

ARTÍCULO ORIGINAL

USO DE LA ELECTROCIRUGÍA EN GESTANTES PORTADORAS DE PATOLOGÍA PREMALIGNA DEL CERVIX UTERINO, 1998-2008. HOSPITAL DOCENTE GINECOBSTÉTRICO DE GUANABACOA

Dra. Santa B. Torriente Hernández¹, Dr. Orlando Valdés Álvarez², Dra. Aracelis Villarreal Martínez³, Dra. Ana M. Lugo Sanchez⁴, Dra. Josefina Martínez Murugúa⁵

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia de la electrocirugía como medio diagnóstico y de tratamiento en las lesiones premalignas de alto grado (LIE- AG) de las gestantes que acudieron a la consulta de patología de cuello del Hospital docente Ginecobstétrico de Guanabacoa en el periodo de enero 1998 a diciembre 2008. **Diseño:** estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. **Método:** Se biopsiaron 2696 casos, de ellos estaban embarazadas 60 pacientes que constituyó la muestra objeto de estudio, todas acudieron a consulta con citología anormal realizada en la atención prenatal por sospecha de lesión premaligna o maligna de cervix ;**Resultados:** el 60% de los casos se biopsió en el II trimestre, la correlación cito-colpo-histológica supero el 80%, en el 72% de los casos biopsiados los bordes de sección quirúrgicos (BSQ) fueron negativos de lesión, el parto eutócico predominó en el 76% , el índice de complicaciones fue bajo y el 72% de los casos estaba dado de alta en el momento del estudio. **Conclusiones:** La electrocirugía en la toma de biopsia facilitó un espécimen óptimo para el diagnóstico histológico de la NIC en las gestantes estudiadas. La electrocirugía como conducta terapéutica resulto posible en más del 50% de las gestantes biopsiada.

Palabras claves: Gestantes y NIC

ABSTRACT

Objective: to Determine the effectiveness of the radiocirugia like half diagnosis and of treatment in the lesions premalignas of high degree (it TIED - AG) of the pregnant that Ginecobstétrico of Guanabacoa went to the consultation of pathology of neck of the educational Hospital in the period of January 1998 to December 2008. I design: I study descriptive, traverse, retrospective. **Method:** You biopsiaron 2696 cases, of them was pregnant 60 patients that it constituted the sample study object, all they went to consultation with abnormal cytology

¹ Máster en atención integral a la mujer, Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital G-O de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

² Profesor consultante de la Facultad Dr. Miguel Enriquez, Especialista II Grado en Ginecología y obstetricia Hospital G-O de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

³ Máster en atención integral a la mujer, Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital G-O de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

⁴ Máster en atención integral a la mujer, Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital G-O de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital G-O de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

carried out in the prenatal attention by suspicion of lesion premaligna or wicked of cervix ;**Resultados:** 60% of the cases you biopsió in the II trimester, the correlation mention-colpo-histological I overcome 80%, in 72% of the cases biopsiados the surgical section borders (BSQ) they were negative of lesion, the childbirth eutócicos prevails in 76%, the index of complications was low and 72% of the cases was given of high in the moment of the study. **Conclusions:** The radiocirugia in the taking of biopsy facilitated a good specimen for the NIC'S diagnosis histológico in the studied pregnant. The radiocirugia like therapeutic behavior are possible in more than 50% of the pregnant biopsiada.

Key words: Pregnant and NIC

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CCU) es un tumor de la edad reproductiva y en los tiempos actuales tiene tendencia a presentarse en edades cada vez más temprana. Aproximadamente el 15 % del cáncer cervical y el 45 % del estadio IB ocurren en mujeres menores de 40 años. Anualmente los programas de detección más amplios han dado como resultado un descenso de la edad en que se diagnóstica el cáncer cervical y por ello lo importante de tratamiento cada vez más conservadores para preservar la fertilidad. El CCU es una de las causas de muerte más frecuentes en féminas de países en desarrollo y sus tasas de incidencia en América Latina y el Caribe es una de las más altas del mundo. ^(1, 2)

