnosis treated with Leep conization during the period 2003-2007 were reviewed. **Main outcome measures:** Lesion recurrence. **Results:** From all patients studied, 13 (17,6%) had recurrence, mostly within the first

two years. **Conclusions:** Recurrence of cervical epithelial neoplasia occurred was higher than in other reports. There was significant relationship between age at diagnosis, age at first intercourse and number of sexual partners. At the end of the study all patients were disease free.

**Key words:** Premalignant lesions, recurrence, Leep conization, Papanicolaou smear, metaplasia, colposcopy.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer es diagnosticado cada vez con mayor frecuencia en el mundo. El cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar entre las lesiones malignas en el

Perú y en países en vía de desarrollo y es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, siendo responsable de más de 250 000 muertes en el mundo, en el año 2007, de las cuales cerca de 80% ocurrió en países en desarrollo <sup>(1)</sup>. Se estima que esta cifra se incrementará de manera alarmante hasta 16 millones de personas, en el año 2020 <sup>(2)</sup>. La prevención de dichas muertes mediante la detección y el tratamiento adecuados contribuirá a cumplir con las metas de desarrollo del milenio.



La mayoría de las mujeres que fallecen de cáncer cervicouterino, especialmente en los países en desarrollo, lo hace en la cuarta década de sus vidas<sup>(3)</sup>; por desgracia, la mayoría de ellas todavía carece de acceso a programas de prevención del cáncer. Existen pruebas irrefutables de que el cáncer cervicouterino es una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer, a condición de detectarlo a tiempo y tratarlo con eficacia<sup>(2)</sup>. El resultado es que, a menudo, dicho cáncer es hallado cuando ya es demasiado tarde para curarlo. Por ello se requiere un programa amplio para mejorar la salud sexual y reproductiva y aumentar el número de pruebas de Papanicolau en la comunidad<sup>(4)</sup>.

Se define la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) como una variedad de epitelios escamosos de morfología anormal, en los que se puede encontrar alteraciones estructurales y en la maduración, así como ausencia total en la diferenciación. Se sitúa en la superficie del exocérvis o rellenando las glándulas, pero sin invadir la membrana basal. Se la clasifica, desde 1988 y según Bethesda, en NIC I, NIC II y NIC III. Existen cuatro pruebas fundamentales para la detección y diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical, que son: la prueba de Papanicolau, la citología en base líquida, la colposcopia y la biopsia<sup>(4,5)</sup>.

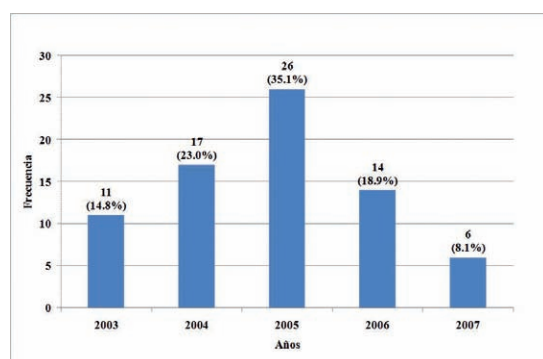


Gráfico 1. Distribución de pacientes por año, periodo 2003-2007.

Se define recurrencia a la reaparición de los síntomas tras una remisión de la enfermedad; en el caso de lesiones premalignas, consiste en la aparición de citología positiva, después de los 12 meses del tratamiento, habiendo tenido controles negativos cada 6 meses. Persistencia es la existencia de enfermedad en los controles realizados cada 6 meses y antes de los 12 meses, durante el seguimiento, y nunca hubo controles negativos. Curación es cuando la paciente continúa con controles negativos cada 6 meses, hasta el último día del seguimiento<sup>(4)</sup>.

Las pacientes tratadas con NIC en el servicio de Oncología Ginecológica y Mama del Hospital Nacional Arzobispo Loayza representan un porcentaje importante. La mayoría de ellas se encuentra en edad reproductiva y con deseos de mantener su fertilidad, por lo que requiere un tratamiento conservador. El tratamiento de elección para esta patología es el cono Leep, con tasas de curación altas, a menudo mayores de 95%<sup>(6,7)</sup>.

Nos parece importante conocer si existe recurrencia de lesiones premalignas en pacientes tratadas mediante cono con asa electroquirúrgica (Leep, siglas en inglés de *loop electrosurgical excision procedure*) por NIC, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y evaluar si existen factores pronósticos que se relacionen con esta recurrencia, para así poder intervenir y evitar que se presente nuevamente la enfermedad o avance una vez establecida.

