



Digital
Dinamic
Sistem S.A

Departamento de apoyo al usuario

Conización cervical con LEEP. Nueva técnica con el uso de un asa de diseño propio

Dres R Elizalde; V Menzaghi; R Angiello

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La histerectomía fue durante muchos años el procedimiento quirúrgico de elección para el carcinoma "in situ" del cervix uterino.

Desde que Miller y Todd¹ en 1938 introducen la conización como medio terapéutico para las lesiones benignas y malignas han sido innumerables las técnicas y medios desarrollados en lograr la exéresis del cuello uterino.

Todos estos métodos de tratamiento han puesto en evidencia la posibilidad de obtener resultados comparables a la cirugía cruenta con la ventaja específica de la conservación anatómica y funcional del órgano en forma casi integral².

Según estos modernos conceptos de radicalidad en oncología se define como tratamiento ideal a la modalidad terapéutica que permite la extirpación selectiva del área de tejido neoplásico con el máximo respeto de tejido sano circundante, teniendo en cuenta las modalidades de difusión y extensión microscópica de la enfermedad.

La premisa indispensable para la correcta selección de las pacientes candidatas al tratamiento conservador consiste en un acabado conocimiento de la extensión en superficie y profundidad de la lesión^{3 4}.

La conización cervical es un método diagnóstico y terapéutico, empleado en aquellos casos de neoplasia intraepitelial de alto grado, ya que permite determinar en forma fidedigna la extensión real de la enfermedad, y si es necesario, establecer una segunda línea de tratamiento o en su defecto realizar un seguimiento estricto.

Un cono adecuado debe comprender un volumen de tejido

¹ DiSaia P.; Creasman W.; Tratado de Ginecología Oncológica; pág. 9 a pág. 42. 3°. edición Edit. Panamericana

² Elizalde y col.: Bases para el planeamiento estratégico en Patología Cervical, Jornadas Médico Hospitalarias Htal. Pirovano 1989.

³ Angiello y col.: Persistencia Tumoral luego de la conización cervical por CIN 3, Jornadas Médico Hospitalarias Htal. Pirovano 1990. Mc. Kelvey J.; Carcinoma in situ of the cervix: a general consideration. Singleton W.; Rattledge F.: To cone or not to cone? The cervix. Obstet. and Gynecol. 31, 430.1988.

⁴ Elizalde y col.: La conización en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Jornadas med. hosp. Htal. Pirovano 1990.

suficiente para la correcta valoración del epitelio escamoso, de la unión escamocilíndrica y del epitelio columnar endocervical^{3 5}

No es el objetivo de esta presentación el análisis de las indicaciones de la conización cervical uterina, sino, la intención perseguida es presentar una nueva técnica quirúrgica desarrollada con el uso del LEEP bajo la utilización de un asa de diseño propio con la que se puede efectuar una exéresis rápida, segura, con una mejor relación costo/beneficio y que preserve todas las bondades de la cirugía clásica.

MATERIAL Y METODOS EMPLEADOS

En el presente estudio se incluyen siete pacientes a quienes se les diagnosticó SIL de alto grado, y posteriormente se realizó conización cervical uterina con LEEP mediante el uso de un asa de diseño propio y el desarrollo de una nueva técnica quirúrgica.

Dicho procedimiento se efectuó en el servicio de tocoginecología de la Clínica Privada Santa Ana, en el periodo comprendido desde junio de 1994 hasta marzo de 1996.

En todas las Pacientes se utilizaron nuestras normas habituales de diagnóstico: citología – coloscopia - biopsia.

Se analizó cuidadosamente cada paciente para incluirla en un plan quirúrgico acorde a nuestros protocolos, respetando edad de la paciente y deseos de fertilidad de la misma; se consideró también el resultado del raspado endocervical, tipo histológico y endocervicoscopia para precisar el límite del vértice endocervical, como "alto" o como "bajo".

Se utilizó como equipo de radiofrecuencia el provisto por la marca MINICOMP.