En Cuba desde 1968 existe un programa de diagnóstico precoz de cáncer cervico uterino y su propósito es elevar el nivel de salud de la población llevando a cabo acciones de prevención, promoción y protección de la mujer para disminuir la morbimortalidad por cáncer a través de un diagnóstico temprano, que permita llevar a cabo un tratamiento conservador capaz de mantener la vida y las funciones reproductivas y sexuales siempre que se posible. Gracias a estas acciones y a la conciencia que ha tomado la mujer con respecto a la detección temprana con la realización de la citología orgánica según lo establecido por el programa nacional de diagnóstico precoz de ccu (PNDPCCU) y sus visitas periódicas a su ginecólogo para exámenes medico de rutina según los diferentes programas que existen en el área de atención a la mujer estamos entre los países de América de menor tasa de morbimortalidad. Con respecto a

la gestante es real de que tienen una posibilidad 3.1 veces mayor de ser diagnosticadas en la etapa I de la enfermedad debido a los exámenes pélvicos periódicos que se realizan durante la atención prenatal.^(3, 4)

La citología cérvico vaginal sigue siendo el método diagnóstico de mayor valor para detectar neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y carcinoma en estadio precoz en grandes masas de población, por la sencillez en su realización y su alta eficacia y esta establecida su realización en las pacientes gestantes con riesgo o con síntomas y signos sugestivos de CCU en cualquier momento de la gestación pero sobretodo en el primer trimestre del embarazo.

Con respecto a los factores de riesgo se comportan igual en la mujer embarazada: el inicio precoz de las relaciones sexuales, la infección por HPV, promiscuidad, hábito de fumar y otros. Es un cáncer donde cobra cierta importancia el nivel socio-económico de la población.

Actualmente la infección por HPV es un factor que preocupa a los facultativos debido a dos razones fundamentales: su frecuencia cada vez mayor y su relación con el CCU. El incremento de esta infección es evidente en las tres últimas décadas por los cambios en las conductas sexuales y las gestantes tampoco están exentas de riesgo, por lo tanto se hace evidente que la relación sexual es la principal forma de transmisión del HPV. Se clasifican según su potencialidad o riesgo oncogénico en: bajo riesgo (6, 11, 41, 42, 43 y 44), riesgo medio (31, 33, 35, 39, 51 y 52) y alto riesgo (16, 18, 45, y 56). De ellos, según los estudios realizados los tipos 16 y 18 parecen los más potencialmente peligrosos. Desde 1981 se publica sobre la implicación del HPV en el cáncer de cérvix y en los tiempos actuales ha sobrepasado cualquier expectativa.^{3, 5}

EL PNDPCCU se refiere a el seguimiento de la embarazada debe ser por un personal de experiencia sobretodo en colposcopia ya que durante este evento, que para la mujer es fisiológico, se producen modificaciones que pudieran llevar a errores diagnósticos que determinarían conductas que ponen en riesgo la concepción.

Teniendo en cuenta estos elementos nos sentimos motivados a realizar un estudio en las gestantes que fueron biopsiadas en el Hospital docente Ginecobstétrico de Guanabacoa durante el periodo de 1998-2008, con el objetivo de:

- Evaluar la eficacia de la Radiocirugía en la toma de biopsia del cervix para el diagnóstico de las LIE-AG.
- identificar las complicaciones a corto y largo plazo de la excisión de la zona de transformación con asa radioquirúrgica (LLETZ) aplicada para el diagnóstico y/o tratamiento de las LIE-AG en pacientes gestantes que acudieron a la consulta de patología de cuello.

METODO

Realizamos un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, de las gestantes que fueron biopsiadas, por técnicas de LLETZ Y LEEP en el Hospital Docente Gineco- obstétrico de Guanabacoa, en el periodo de enero 1998 a diciembre 2009.

Las pacientes se remitieron a consulta de patología de cuello por criterios clínicos y citológicos de lesiones premalignas de alto grado o malignas del cervix.