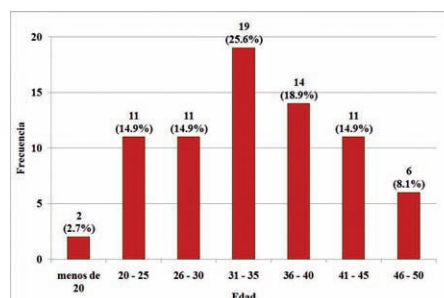


Gráfico 2. Distribución de las pacientes por grupos de edad.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, durante los años 2003 a 2007, en el que se evaluó 74 pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical por medio de biopsia confirmatoria, tratadas con cono Leep, en el Servicio de Oncología Ginecológica y Mama del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Los criterios para la realización del cono Leep fueron: NIC I persistente, NIC II, NIC III, disociación citohistocolposcópica, colposcopia no satisfactoria; de ellos, solo se incluyó las pacientes con diagnóstico de NIC. Se entiende como NIC I persistente al que ocurre en una paciente que presenta NIC I al menos en dos controles citológicos realizados cada 6 meses.

Se revisó las historias clínicas de estas pacientes y se recogió datos sociodemográficos, del examen físico, tratamiento quirúrgico y resultados anatómopatológicos, en fichas previamente diseñadas para este fin.

El análisis descriptivo de la información fue realizado por medio de tablas de distribución de frecuencias para las variables cualitativas y medidas resumen para las variables cuantitativas. Para el análisis de los datos, se usó el paquete estadístico SPSS 12.0.



Tabla 1. Características demográficas y antecedentes personales.

Características	N	%
Procedencia		
Lima	69	93,2
Provincia	5	6,8
Nivel socio económico		
Medio	34	45,9
Bajo	40	54,1
Edad de la primera relación sexual*		
< 15	2	3,0
[15 – 20]	50	75,8
[21 – 25]	12	18,2
[26 - 30]	2	3,0
Edad promedio de la primera relación sexual Promedio ± DE / rango	18,6 ± 3,1 / [12 – 28]	
Edad promedio al momento del cono Promedio ± DE / rango	33,8 ± 8,4 / [19 – 49]	
Número de parejas sexuales**		
1	25	38,5
2	24	36,9
3 o más	16	24,6
Número de partos		
0	13	17,5
1	25	33,7
2	17	23,0
3 o más	19	25,8
Infección por VIH***		
Si	5	7,4
No	63	92,6

\* 8 pacientes no consignaron dato de edad de primera relación sexual.

\*\* 9 no consignaron dato de número de parejas sexuales.

\*\*\* 6 no consignaron dato de infección por VIH.

Para la realización del cono Leep, el servicio utilizó el asa Wallach Loop electrodos, de 20 x 8 mm y otra de 10 x 10 mm. Se realizó los cortes con un electrodo-asa a 70 W y para la coagulación un electrodo-esfera de 5 mm a 30 W.

## RESULTADOS

Del total de procedimientos cono Leep realizados durante el quinquenio en estudio, el mayor número se efectuó durante el año 2005, con un total de 26 pacientes, lo cual representó 35,1% de los casos (Gráfica 1);

25,6% de las pacientes tenía 31 a 35 años (Gráfica 2).

En relación a los datos demográficos y características personales, 93,2% de las pacientes procedía de Lima y 54,1% tenía nivel socioeconómico bajo. La edad de la primera relación sexual fue en promedio 18,6 años; 38,5% había tenido una sola pareja sexual, 24,6% tuvo más de 3 parejas, 33,7% un solo parto y 7,4% presentó infección por VIH (tabla 1).

En 61 pacientes (82,5%), el diagnóstico preoperatorio fue lesión de grado

alto (NIC II 44 casos y NIC III 17 casos); sin embargo, se incluyó 2 pacientes con NIC I por tener además el diagnóstico de infección por VIH, y 11 pacientes (14,8%) tenían NIC I persistente.

Dentro de las características clínicas, 62,2% no tenía síntomas, 8,1% tuvo colposcopia no satisfactoria y a todas se les realizó cono Leep. Durante el seguimiento, 13 pacientes (17,6%) presentaron recurrencia, 92,4% antes de los 2 años (tabla 2).

A 11 pacientes se realizó cono Leep por diagnóstico previo de lesiones de grado alto y solo 7 resultaron con este diagnóstico después del tratamiento. Nueve pacientes recurrieron con lesiones de grado alto (tablas 3 y 4).

