

Tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix con asa de diatermia

Evaluación de los distintos métodos diagnósticos

Gloria Tena
Tania Palou¹
Marta Palau
Eva Huguet
Carmen González

Servicio de
Ginecología Hospital
de Viladecans
¹Servicio de
Ginecología Hospital
Sant Joan de Deu
de Martorell

Resumen

En este estudio se analiza el tratamiento efectuado en 260 casos de lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix (SIL) con asa de diatermia. Se analiza la concordancia diagnóstica entre citología, colposcopia, biopsia dirigida y el resultado posterior de la pieza quirúrgica obtenida con asa de diatermia. Se practicó una exéresis de la zona de transformación (LLETZ) para las lesiones de bajo grado (LSIL) que persistieron durante seis meses o más y una conización para las lesiones de alto grado (HSIL).

El periodo revisado abarca desde enero de 1993 hasta marzo de 2001. Los casos proceden de la consulta de colposcopia del hospital de Viladecans, con un área de influencia de 150.000 habitantes aproximadamente.

La colposcopia visualizó una zona de transformación atípica en el 90,77% de los casos.

La concordancia entre la biopsia dirigida y el diagnóstico histológico definitivo fue del 74,07% para las SIL de bajo grado y del 86,46% para las SIL de alto grado.

Tras un seguimiento global al 76,15% de las pacientes durante un año el 80% siguen libres de lesión.

El tratamiento con asa de diatermia de las lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix es un buen procedimiento terapéutico.

Palabras clave: Asa de diatermia. SIL. Concordancia diagnóstica.

Summary

This study analyses the treatment performed in 260 cases of cervical squamous intraepithelial lesions (SIL) with large loop diathermy. It analyses the diagnostic agreement between cytology, colposcopy, colposcopically directed punch biopsy and the pathological specimens obtained with large loop diathermy. The treatment was a large loop excision of the transformation zone (LLETZ) when the diagnosis was low grade SIL persistent during six months and an electro surgical loop conization when the diagnosis was high grade SIL. The procedures were performed between January 1993 and March 2001.

Colposcopy revealed atypical transformation zones in 90.77% cases. Agreement between colposcopically directed punch biopsy and the pathological specimens obtained with large loop diathermy was 74.07% for the

low grade SIL and 86.46% for the high grade SIL. 76.15% of the patients were controlled during one year at the end of this period, 80% were free of lesion.

The use of large loop diathermy as a treatment for cervical squamous intraepithelial lesions is a good procedure.

Key words: Large loop diathermy. SIL. Diagnostic agreement.

Introducción

La citología es, en nuestro entorno, el mejor test de cribaje y el más utilizado para la detección de las lesiones precancerosas y del cáncer del cérvix uterino^{1,2}. Actualmente se sabe que la infección por el virus del papiloma humano (HPV) tiene un papel importante en la patogenia de esta patología^{1,2}, representando uno de los problemas más frecuentes de la consulta ginecológica en nuestro medio^{1,3}.

La biopsia dirigida por colposcopia permite confirmar el diagnóstico antes de efectuar el tratamiento definitivo; evitando así infra o sobre tratar algunos casos^{4,5}.

Para el tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix se utilizan diferentes técnicas que básicamente se pueden agrupar en: *excisionales* (permiten el análisis anatomopatológico de la pieza) y *destructivas* (destruyen el tejido)^{2,5}.

En este estudio se evalúa el uso del asa de diatermia como tratamiento de las lesiones cervicales, analizando la concordancia diagnóstica entre la citología, la colposcopia y la pequeña biopsia dirigida.

Material y método

Los casos del estudio proceden de la consulta de colposcopia del Hospital de Viladecans. En esta con-

Correspondencia:
Gloria Tena
Hospital de Viladecans
Servicio de Ginecología
Avda. Gavà 38
08840 Viladecans
(Barcelona)

sulta se recibe a las pacientes con anomalías citológicas procedentes principalmente de las áreas básicas de salud (Viladecans, Gavá y Castelldefels, con un área de influencia de 150.000 habitantes aproximadamente) de las que el hospital es centro de referencia⁶.