Los casos fueron vistos en la consulta donde se les realizo colposcopia y al confirmar el diagnóstico citológico se decidió biopsia tipo LLETZ (toda la zona de transformación) o LEEP (el fragmento más significativo del epitelio patológico), se indico como chequeo preoperatorio (Hemoglobina y hematocrito, coagulograma, grupo y factor, eritrosedimentación y exudado vaginal) e ingresamos el caso con el objetivo de realizar el proceder en el salón de parto que cuenta con las condiciones necesarias para solucionar de inmediato las complicaciones que se pudieran presentar, se dejo un tapón vaginal 24 horas, se dio un post operatorio breve de 1 hora en recuperación y posteriormente se envió a la sala de obstetricia donde se egreso, según el tipo de biopsia y la evolución, entre los 3 y 7 días.

El universo estuvo constituido por 67 pacientes gestantes biopsiadas con técnicas de electrocirugía en el periodo antes mencionado y conformaron la muestra 60 casos que reunieron los criterios de inclusión siguientes:

- Expedientes clínicos, tarjetas de citología y carnet de embarazada que contaran con los datos necesarios para el estudio.
- Resultado histológico de Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado.
- Consentimiento informado de la paciente y la pareja sexual.

Criterios de exclusión:

- Cuando no se presentaron los criterios de inclusión antes mencionados
- Y los casos que se interrumpió la gestación por voluntad de la paciente o por que fue necesario remitir al INOR por ser portadoras de cáncer invasor.

La información se obtuvo de forma retrospectiva de la revisión de los expedientes clínicos modelo oficial 54-01-10 54-03-1, las tarjetas de citología modelo oficial 66-02 y libro control de biopsias, se incluyó en una base de datos, se procesó la información y elaboró un informe final donde realizamos observaciones que comparamos con otros estudios internacionales realizados al respecto y emitimos conclusiones encaminadas a mejorar la calidad de atención a la población femenina en riesgo de Cáncer cervicouterino.

Los resultados obtenidos permitieron elaborar las tablas que se presentan en el acápite correspondiente.

Para dar curso a los objetivos trazados de la base de datos obtuvimos las siguientes variables:

- Diagnóstico histológico:

se expresa según informe emitido por el departamento de Anatomía Patológica del centro:

- Histología Normal.
- Histología Inflamatoria.
- Lesión de bajo grado: LIE- BG. Se refiere a NIC I, HPV

- o Lesión de alto grado: LIE-AG. Se refiere a NIC II, III, CIS.
- o Carcinoma Invasor, ya sea Epidermoide, Adenocarcinoma o mixto.

-Resultados de la citología orgánica: expresada según clasificación de Richart que es la utilizada por el departamento de citología y la establecida por el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino. (4)

- o Neoplasia Intraepitelial cervical grado I (NIC I).
- o Neoplasia Intraepitelial cervical grado II (NIC II).
- o Neoplasia Intraepitelial cervical grado III - Carcinoma in situ de cuello uterino (NIC III – CIS).

Las NIC I también clasificada como lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEI BG), mientras que las NIC II, NIC III y el CIS se agrupan como lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEI AG) clasificación de Bethesda revisada y divulgada por el PNDPCC y que por considerarla más didáctica es la utilizada por los autores en este estudio.

- o CIA (Adenocarcinoma invasor)
- o CICE (cáncer invasor escamoso)

-Resultado de la Colposcopia: Realizada con un Colposcopio Karl Zeizz, Germany. La Colposcopia fue realizada en consulta externa y los criterios para el diagnóstico colposcópico fueron los recomendados por el programa y se basan en la clasificación colposcópica: Australia 1996.

- o Normal: Epitelio escamoso original, Epitelio columnar, Zona de Transformación.
- o Anormal: EBA, Punteado, Mosaico, Leucoplasia, Vasos atípicos.
- o Insatisfactoria: Unión escamo-columnar no visible, Inflamación o atrofia severa, Ausencia del cervix.
- El estado de los bordes: Variable que mide la calidad del proceder y habilidad de los cirujanos:
- o Positivo: Presencia de lesión neoplásica en el borde quirúrgico.
- o Negativo: Ausencia de lesión neoplásica en el borde quirúrgico.
- o Artefacto: No útil para diagnóstico por quemadura del tejido en los bordes.

-Estado gestacional: SI ó NO embarazadas en el momento de la entrevista inicial y de la realización del proceder.