En cuanto a la relación entre las pacientes que tuvieron recurrencia y los antecedentes personales, se determinó que la edad promedio de las pacientes sometidas al cono fue 27,9 años, de la primera relación sexual fue 18,7 años, el número promedio de parejas sexuales 3,1 y el número de partos 1,2; hubo una paciente infectada con VIH con recurrencia (tabla 5).

Por otra parte, el porcentaje de las pacientes que presentó síntomas fue similar en ambos grupos; 7,7% tuvo colposcopia no satisfactoria y 15,4%, extensión glandular positiva (tabla 5).

## DISCUSIÓN

La edad promedio del cáncer cervicouterino es alrededor de los 47 años<sup>(3)</sup>. Se conoce que las lesiones pre-malignas aparecen 10 años antes; en nuestro estudio, la edad promedio de las pacientes con NIC fue 33,8 años, lo que coincidió con la literatura<sup>(8)</sup>.

Las pacientes del estudio pertenecían al nivel socioeconómico medio y bajo,



Tabla 2. Características clínicas, tipo de tratamiento realizado y recurrencia de lesiones premalignas del cérvix.

Características	N	%
Sintomas		
Sí	28	37,8
No	46	62,2
Colposcopia		
Satisfactoria	68	91,9
No satisfactoria	6	8,1
Tratamiento		
Solo cono Leep	64	86,4
Cono y curetaje endocervical	2	2,7
Cono y ampliación de canal	7	9,5
Cono y ampliación de labios	1	1,4
Recurrencia		
Sí	13	17,6
No	61	82,4
Tiempo hasta recurrencia (meses)		
Promedio ± DE / rango	26,77 ± 13,35 / [9 - 50]	
Tiempo hasta recurrencia (meses)		
[6 - 12]	6	46,2
[13 - 24]	6	46,2
> 24	1	7,6

eran de Lima y procedían de distritos con deficiencia en los programas nacionales de detección oportuna de cáncer cervical<sup>(8)</sup>.

Las pacientes presentaron inicio de relaciones sexuales a la edad promedio de 18,6 años, siendo la menor de estas de 12 años y 78,8% antes de los 20 años, datos que concuerdan con lo referido en diferentes estudios, lo cual puede actuar como factor de riesgo en la presencia de lesiones premalignas

Tabla 4. Relación entre el resultado del cono Leep y el tipo de recurrencia.

Resultado del cono Leep	Tipo de recurrencia			Total
	NIC I	NIC II	NIC III	
NIC I	2	3	0	5
NIC II	1	2	1	4
NIC III	1	1	1	3
Cervicitis crónica	0	1	0	1
Total	4	7	2	13

Tabla 3. Análisis de las pacientes con recurrencia.

Paciente	Diagnóstico prequirúrgico	Tipo de recurrencia
1	NIC I persistente	NIC II
2	NIC I persistente	NIC II
3	NIC II	NIC II
4	NIC II	NIC I
5	NIC III	NIC I
6	NIC III	NIC III
7	NIC III	NIC II
8	NIC III	NIC II
9	NIC III	NIC I
10	NIC II	NIC II
11	NIC II	NIC I
12*	NIC II	NIC III
13	NIC II	NIC II

\* Paciente infectada con VIH

nas y posteriormente de cáncer cervicouterino, ya que a menor edad más inmaduro es el epitelio cervical y se expone a la infección de diversos agentes<sup>(8,9)</sup>.

A mayor número de parejas sexuales y mayor número de partos, mayor probabilidad de lesiones intraepiteliales<sup>(10)</sup>; estos datos no coinciden con nuestros resultados, ya que la mayoría de pacientes tuvo una sola pareja sexual y un solo parto. Al evaluar la presencia de síntomas inespecíficos, encontramos que la mayoría no presentó síntomas, lo que concuerda con lo que describe la literatura<sup>(4,7)</sup>.

En relación a la recurrencia, 92,4% de las pacientes la tuvieron antes de los 2 años, lo que concuerda con la literatura<sup>(10)</sup>. Esto implica un se-

guimiento estricto los primeros 24 meses. Se encuentra en nuestro trabajo que varias de las características relacionadas con la recurrencia coincide con lo descrito en la literatura, como por ejemplo la edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y la recurrencia a lesiones de grado alto<sup>(11,12)</sup>. Por el contrario, se encontró recurrencia en pacientes que habían tenido menos de 2 partos; solo una paciente recurrió de las 6 infectadas con VIH, lo cual difiere con la literatura<sup>(11)</sup>. Además, solo 7,7% de las pacientes con colposcopia no satisfactoria y 15,4% con extensión glandular, presentaron recurrencia, lo que nos parece un hallazgo interesante de mencionar.