Con tres modalidades de corte:

1. Corte "Puro" (10% de hemostasia y 90% de corte)
2. Blend 1 (50 % de hemostasia y 50% de corte)
3. Blend 2 (70 % de hemostasia y 30% de corte)

⁵ De Palo G, Tratado de Colposcopia y patología del tracto genital inferior, pag 235-275 Edit Panamericana Jones H.; Buller R The treatment of cervical intraepithelial neoplasia by cone biopsy. Am J. Obsstet Gynecol 137:882 1980



Figura 1

Coagulación monopolar pura, con opción bipolar (no fue utilizada).

Sistema de aspiración de humo que opera en forma automática comandado por el radiobisturi. La unidad dispone de activación por mango activo y pedalera monopolar doble, para esta técnica solamente se utilizó pedalera.

En la técnica desarrollada empleamos el equipo en la modalidad Blend 1 con selector de potencia en 8.

Con el fin de evaluar correctamente los alcances de la técnica empleada, como así el valor del método utilizado, se definió como cono suficiente, a aquel que tuviera un margen de resección libre de enfermedad mayor a 5mm., sin considerar el área de radionecrosis producida por el corte de radiofrecuencia.

Se trató al espécimen quirúrgico según las normas habituales para el estudio histopatológico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Localización: exa o endocervical absolutamente identificable.
2. Tamaño: que no excediese el límite exocervical que establece el mayor eje vertical de las asas (eje limitante de base).
3. Número: la cantidad de lesiones no fue considerada de valor para contraindicar el uso del LEEP.
4. Histología: solo se efectuó conización en las pacientes que presentaron SIL de alto grado.
5. Disponibilidad de la tecnología: se estableció de la obligación de la disposición de la totalidad del material tecnológico requerido.
6. Características de la paciente: se excluyeron las enfermas que por razones anatómicas dificultaran la realización del método y con ello posterior evaluación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Transitorios:
 - a. Embarazo
 - b. Infección cervicovaginal
 - c. Enfermedad pélvica inflamatoria

- d. Portadora DIU
- e. Alteraciones de laboratorio.

2. Absolutas:

- a. Cáncer
- b. Insuficiente evaluación exo y endocervical
- c. Marcapaso

Situaciones consideradas desfavorables para el empleo de LEEP

1. Lesión que se extiende mas allá del cervix
2. Cuello con múltiples desgarros y/o sinequias

TÉCNICA QUIRURGICA

Se describe a continuación la técnica que hemos desarrollado para la realización de la conización del cervix uterino con el uso del LEEP con las asas de diseño propio.

Paciente en "condiciones clínicas": se incluyeron las pacientes según los criterios establecidos anteriormente. La evaluación preoperatoria consistió en:

1. Rutina de laboratorio
2. Riesgo cardiológico para la cirugía
3. Rx. de tórax
4. Estudio cervical colpocitohistológico confiable

Oportunidad: en las mujeres en madurez sexual en el postmenstruo inmediato, para que la cicatrización se produzca antes de la próxima menstruación. En las mujeres postmenopausicas en cualquier momento.

TIEMPOS QUIRURGICOS

1. posición ginecológica
2. anestesia
3. antisepsia
4. evaluación colposcópica de la lesión
5. fijación cervical
6. cervicometria y dilatación del canal
7. elección del asa "adecuada"
8. introducción del asa en un solo tiempo
9. rotación del asa en dos tiempos
10. control de la hemostasia

PRIMER TIEMPO

Posición ginecológica: se coloca a la paciente en posición ginecológica.

SEGUNDO TIEMPO

Anestesia: todas las enfermas fueron intervenidas en quirófano y bajo anestesia general y/o peridural, con técnicas habituales.

TERCER TIEMPO

Antisepsia: se realiza antisepsia de la región vulvovagino-perineal con solución iodo povidona. Una vez efectuada la misma se introduce un espejito de material descartable exponiendo el cuello uterino en toda su magnitud.

CUARTO TIEMPO

Evaluación colposcópica de la lesión: una vez realizados los tiempos anteriores se efectúa en quirófano una reevaluación colposcópica de la lesión a fin de establecer correctamente los aspectos de la misma mencionados anteriormente y así elegir el asa adecuada y el sitio por el cual se deberá ingresar en el miocervix.