- Tiempo gestacional. Según el trimestre correspondiente,

-Evolución del embarazo: Se analizo de la forma siguiente

- o Embarazo durante el proceder: a las pacientes que estaban embarazadas en el momento de la biopsia.
- o Embarazos que llegaron al término teniendo el antecedente de haber sido biopsiadas con Radiocirugía.
- o Embarazadas que tuvieron alguna complicación por la realización del proceder.
- Evolución: según lo establecido por el programa, incluye variables:
 - o Alta.
 - o Seguimiento. Teniendo en cuenta la biopsia inicial o si fue necesaria otra conducta por lesión residual o recidiva.

Para el análisis estadístico del estudio se utilizo SPSS versión 15 utilizando: la frecuencia porcentual y el test de Chi cuadrado con nivel de significación de p £ 0,05 (significativo), p £0,01 (muy significativo) y p £ 0,001 (altamente significativo)

RESULTADOS

Tiempo gestacional LLETZ	Tipo de Biopsia LEEP		total
1er trimestre	6	0	6
2do trimestre	36	0	36
3er trimestre	0	18	18
Total y por ciento	42	18	60
	70	30	100

Tabla # 1. Frecuencia absoluta y porcentual del tipo biopsia realizada durante la gestación. Hospital Materno de Guanabacoa. Ciudad de La Habana. 1998-2008

Fuente: Historia clínica, tarjeta de citología, y libro control de biopsia.

En la tabla 1 se muestra la frecuencia absoluta y porcentual de las pacientes biopsiadas según el tipo de biopsia y el trimestre gestacional en que encontraba, al 70% se le realizo LLETZ que en el 100 % se realizo entre el primer y segundo trimestre de la gestación.

Histología	citología							
	Invasión		AG		BG		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
LIE- AG	12	23	35	66	6	11	53	88.4
LIE- BG	0	0	5	100	0	0	5	8.3
Negativa	0	0	0	0	2	100	2	3.3
TOTAL	12	20	40	67	8	13	60	100

Chi-cuadrado de Pearson .000

Tabla 2. Relación cito- histológica en las gestantes biopsiadas. Hospital Materno de Guanabacoa. Ciudad de La Habana. 1998-2008.

Fuente: Historia clínica, tarjeta de citología, y libro control de biopsia.

De la relación cito- histológica, tabla 2, el 88.4 % de las LIE- AG por histología en el 66 % la citología presento igual diagnóstico, el 34 % restante estuvo entre el cáncer invasor y las LIE- BG.

Histología	colposcopia							
	Invasión		AG		BG		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
LIE- AG	15	28	36	68	2	4	53	88.4
LIE- BG	0	0	3	60	2	40	5	8.3
Negativa	1	50	0	0	1	50	2	3.3
TOTAL	16	27	39	65	5	8	60	100

Chi-cuadrado de Pearson .000

Tabla 3. Relación colpo histológica en las gestantes biopsiadas. Hospital Materno de Guanabacoa. Ciudad de La Habana. 1998-2008.

Fuente: Historia clínica, tarjeta de citología, y libro control de biopsia

La correlación colpo-histológica en el grupo estudiado se manifestó en el 68 % del 88.4 % de LIE- AG.

BSQ	Histología							
	LIE-AG		LIE- BG		Negativa		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Negativos	40	93	2	5	1	2.3	43	72
Positivos	10	77	3	23	0	0	13	21
Artefacto	3	75	0	0	1	25	4	7
total	53	88.4	5	8.3	2	3.3	60	100

Chi-cuadrado de Pearson .000

Tabla # 4. Bordes de sección quirúrgico del tejido resecado. Hospital Materno de Guanabacoa. Ciudad de La Habana. 1998-2008

Fuente: Historia clínica, tarjeta de citología, y libro control de biopsia

De las muestras enviadas al departamento de Anatomía Patológica en el 72 % los BSQ estaban libres de lesión.

Tipo de parto	Tipo de biopsia					
	LLETZ		LEEP		Total	
	No	%	No	%	No	%
Eutócico	32	69,5	14	30,4	46	76,6
Cesárea	10	71,4	4	28,5	14	23,4
Total	42	70	18	30	60	100

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje del tipo de parto en las gestantes biopsiadas. Hospital Materno de Guanabacoa. Ciudad de La Habana. 1998-2008

Fuente: Historia clínica, tarjeta de citología, y libro control de biopsia.