La frecuencia con que se realizan las citologías esta marcada por la aplicación del protocolo realizado por expertos de la Generalitat de Catalunya, publicado en el "Plà de Salut de Catalunya. 1993-1995". Las citologías de cribaje poblacional (sin otros factores de riesgo) se practican cada tres años, después de dos citologías previas consecutivas anuales normales, en las mujeres de 20 a 34 años, y cada cinco años en las mujeres de 35 a 64 años.

El grupo de estudio está constituido por 260 casos a los que se les ha practicado una intervención cervical con asa diatérmica entre enero de 1993 y marzo de 2001. La intervención ha consistido en una exéresis de la zona de transformación (LLETZ) cuando el diagnóstico por pequeña biopsia era de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL) persistente durante 6 meses o más. Se practicó una conización, también con asa diatérmica, en el primer momento del diagnóstico de lesión de alto grado (HSIL).

El orden de obtención de la muestra para la citología fue: primero la toma exocervical y de fondo vaginal con espátula de Ayre y por último la toma endocervical con "citobrush", fijándose en un único portaobjetos las tres muestras.

A todas las pacientes se les practicó colposcopia. Para realizarla se aplicó ácido acético al 3% y posteriormente el test de Schiller. Cuando se observó una zona de transformación atípica, se tomó muestra de biopsia dirigida colposcópica. Se legró el endocervix sólo si la unión escamo-cilíndrica no era visible en su totalidad.

Los hallazgos colposcópicos se informaron según la clasificación de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia².

La nomenclatura utilizada para el diagnóstico citológico y anatomopatológico fue la del sistema Bethesda².

La lectura de las muestras, tanto de citología como de histología, se realizó en el servicio de anatomía patológica de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge.

Quedaron excluidas del estudio las pacientes en las que no se completó el tratamiento en el periodo re-

ferido. No se han excluido los casos en los que no se confirmó la presencia de una lesión escamosa intraepitelial en la pieza quirúrgica.

El 100% de las pacientes fueron intervenidas en la unidad de cirugía sin ingreso del Hospital de Viladecans. En el mismo periodo de tiempo sólo nueve pacientes fueron intervenidas de estos procedimientos en cirugía con ingreso (tasa de conversión 96,5%). Se trataba de pacientes que no cumplían los requisitos de la Sociedad Americana de Anestesiología para ser incluidas en un programa ambulatorio (ASA I o II o ASA III y IV compensados) o bien a las que se les realizó simultáneamente otro procedimiento.

Se analiza la edad de las pacientes, el hábito tabáquico, el método contraceptivo utilizado en el momento de la intervención y se comparan los resultados de la colposcopia, la citología y la pequeña biopsia con el resultado anatomopatológico definitivo.

Se analizaron los datos obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS para Windows. Se realizó estadística descriptiva de las variables y análisis de concordancia de los distintos métodos de cribaje diagnóstico.

Resultados

La edad media de las pacientes fue de 37,8 (rango 18-69, DE=10,7). La paridad media fue de 1,6 (rango 0-8, DE= 1,3). Había 62 pacientes (24,5%) que eran nulíparas y 33 pacientes (12,7%) eran postmenopáusicas en el momento de la intervención quirúrgica.

No fumaban 93 pacientes (35,7%); en 44 (17%) se desconocía el hábito tabáquico, y 123 (47,3%) era fumadoras con una media de 18 cigarrillos diarios (DE=8,7)

En 39 casos (15%) no se conocía el método anti-conceptivo utilizado. No utilizaban ningún método anticonceptivo 50 pacientes (19,2%). Los métodos más utilizados eran anticonceptivos orales (22,3%) y los métodos definitivos (18,5%).

En la Tabla 1 se detalla el método contraceptivo que utilizaban las pacientes en el momento del diagnóstico.