QUINTO TIEMPO

Fijación cervical: El cervix es fijado y traccionado hacia el introito vaginal. Este procedimiento se realiza desde las horas tres y nueve a un centímetro de la lesión, a fin que la presentación sea simétrica. Se puede efectuar de dos maneras, con pinza erina descartable (evitando la conductibilidad de las pinzas tradicionales) o mediante dos puntos tractoros.

SEXTO TIEMPO

Cervicometría y dilatación del canal endocervical: se efectúa la medición del canal endocervical a fin de conocer la longitud que deberá tener el eje horizontal del asa (tutor endocervical) conocida esta se correlaciona y se limita la misma con el limitador de profundidad endocervical. La correcta dilatación del canal permitirá una fácil y segura introducción del asa en el momento del corte, como así una fácil y segura introducción del asa en el momento del corte, como así una mínima pero importante libertad en la movilización al efectuar la incisión circular.

SÉPTIMO TIEMPO

Elección del asa adecuada: La elección del asa depende de las características de la lesión cervical, debiendo observarse que la incisión pase por tejido sano a no menos de 5mm. de esta.

OCTAVO TIEMPO

Introducción del asa en un tiempo: elegida la "hora" por donde ingresará el asa (en lo posible alejada de la lesión y refiriendo exactamente la misma) se apoya en el orificio cervical externo y se la introduce con una única maniobra que debe ser firme y sostenida.

NOVENO TIEMPO

Rotación del asa en dos tiempos: completada la maniobra anterior se precede a rotar el asa en sentido horario en dos hemicírculos de forma firme y sostenida.

DÉCIMO TIEMPO

Control de la hemostasia: si bien el equipo permite que se produzca una mínima coagulación en el tiempo de corte, el sangrado puede controlarse con el uso del modo coagulación pura. Por último se deja una gasa embebida en solución de Monsel (ácido metacresil sulfónico con metanol).

Aspectos secundarios

Suele ser de importancia recordar algunos aspectos que si bien no son de gran trascendencia facilitan la realización de la técnica.

1. elección de la paciente adecuada
2. ambiente quirúrgico apto
3. cirujano entrenado
4. colposcopio con distancia focal de 300mm.
5. equipo LEEP completo
6. humidificación cervical
7. no utilizar sustancias inflamables

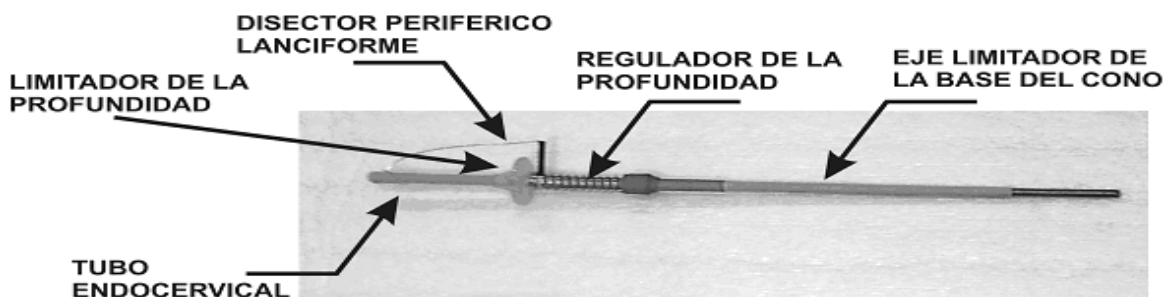


Figura 2

GRÁFICO DEL ASA DISEÑADO

Ver Figura 2

Eje limitador de la base del cono: el eje vertical del asa será el límite externo o periférico del cono. Si la lesión es exocervical es de suma importancia elegir un asa con un eje que no solo incluya la lesión sino que además pase por tejido sano.

Regulador de profundidad: el resorte permite con su rotación seleccionar adecuadamente la profundidad de exéresis del canal endocervical (cono bajo o alto).

Limitador de profundidad: limita la introducción del tutor endocervical.

Tutor endocervical: el eje horizontal o tutor endocervical da apoyo al área de resección.