En el 76.6 % de los casos, el parto fue eutócico.

complicaciones	LLETZ	LEEP	Tipo de biopsia		Total
			No	%	
Amenaza de Aborto	5	0	5	8,3	
Prematuridad 34 semanas	0	1	1	1,6	
Sangramiento 1ra mitad	2	0	2	3,3	
Sangramiento Moderado	1	3	4	6,6	
Amenaza de parto inmaduro	1	0	1	1,6	
Ninguna	33	14	47	78,3	
Total	42	18	60	100	

Tabla 6. Complicaciones inmediatas y mediatas en las gestantes biopsiadas. Hospital Materno de Guanabacoa. Ciudad de La Habana. 1998-2008.

Fuente: Historia clínica, tarjeta de citología, y libro control de biopsia.

El 78.3 % de la muestra estudiada no tuvo complicaciones relacionadas con la realización del proceder durante el embarazo.

Evolución	Tipo de biopsia					
	LLETZ		LEEP		Total	
	No	%	No	%	No	%
biopsia inicial						
• Alta curadas	29	88	4	12	33	55
• seguimiento	6	75	2	25	8	13
Reintervenidas						
• Alta curadas	3	30	7	70	10	17
• seguimiento	4	44	5	56	9	15
Total	42	70	18	30	60	100

Tabla # 7. Evolución según tipo de biopsia. Hospital Materno de Guanabacoa. Ciudad de La Habana. 1998-2008.

Fuente: Historia clínica, tarjeta de citología, y libro control de biopsia.

El 55 % de las pacientes estaba de alta curada solo con la biopsia inicial.

DISCUSIÓN

En las pacientes biopsiadas, portadoras de NIC y embarazo, existía presuntivamente la sospecha de pre malignidad de alto grado y/o malignidad por diagnóstico cito-colposcópico como criterio importante para realizar el proceder en este tipo de pacientes ya que coincidimos con algunos autores internacionales en que uno de los criterios de exclusión relativo es el embarazo, existen reportes de aproximadamente el 30% de hemorragia severa postoperatoria en mujeres embarazadas; y en el 10% causa de aborto, inmadurez, prematuridad según estudios estadounidenses publicados en el Medicine Journal. (5) Respecto al tema en la literatura nacional no encontramos referencias.

Según los resultados obtenidos al 70 % de los casos se les realizo LLETZ en el primer y segundo trimestres sobretodo en este último según lo establecido por el PNDPCCU y en el 30 % restante se realizo LEEP durante el tercer trimestre por el riesgo que pudiera determinar para el bienestar de la gestación.

La relación cito-histológica en las gestantes estudiadas la consideramos satisfactoria, del 88,4% (n= 53) de LIE- AG por diagnóstico histológico el 66% fue presuntivamente diagnosticada como LIE-AG por citología; estos resultados son similares a estudios realizados en el centro en años anteriores por la autora.

En la literatura nacional revisada encontramos que la relación citohistologica se comporto de la siguiente forma: la Dra. *Walquiria Bermejo*¹ del Hospital Ana Betancourt de Camagüey, obtuvo el 64% en el 2005, posteriormente el Dr. *Gustavo Crespo* presento el 90%, en la misma maternidad que *Walquiria* cuatro años después en el 2009; el Dr. *Rafael Pérez*³⁴ en el Hospital Camilo Cienfuegos obtuvo el 94,4% de correlación cito-histológica año 2009, en la maternidad de Villa Clara con una muestra de 2119 caso se obtuvo una correlación del 86%, el Dr. *Jorge M. Balestena*, Hospital Abel Santamaría P. del Río con una muestra de 112 casos obtuvo una relación significativa entre la citología y el resultado histológico de la biopsia dirigida sobretodo en las LIE- AG y cáncer Invasor, resultados que se han mantenido hasta la actualidad donde en una muestra de 3761 casos los Dres. *José Sanabria* y *Dr. Víctor Salgueiro* manifestaron una correlación del 90% (6)

Pero en ninguno de los casos se refieren si se trata o no de pacientes embarazadas.