Los resultados obtenidos con el cono Leep fueron satisfactorios, ya que el total de pacientes estudiadas al momento del último control se encontraba sana, lo que concuerda con la literatura, en la que se describe curación en pacientes hysterectomizadas post cono Leep, incluso con márgenes positivos<sup>(6,12)</sup>.

En conclusión, el porcentaje de pacientes con recurrencia tratadas con



Tabla 5. Relación entre recurrencia, antecedentes personales, y características clínicas y anatomopatológicas.

	Con recurrencia (n = 13)	Sin recurrencia (n = 61)
Edad al momento del cono (años)		
Promedio ± DE	27,9 ± 7,1	35,1 ± 8,1
Edad de primera relación sexual		
Promedio ± DE	18,7 ± 2,6	18,5 ± 3,3
Número de parejas sexuales		
Promedio ± DE	3,1 ± 2,3	2,5 ± 1,8
Número de partos		
Promedio ± DE	1,2 ± 1,4	1,9 ± 1,7
Infección por VIH		
Si	1 (7,7%)	4 (7,3%)
Síntomas		
Si	4 (30,8%)	24 (39,3%)
Colposcopia		
No satisfactoria	1 (7,7%)	5 (8,2%)
Extensión glandular		
Si	2 (15,4%)	9 (14,8%)

cono Leep fue 17,6%, siendo en la estadística mundial de 2 a 10%. Es importante mencionar que la mayoría recurrió alrededor de los 2 años, siendo esta recurrencia con lesiones de grado alto. Las pacientes tuvieron una edad promedio de 27,9 años, iniciaron relaciones sexuales tempranas y tuvieron más de 3 parejas sexuales. Estos factores deben ser tomados en cuenta para el seguimiento de las pacientes, puesto que están implicadas en el mayor número de recurrencias. Se confirmó que el cono Leep es un método adecuado para tratar las lesiones premalignas del cuello uterino, por su costo bajo y menor riesgo de complicaciones.

Como recomendación, se sugiere reparar el equipo de electrocirugía, por ser un hospital de IV nivel, mejorar el llenado de las historias clínicas para evitar perder datos importantes de las pacientes, tipificar el virus papiloma humano, mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia para evitar

el porcentaje de pacientes perdidas, mejorar el reporte de resultados de anatomía patológica en relación a la profundidad y extensión de los cortes, mejorar el sistema de salud preventiva en los centros médicos de las poblaciones necesitadas para promocionar la toma del Papanicolaou y, por último, la realización de un trabajo prospectivo, con la finalidad de efectuar un análisis estadístico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Artículos de Interés: Cáncer de cérvix y papiloma virus humano (PVH). URL disponible en: <http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=79> (Fecha de acceso: 18 de febrero de 2010).
2. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. URL disponible en: [www.uicc-community.org/templates/.../RE%20PLAN%20PERU.doc](http://www.uicc-community.org/templates/.../RE%20PLAN%20PERU.doc) (Fecha de acceso: 18 de febrero de 2010).
3. Cieza J, Cueva F, Uchiyama E, Linares

V. Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1997;43(2):107-9.

4. Saslow D, Runiwicz C, Solomon D. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(6):342-62.
5. Corkill M, Knapp D. Improved accuracy for cervical cytology with the ThinPrep method and the endocervical brush-spatula collection procedures. *Journal of lower genital tract disease* 1998;2:12-16.
6. Cabrera J, Villanueva J, Correa L, Landeros J, Navarrete J, Silva I y col. Uso del asa electroquirúrgica en neoplasia preclínicas del cérvix quienes, ¿cuántas y por qué necesitaron un segundo tratamiento? *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67(6):461-6.
7. Berek SJ, Hacker FN. *Ginecología Oncológica Práctica*. Cuarta ed. México. McGraw-Hill Interamericana. 2006:265-336.
8. Alonso P, Lozano E, Hernandez M. *Cáncer cervicouterino*. Tercera ed. México DF. Editorial Panamericana. 2006:1-45.
9. Zur Hausen H. Papillomaviruses in human cancer. *Cancer*. 1987;59:1692-6.
10. Gonzalez DI Jr, Zahn CM, Retzliff MG, Moore WF, Kost ER, Snyder RR. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;180(2):276-82.
11. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, Fedele L, Franceschi S, Gallotta L. Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer*. 1992;69:2276-82.
12. Cabrera J, Villanueva J, Heredia F, Correa L, Landeros J, Navarrete J y col. Escisión de la zona de transformación en lesiones de cérvix: análisis de 1141 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008;73(5):308-12.