La Citología se repitió siempre en el momento de realizar cada colposcopia. Los resultados de las citologías previas a la intervención quirúrgica, realizadas en nuestro hospital, se muestran en la Tabla 2.

La Tabla 3 muestra la correlación entre la citología y la anatomía patológica de la pieza quirúrgica. La citología fue informada como normal en 83 casos (31,9%), como LSIL en 54 casos (20,77%), como HSIL en 93 casos (35,8%), como ASCUS en 24 casos (9,23%) y como cáncer en 3 casos (1,15%). La citología coincidió con la anatomía patológica en el 19,6% (26/135) para las lesiones de bajo grado y en el 64,6% (62/96) para las lesiones de alto grado. La citología infravaloró el diagnóstico en el 51,1% para las lesiones de bajo grado y en un 28,1% en las lesiones de alto grado.

La colposcopia fue valorable en 256 pacientes (98,46%), mostrando una zona de transformación atípica en el 90,77% de los casos. En la Tabla 4 se resumen los resultados de la colposcopia .

Se observaron cambios morfológicos compatibles con infección por el virus del papiloma humano (HPV) en 150 casos (57,7%). El 41,54 % de los HSIL diagnosticados por pequeña biopsia mostraron dichos cambios compatibles con infección por HPV, frente al 78,69% de los LSIL. La pieza quirúrgica mostró estos cambios compatibles con HPV en el 50,5 % de los HSIL y en 72,18% de los LSIL (Figura 1).

En las Tablas 5 y 6 se muestra la correlación de la colposcopia con la histología de la pequeña biopsia y de la pieza quirúrgica, respectivamente.

No se realizó biopsia en cuatro pacientes posteriormente intervenidas. La colposcopia no evidenciaba lesión en 20 casos en los que a posteriori se confirmó lesión en la pieza quirúrgica. En la Tabla 6 se observa que de estos 20 casos, 11 eran lesiones de bajo grado y una era un cáncer invasor en una colposcopia "normal" de una paciente con dos intervenciones previas con láser sobre cérvix, donde probablemente la unión escamo-cilíndrica no era visible, tratándose de un cáncer endocervical.

La Tabla 7 muestra la concordancia entre la pequeña biopsia y el diagnóstico histológico de la pieza quirúrgica. El porcentaje de casos que muestran concordancia diagnóstica fue 88,3% para las lesiones de alto grado y del 74,2% para las lesiones de bajo grado. En 24 casos (9,2%) no se halló lesión en la pieza quirúrgica cuando previamente se habían diagnosticado 13 lesiones de alto grado y 10 lesiones de bajo grado en la pequeña biopsia.

Los márgenes de la pieza quirúrgica fueron normales en 169 casos (65%), no valorables por artefactos

AO	58	22,3%
DIU	23	8,9%
Preser	36	13,8%
LT/V	48	18,5%
Otros	4	1,5%
Ninguno	50	19,2%
Gestantes	2	0,8%
No consta	39	15,00%
Total	221	100,00%

AO: Anovuladores orales. DIU: Dispositivo intrauterino. PRESER: Preservativo. LT/V: Ligadura de trompas /Vasectomía. OTROS: Ogino, Coitus interruptus.

Tabla 1. Método contraceptivo utilizado

Normal	83	31,92%
ASCUS	24	9,23%
AGUS	1	0,38%
HSIL	93	35,77%
LSIL	54	20,77%
CA <i>in situ</i>	1	0,38%
Cancer	2	0,77%
No practicada	2	0,77%
Total	260	

ASCUS: atipias de células escamosas. AGUS: atipias de células glandulares. HSIL: lesión intraepitelial escamosa de alto grado. LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

Tabla 2. Resultados de las citologías previas a la intervención quirúrgica

Citología	AP pieza quirúrgica				Normal	Total
	HSIL	LSIL	Cancer			
HSIL	62	20	3		8	93
LSIL	20	26	0		8	54
Cáncer	0	0	2		0	2
CA <i>in situ</i>	1	0	0		0	1
Normal	7	69	0		7	83
ASCUS	5	18	0		1	24
AGUS	1	0	0		0	1
No Practicada	0	2	0		0	2
Total	96	135	5		24	260