Este bien establecido que el frotis de Papanicolaou no es un método diagnóstico definitivo por sí solo, pero sirve principalmente para identificar a aquellas pacientes que requieren procedimientos diagnósticos adicionales como es el caso de la colposcopia (6). Según la literatura internacional

¹ Bermejo Bencomo W: Comportamiento de la conización por Radiocirugía en el tratamiento de lesiones preneoplásicas cervicouterino Hospital Materno Provincial "Ana Betancourt de Mora" Camagüey 2004. Archivo Médico de Camagüey 2007; 11 (3) ISSN p.1025-0255

² Pérez Castro R.: Resultados de la Radiocirugía 2005- 2009. Hospital "Camilo Cienfuegos" S. Espiritus. II Taller de Provincias orientales 2008. En: Relatoría de los talleres de Radiocirugía en Cuba.

el Dr. *Schiffman* plantea -que las pacientes con alto grado de lesión citológica generalmente tienen alto grado de displasia o cáncer invasor en la conización del cervix.⁽⁷⁾

La relación colpohistológica, **tabla # 3**, fue buena, del 88,4 % diagnosticado histológicamente como LIE- AG el 68 % se correspondió con igual diagnóstico de LIE-AG y el 28 % de CCU por colposcopia. Consideramos que el estado gestacional, teniendo en cuenta los cambios que a nivel del cervix se producen, no afectó la calidad del diagnóstico colposcópico.

El Dr. *Richart* al igual que *González Merlo* y *De Vitov* et al, así como el Dr. *Baldauf* consideran, además, que ante la sospecha citológica del NIC o Cáncer Invasor asociada a iguales modificaciones colposcópicas, la extirpación con asa radioquirúrgica de la unión escamo columnar debe ser realizada sin biopsia previa nosotros compartimos, según experiencia de 20 años, ese criterio y así hemos estado trabajando todos estos años y como manifestamos anteriormente no es lo que está establecido por el programa donde se establece realizar biopsia dirigida siempre que la colposcopia sea anormal antes de decidir cualquier conducta.⁽⁸⁾

La colposcopia puede efectuarse durante la gestación con absoluta tranquilidad no difiere de la realizada en mujeres no embarazada pero se debe tener experiencia con la técnica pues las imágenes colposcópicas en la grávida se caracterizan por cambios impuestos por el estado gestacional sobre el epitelio, el estroma y los vasos del cervix. Coincidimos con el profesor *Mijans* en que una lesión colposcopicamente dudosa debe biopsiarse con seguridad y que el mejor momento para el examen colposcópico es el primer trimestre ya que en la segunda mitad de la gestación se pudiera modificar el diagnóstico colposcópico por aspectos como- que la posición ginecológica puede ocasionar hipotensión supina esto hace que el examen debe realizarse con rapidez por tanto requiere de experiencia y habilidad, los hallazgos colposcópicos normales (*cambios de coloración del cervix generados por embarazo, el ectropión, la hiperplasia glandular quística, la Deciduosis y los cambios en la zona de transformación caracterizados por sucesivos eventos de metaplasia escamosa*) durante el embarazo se deben tener en cuenta para diferenciarlos de lo anormal.

La observación por el patólogo del borde de sección quirúrgica constituyó un aspecto importante para evaluar la eficacia de la radiocirugía; La **tabla # 4** expresa que en el 72 % (n= 43) los bordes fueron reportados libres de lesión correspondiéndose con las LIE- AG. En el 21 % se reportaron positivos de lesión predominando también la LIE-AG, la presencia de lesión en el BSQ ha sido reportada por varios autores y consideran que cuando esto sucede la paciente debe tratarse quirúrgicamente ya sea reconizada o histerectomizada⁽⁹⁾, en el 7% se reportó artefacto hecho que no permitió diagnosticar el estado de los bordes, igualmente en este grupo predominó la LIE- AG.