Disector periférico lanciforme: monofilamento de material con alto contenido de tungsteno lo cual permite conservar la forma aun a altas temperaturas, sumado al efecto de la radiofrecuencia, otorga el beneficio secundario de cortar por vaporización logrando un daño terminal promedio de 300 a 400 micrones con buena hemostasia. Determina el área de corte el miocervix.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

Las indicaciones realizadas se resumen en:

1. **antibioticoterapia intra y postoperatoria inmediata durante 48. hs.**
2. **analgésicos.**
3. **internación de la paciente por 24 hs.**
4. **reposos domiciliarios por una semana.**
5. **abstinencia sexual par treinta días**

SEGUIMIENTO

Se normalizó el mismo de la siguiente manera:

1. control postoperatorio en siete días.
2. control colposcópico a los treinta días
3. control periódico según las normas para la patología.

RESULTADOS

En las siete pacientes incluidas en este estudio, con el fin de evaluar el método empleado y la técnica desarrollada se consideraron los siguientes parámetros:

- 1- Examen anatomopatológico: el estudio de la pieza operatoria consistió en ratificación o rectificación de la

patología que motivó la indicación del cono. Se evaluó con singular atención el daño producido en el área de corte, cabiendo destacar que en ninguno de los pasos tratados la lectura histológica presentó dificultad en su interpretación o rectificación de la patología que motivó la indicación del cono. Se evaluó con singular atención el daño producido en el área de corte, cabiendo destacar que en ninguno de los pasos tratados la lectura histológica presentó dificultad en su interpretación.

- 2- Evaluación de la técnica: con el fin de evaluar la técnica desarrollada se consideraron los siguientes parámetros:

1. **margen de tejido sano**
2. **tiempo quirúrgico**
3. **relación costo/beneficio**
4. **complicaciones.**

Margen de tejido sano: en todos los conos realizados el margen obtenido fue considerado suficiente (5mm o más)

Tiempo quirúrgico: el tiempo promedio de realización de la conización con esta técnica fue de un (1) minuto. Si se considera el tiempo que lleva efectuar la hemostasia, este se extendió a cinco (5) minutos.

Relación costo/beneficio: esta técnica requiere escaso material quirúrgico y bajo tiempo de internación.

Complicaciones: dado el escaso número de conos realizados a la fecha no se puede precisar con exactitud científica la real incidencia de las mismas.

Se las agrupó en **tempranas** y **tardías**

Tempranas	Tardías
<ul style="list-style-type: none"> • hemorragias: de escasa cantidad y que fueron cohibidas sin inconvenientes. • infecciones: no se observaron. 	<p>No hemos podido precisar ninguna de las complicaciones conocidas. (estenosis cervical, hematometra, piometra, esterilidad, aborto habitual por incompetencia del orificio cervical interno y hemorragias alejadas).</p>

CONCLUSIONES

La eficacia terapéutica de la conización cervical no ha sido universalmente aceptada¹. Varios investigadores han descubierto un alto índice de enfermedad residual en las muestras de histerectomías obtenidas de pacientes previamente conizadas.

Diferente aceptación se observa cuando se lo considera desde el punto de vista diagnóstico, donde no se cuestiona su valor.

Como mencionamos, este trabajo no apuntó a la confirmación o rectificación de dichas aseveraciones, sino por el contrario, nuestro objetivo se centró en la evaluación de una nueva técnica quirúrgica bajo el uso del LEEP con el uso de un asa de diseño propio, para la exéresis del cervix uterino.

La conización es, según su definición histórica, una intervención simple, exenta de peligros, con una cuota baja de complicaciones precoces, una intervención con cicatrización rápida, que conserva íntegra la capacidad reproductiva de la mujer. La complicación más común de la conización quirúrgica es la hemorragia que se produce durante la intervención, en el curso postoperatorio inmediato o en el octavo día del postoperatorio⁶.

Dadas las escasas y siempre controlables complicaciones registradas como así la inobservancia de lesiones que dificultaran la lectura histológica, que el margen libre de enfermedad siempre fue suficiente, sumado a esto la excelente relación costo/beneficio; consideramos, a pesar del bajo número de casos tratados, que esta técnica permite realizar una exéresis rápida, segura, efectiva, que preserve todas las bondades de la cirugía clásica.