ASCUS: atipias de células escamosas. AGUS: atipias de células glandulares. HSIL: lesión intraepitelial escamosa de alto grado. LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

Tabla 3. Correspondencia entre los resultados de la citología y de la histología de la pieza quirúrgica

to en 44 casos (16,9%) y afectados por lesión en 47 casos (18,1%). Aunque los márgenes de la pieza quirúrgica estaban afectados en 47 casos; tan solo 5 de las 14 reintervenciones sobre cérvix uterino realizadas por persistencia de lesión, presentaban los márgenes afectados en la primera intervención.

De estas 14 reintervenciones sobre cérvix, 8 fueron realizadas dentro del primer año tras la primera intervención, en las 6 restantes habían transcurrido 2 años o más.

En el periodo de tiempo estudiado se han perdido 46 pacientes (17,7%). Se han diagnosticado cinco cánceres invasivos (1,92%). Se han realizado 5 histerectomías por persistencia de lesión y 14 nuevas reintervenciones sobre el cérvix por persistencia de lesión. No han sido evaluadas al año 16 pacientes por no haber transcurrido aún dicho periodo de tiempo. Se ha realizado un seguimiento global a un 76,15% (198 pacientes) durante un año, permaneciendo el 80% (158 pacientes) libres de lesión.

Figura 1. Presencia o no de cambios morfológicos compatibles con infección del virus del papiloma humano (HPV) según diagnóstico histológico

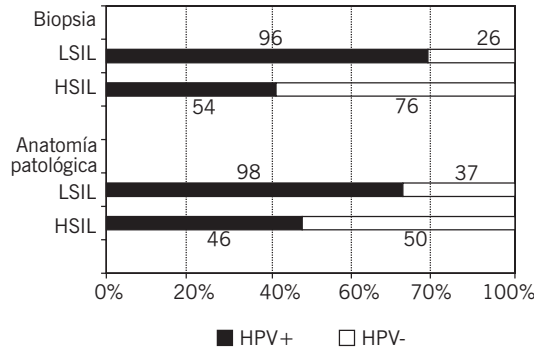


Tabla 4. Resultados de la colposcopia

ZTA	46	17,69%
ZTA Mosaico	43	16,54%
ZTA Acidófilo	29	11,15%
ZTA Base	37	14,23%
ZTA mixta	2	0,77%
ZIN	62	23,85%
Vasos atípicos	11	4,23%
Leucoplasia	6	2,31%
Normal	20	7,69%
NC	1	0,38%
No satisf	3	1,15%
Total	260	

ZTA: zona de transformación atípica, ZIN: zona yodo negativa, NC: no consta, NO SATISF: colposcopia no decisoria

Tabla 5. Correlación de los resultados de la colposcopia con la histología de la biopsia

Colposcopia	Biopsia		Cancer	Normal	No pract	Total
	HSIL	LSIL				
ZTA	30	13	1	1	1	46 (17,7%)
ZIN	23	39	0	0	0	62 (23,9%)
ZTA M	23	20	0	0	0	43 (16,5%)
ZTA A	15	13	0	0	1	29 (11,2%)
ZTA B	15	22	0	0	0	37 (14,2%)
ZTA mixtas	2	0	0	0	0	2 (0,8%)
ZTA L	6	0	0	0	0	6 (2,3%)
ZTA V	9	2	0	0	0	11 (4,2%)
Normal	6	11	0	2	1	20 (7,7%)
No consta	0	0	0	0	1	1 (0,4%)
No satisfactoria	1	2	0	0	0	3 (1,2%)
Total	130	122	1	3	4	260

ZTA: zona de transformación atípica, ZIN: zona yodo negativa, NC: no consta, NO SATISF: colposcopia no decisoria

Discusión

Las citologías realizadas el mismo día de la biopsia colposcópica han sido falsamente negativas en el 51,1% para las lesiones de bajo grado y en el 7,3% para las lesiones de alto grado; no sabemos si este hecho puede ser explicado por la aplicación de ácido acético antes de la toma o por las limitaciones de la propia técnica (tasa de falsos negativos entre el 8 y el 50%)⁷.