La calidad de los bordes de sección, según estudios nacionales e internacionales, es un aspecto a valorar cuando se trata de medir calidad del proceder, autores nacionales como el Dr. *Ramón González*, Hospital Ernesto Guevara,

Las tunas⁽⁹⁾ y *la Dra. Ana I. de la Torre*, Hospital González Coro³⁵, Ciudad de la Habana, obtuvieron, el 89 % y el 74 % de las pacientes con claridad en los bordes de sección, otros resultados superiores a los nuestros fueron los de la Dra. *Bermejo* en el Hospital Provincial de Camagüey con el 93 % de claridad de los bordes, e inferiores como los obtenidos por la Dra. *Adibela Goicolea Maiza*⁴ con un 62 % en el Hospital Eusebio Hernández.^(10, 11)

Según los resultados el 23,4 % (n= 14) presentó partos por cesárea y el 76,6 % (n= 46) fue eutócico, más del 50% tuvo parto fisiológico. El tipo de parto (**tabla 5**) de las pacientes biopsiadas fue evaluado en nuestro estudio y por los resultados la electrocirugía no afectó el inicio fisiológico del trabajo de parto ni el desenvolvimiento de su mecanismo hasta el alumbramiento y en los casos que se realizó cesárea el antecedente de conización electroquirúrgica y las complicaciones surgidas durante el proceder (sangrado moderado) tuvo peso absoluto para la decisión de parto quirúrgico en 6 casos, 42 %, en el 57 % restante, 8 casos, se valoraron otras causas obstétricas ajenas al objetivo fundamental. Respecto a estas reflexiones no encontramos en la literatura nacional e internacional ninguna casuística que trate este aspecto, para nosotros importante y exhibimos nuestras primeras experiencias que sirven de pautas para el trabajo futuro. Según la Dra. *Carmen Uzcátegui Salas* en conferencia magistral ofrecida en curso taller de electrocirugía 1995, no se reportan complicaciones significativas al respecto si se toman todas las medidas de seguridad en la paciente obstétrica.⁵

Las complicaciones que se presentaron durante el proceder fueron: sangrado moderado de difícil control en el 6,6 % (n= 4), como signo clínico objetivo posible de medir, y de forma subjetiva el dolor moderado bajo vientre referido por la paciente como algo que se puede tolerar; y de las complicaciones más tardías o mediatas en la **tabla # 6** hacemos referencias a: la amenaza de aborto 8,3 % (n=5), el sangramiento en forma de manchas durante varios días incluso en 2 casos fue necesario llevar nuevamente el salón para suturar (n=1) y otro (n=1) resolvió con Solución de monsel, parto pretérmino con 34 semanas después del egreso asintomática, a los 8 días regresó la paciente en trabajo de parto y sin complicaciones materno-infantil (casos del tercer trimestre) y un caso con amenaza de parto inmaduro 26 semanas que resolvió con ingreso y reposo.

En sentido general nuestros resultados concuerdan con el criterio, de que - *la realización de cono y/o biopsia incisional durante la gestación con asa radioquirúrgica es posible* - afirma el profesor *Francés Riethmuller*⁶ además después de

³ De la Torre Jiménez Ana I. Resultados de trabajo en la consulta de patología de cuello del Hospital González Coro. Primer Taller Nacional de Radiocirugía. Hospital Nacional C. Habana Dic. 2005. En: Relatoría de los talleres de Radiocirugía en Cuba

⁴ Goicolea A., Mora J.: Resultados de la radiocirugía en el Hospital "Eusebio Hernández" 1996- 2008. II Taller de las provincias occidentales 3/2009 C. Habana. En: Relatoría de los talleres de Radiocirugía en Cuba

⁵ Uzcátegui Salas C.: Conferencia: Cono Cervical por Radiocirugía. Alternativa en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia pre invasora. 2003. Hospital Materno "10 de Octubre".

⁶ Riethmuller D.: Conferencia Cáncer de cuello uterino, displasia, displasia severa, microinvasión. Hotel Nacional de Cuba, XXV Jornada de técnicas de avanzadas Cuba - Francia 2010. Comunicación personal

la cirugía se puede lograr un parto normal y otros posibles embarazos, reportado en el encuentro internacional Cuba-Francia Enero 2010.