Respecto a la baja correlación entre la citología y la anatomía patológica en las lesiones de bajo grado, se deben hacer los siguientes comentarios:

1. La toma de citología se realizaba después de la aplicación de ácido acético y de una primera visión colposcópica para que la posible erosión tisular provocada por la espátula y/o el "citobrush" no mermara la visión. Desconoce-

Colposcopia	AP pieza quirúrgica				Total
	HSIL	LSIL	Cáncer	Normal	
ZTA	24	15	1	6	46 (17,7%)
ZIN	19	40	0	3	62 (23,9%)
ZTA M	14	23	1	5	43 (16,5%)
ZTA A	11	15	1	2	29 (11,2%)
ZTA B	14	23	0	0	37 (14,2%)
ZTA mixtas	1	1	0	0	2 (0,8%)
ZTA L	2	1	1	2	6 (2,3%)
ZTA V	6	3	0	2	11 (4,2%)
NORMAL	4	11	1	4	20 (7,7%)
NO CONSTA	0	1	0	0	1 (0,4%)
NO SATISFACTORIA	1	2	0	0	3 (1,2%)
Total	96	135	5	24	260

ZTA: zona de transformación atípica, ZIN: zona yodo negativa, NC: no consta, NO SATISF: colposcopia no decisoria

Tabla 6.
Correlación de los resultados de la colposcopia con la histología de la pieza quirúrgica

Biopsia	AP pieza quirúrgica				Total
	HSIL	LSIL	Cáncer	Normal	
HSIL	83	31	3	13	130
LSIL	11	100	1	10	122
Cancer	0	0	1	0	1
Normal	0	3	0	0	3
No pract.	2	1	0	1	4
Total	96	135	5	24	260
% concordancia	86,46%	74,07%			

HSIL: lesión intraepitelial escamosa de alto grado. LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

Tabla 7.
Concordancia entre la pequeña biopsia y el diagnóstico histológico de la pieza quirúrgica

mos si este hecho ha podido alterar y en que medida la lectura de las muestras citológicas.

2. Todas las pacientes remitidas a la consulta de colposcopia lo eran por una citología previa alterada, leída por el mismo equipo de profesionales que realizaron las lecturas de las citologías practicadas durante la colposcopia.
3. La citología primera que motivó la derivación a una consulta específica de patología cervical no ha sido recogida para este estudio, sólo se ha considerado la citología correspondiente a la colposcopia que motivó la decisión quirúrgica, siendo esta citología la que se ha correlacionado con la anatomía patológica de la pieza.

La colposcopia ha sido muy sensible, siendo atípica en un 90,77% de los casos pero muy poco específica⁸, como muestran las Tablas 5 y 6, no hemos podido relacionar ninguna lesión colposcópica con un mayor grado de alteración en la pieza quirúrgica. Probablemente la presencia de lesiones colposcópicas mixtas está infravalorada, debido a que en algunas ocasiones en el curso clínico de la historia sólo se refleja la lesión que parece más grave o sobre la cual se toma la muestra de biopsia.

En 24 casos (9,2%) no se halló lesión en la pieza quirúrgica cuando previamente se habían diagnosticado 13 lesiones de alto grado y 10 lesiones de bajo grado en la pequeña biopsia. Este hecho puede ser explicado bien por regresión de la lesión en el tiempo transcurrido entre la realización de la biopsia y la intervención quirúrgica (que no ha sido evaluado) o bien porque la pequeña biopsia logró extirpar la totalidad de la lesión.

Los márgenes de la pieza quirúrgica han sido informados como afectados en 47 casos (18,1%); pero sólo se han reintervenido 14 pacientes por persistencia de lesión en los controles posteriores y de estas tan sólo 5 tenían los márgenes afectados en la primera intervención^{9,10}. Habría que conceder una especial atención a la afectación endocervical en el seguimiento posterior de estas pacientes¹¹.

El tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix con asa diatérmica es un buen procedimiento terapéutico, que permite un análisis histológico preciso¹².

De las 14 pacientes reintervenidas, 6 lo han sido en un periodo de tiempo igual o superior a 2 años.

Disponer de la tipaje viral del HPV permitirá averiguar si se trata de persistencia lesional o de reinfecciones.

Aunque la tasa de curación es buena, el protocolo actual obliga a realizar un gran número de colposcopias, biopsias e intervenciones a pacientes con lesiones de bajo grado, con poco potencial de progresión¹³, quizás si se excluyera la presencia de HPV de alto riesgo oncogénico en estas pacientes, se podría optar por una conducta menos intervencionista¹⁴.

Las discrepancias entre los distintos métodos diagnósticos: citología, colposcopia y biopsia dirigida, obliga de momento a basar las decisiones terapéuticas en la combinación de todos ellos^{4,5,14}. Con toda seguridad la aplicación en la práctica clínica de la determinación del DNA del virus del papiloma humano permitirá un mayor conocimiento de la etiopatogenia y comportamiento de este tipo de lesiones y probablemente introducirá cambios en el manejo, seguimiento y tratamiento de estas pacientes¹.

Agradecimientos

A la Dra. Neus Parellada por su apoyo en el tratamiento estadístico. A la Dra. Belen Lloveras y al Dr. Enric Condom. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Bellvitge.

Bibliografía

1. Larizgoitia I. Diagnòstic precoç del càncer cervical: coneixement actual sobre velles i noves tecnologies. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Oct 2001.
2. R. Barrasso, A. Guillemotonia, C. Zanardi, B. Huynh, A. Ferenczy. *Human Papiloma Virus Infection A Clinical Atlas*. Gross/Barrasso (eds) Berlin: Wiesbaden; Ullstein Mosby, 1997;147-373.
3. Atero MD, Covisa A, García E. Asa de diatermia en lesiones preneoplásicas de cérvix. Resultados y seguimiento del centro control de Salud "II Marqués del Turia" (I.V.O.). *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 1997;40:25-9.
4. Prendeville, W. Low grade SIL: To treat or not to treat. 12ª Reunión AEPCC y HPV. Clinical Workshop. Colposcopia y HPV 2000. Libro de ponencias 115-8.
5. Osório, M.T., Treatment of high grade SIL. 12ª Reunión AEPCC y HPV. Clinical Workshop. Colposcopia y HPV 200. Libro de ponencias 119-20.
6. Memòria de l'Hospital de Viladecans 1999.
7. Torné A, Puig-Tintoré LM, et al. Concordancia diagnòstica entre citología, colposcopia y pequeña biopsia dirigida en pacientes con lesiones escamosas del cérvix uterino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 1996; 39:521-9.
8. Boulanger JCh, Allier G, Gondry J. Follow-up after treatment: results and errors. 12ª Reunión AEPCC y HPV. Clinical Workshop. Colposcopia y HPV 2000. Libro de ponencias 121-123.
9. López JA, Bernabeu I, et al. 140 exéresis de lesiones de cérvix con asa de diatermia. Márgenes, tabaco y persistencia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2001;44:340-5.
10. Jakus S, Edmonds P, Dunton C, King SA. Margin status and excision of cervical intraepithelial neoplasia: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55(8):520-7.
11. González DI Jr, Zhan CM, Retzliff MG, et al. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(3):315-21.
12. Occelli B, Leroy JL. Electroconization with loop diathermy. A retrospective series of 307 cases. *Contracept Fertil Sex* 1999;27(11):767-73.
13. Joy Melnikow, James Nuovo, et al. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: A meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1998;92(4)part 2:727-35.
14. Paraskevaidis E, Kalantaridou SN, et al. Spontaneous evolution of human papillomavirus infection in the uterine cervix. *Anticancer Res* 1999;19(4C):3473-8.