Teniendo en cuenta estas reflexiones y los resultados que exhibimos somos de la opinión que la biopsia del cervix por electrocirugía en las pacientes gestantes puede ser realizada según criterios diagnósticos bien protocolizados e individualizado para cada caso, tener las condiciones idóneas para su realización y siempre ante todo hacer un análisis del riesgo- beneficio que vamos a someter a este tipo de pacientes. Todas las pacientes biopsiadas tenia sospecha cito- colposcópica de lesiones intraepiteliales de alto grado o de invasión; ejemplo en los casos del tercer trimestre la biopsia fue dirigida a la lesión de mayor intensidad patológica (LEEP) como esta establecido por el programa nacional.⁽⁴⁾

Según los resultados que exhibe la **tabla # 7**, el 55% de las pacientes biopsiadas durante la gestación resultaron tratadas, se logro reseca totalmente la lesión y durante su seguimiento no fue necesaria otra intervención resultando a los cinco años alta del programa curadas y de este grupo en el momento del estudio el 13 % estaba en seguimiento. En el 32 % de casos biopsiados fue necesaria una reintervención en el post parto, el método constituyo un fallo desde el punto de vista terapéutico, y de este subgrupo el 17 % en el momento de la resección de los datos ya estaba de alta según el esquema establecido por el programa y el 15% en seguimiento con menos de 5 años de evolución desde el diagnóstico final. Consideramos que el proceder fue bueno como tratamiento definitivo de la NIC en las gestantes biopsiadas teniendo en cuenta el porciento de casos que ya están dado de alta curados, con respecto al tema no encontramos en la literatura nacional e internacional ningún estudio que se refiera a la radiocirugia durante la gestación y emita resultados al respecto.

CONCLUSIONES

- La electrocirugía en la toma de biopsia cervical facilito un adecuado espécimen para el estudio histológico de la NIC en las gestantes estudiadas.
- La electrocirugía terapéutica resulto posible en más del 50% de las gestantes biopsiada.

RECOMENDACIONES

- Para llevar a cabo biopsias electroquirúrgica en gestantes se deben tener en cuenta los protocolos establecidos (adecuado analisis riesgo beneficio) y la experiencia del facultativo en la realización del proceder.
- La biopsia debe ser realizada en un centro asistencial que cuente con una unidad quirúrgica en condiciones de dar respuesta a cualquier complicación.

REFERENCIAS

1. Amigó De Quesada M, Figueroa AJ, Conización con asa diatérmica. Resultado de 1011 casos. Departamento de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. V Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica: Hallado en: <http://conganat.uninet.edu/autores/trabajos/T120/>. 2005
2. Martínez A.: Analisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev. Cubana Obstet. y Ginecol. 2010, vol. 36 n.1
3. Borja R.: "Situación de la conización del cuello uterino en el país Vasco". Prog. Obstet Ginecol. 2010; 53(03):93-101
4. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Programa Nacional de diagnóstico precoz de cáncer Cervico uterino. Colectivo de autores. Ed. Ciencias Médicas 2001. La habana, p. 7- 59.
5. Pérez Echemendía M. Ginecología Oncológica Pelviana. Edit. Ciencias médicas La Habana, Cap. 4, 2006 p. 79- 133.
6. Balestena JM, Suárez BC, Piloto MM, Batista CR. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcopico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por Conización. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(3): 16-30.
7. Thomas C., Mark Schiffman M.: Adding a test for HPV. DNA to cervical- Cancer screening. www.nejm.org July 2008. article PDF
8. González-Merlo J, González E, Biete A. Cáncer de cérvix. En: González-Merlo J, González J. Ginecología. 2ed .La Habana: Masson; 2000.p.150-67.
9. González Rivero R. Radiocirugía en el manejo de la neoplasia Intraepitelial cervical. Fórum Nacional de Ciencias Médicas 2007. Hospital Ernesto Guevara. Las tunas.
10. Bermejo Bencomo W: Comportamiento de la conización por Radiocirugía en el tratamiento de lesiones preneoplasicas cervicouterino Hospital Materno Provincial "Ana Betancourt de Mora" Camagüey 2004. Archivo Médico de Camagüey 2007; 11 (3) ISSN p.1025-0255
11. Tamayo Lien T., Varona Sánchez Joel.: Estudio de las pacientes conizadas por patología de cuello. Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2005. Rev. Cubana Obstet Ginecol v.31 n.2