Cómo seleccionar las pacientes con NIC para la metodología de “ver y tratar”

Antonio González Mazuelo; Néstor Oswaldo Villota Cadena*

RESUMEN: El estudio retrospectivo y simulado de 170 pacientes jóvenes con alteraciones en el resultado de la citología y cambios colposcópicos mayores, mostró que es viable la metodología de “ver y tratar” en nuestro medio, con una importante reducción de costos y una frecuencia aceptable de sobretratamiento. Se presenta el protocolo y los criterios para seleccionar los casos aptos para esta metodología de trabajo en los centros de patología cervical.

PALABRAS CLAVES: Conización, LEEP, ver y tratar, NIC.

SUMMARY: The retrospective and simulated study of 170 young patients with cytologic alterations and with mayor colposcopic changes, showed that the methodology of “see and treat” is viable in our country, with an important cost reduction and an acceptable over-treatment frequency. The protocol and the criteria for selection of the suitable cases for this work methodology in the centers of cervix pathology are presented.

KEY WORDS: Cone biopsy, LEEP, see and treat, CIN.

Introducción

El uso de los procedimientos excisionales con asa diatérmica conocidos en la literatura inglesa como LEEP (loop electrosurgical excision procedure) se ha generalizado en los centros de patología cervical para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical (N. I. C.) desde mediados de la década de los 80 por sus notables ventajas: reducción de costos, detección de carcinomas no sospechados, menor frecuencia de complicaciones comparado con cono frío, seguimiento satisfactorio de la unión escamo columnar y tasas de curación alrededor del 96%.

Por la misma época en que se introdujo el LEEP, una modalidad del mismo denominada “ver y tratar” (see and treat) o procedimiento en un solo paso, fue propuesto por varios expertos ingleses. Consiste en que desde la primera visita al centro de patología cervical, las pacientes con citología anormal, y según los hallazgos colposcópicos, eran de una vez sometidas a un procedimiento tipo LEEP. Las ventajas de obrar así consisten en reducir la ansiedad del paciente al ofrecerle de una vez el tratamiento a un problema, disminuir los costos (al reducir el número de estudios anatómo-patológicos) y reducir las posibilidades de deserción y pérdida de pacientes. Estas dos últimas son grandes ventajas en países en desarrollo.

En los primeros protocolos publicados se hizo un uso indiscriminado del mismo, basados en el buen juicio y la experiencia del colposcopista. Se inauguró así un simil de la era precolposcópica donde todas las pacientes con

citología anormal eran sometidas a conización (ahora “conización”-leep). Pero si tenemos en cuenta que en la actualidad con la introducción de nuevas terminologías citológicas (Bethesda) el número de resultados anormales se ha incrementado (por los reportes de ASCUS, LEI de bajo grado), el uso de tal terminología podría significar un abuso del LEEP. Además se corre el peligro de remover lesiones microinvasoras o adenocarcinomas las cuales requieren un cono bien cortado con técnica de bisturí frío, y obtener una pieza para anatómo-patología en que fundamentar un diagnóstico apropiado con miras a un manejo futuro.

El abuso del procedimiento se refleja en sobretratamiento, esto es, hacer LEEP en pacientes con cuellos normales (cervicitis crónicas) o con lesiones menores (PVH o NIC I) que usualmente no requieren tratamiento ablativo. Se llegó así a frecuencias de sobretratamiento del 27.9 al 45%.

Ferenczy (1) propone una modificación con el fin de reducir estas cifras. Si la colposcopia confirma de forma inequívoca una zona de transformación anormal y no se sospecha microinvasión o adenocarcinoma, el procedimiento LEEP en un sólo paso (ver y tratar) puede hacerse. Si la colposcopia no confirma enfermedad o los hallazgos son dudosos, debe seguirse el protocolo tradicional de biopsia dirigida y curetaje endocervical (CEC) previos a la decisión terapéutica (figura 1).

El grupo de ginecólogos que laboran en el centro de patología cervical de la Empresa Social del Estado - Metrosalud, se ha propuesto adoptar a partir de enero de 1998 un protocolo de “ver y tratar” en vista de sus notorias ventajas, pero con una frecuencia aceptable de sobretratamientos.

* Médicos Gineco-obstetras. Profesores de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Figura 1

PROTOCOLO DE "SEE AND TREAT" MODIFICADO

Ferenczy Obs Gyn Clin NA 1993.

Materiales y métodos

Se hizo una evaluación retrospectiva de las pacientes menores de 40 años investigadas en el centro de patología cervical en el período de enero de 1994 a diciembre de 1996 que consultaron con citología anormal y cambios mayores y sin sospecha de invasión o adenocarcinoma en la colposcopia plenamente satisfactoria (población que según el protocolo son candidatas a "ver y tratar").

El centro en sus evaluaciones colposcópicas utiliza los criterios de Coppersley-Dexous para categorizar los hallazgos colposcópicos en tres niveles: 1. poco significativo (equivalente a los cambios menores de Roma 1990), 2. significativo y 3. altamente significativo (equivalentes el 2 y 3 a los cambios mayores de Roma 1990).

Haciendo caso omiso del resultado de la biopsia dirigida, se simuló un protocolo de "ver y tratar" basados en el diagnóstico definitivo de cada paciente.

Se determinó la influencia que tuvieron: el tipo de citología (lesiones de bajo grado o alto grado) y/o el tipo de apreciación colposcópica en las variables analizadas a fin de evaluar la necesidad de modificar el protocolo original y lograr mejores resultados.

Se evaluó la frecuencia de: 1. sobretratamiento: diagnóstico definitivo igual a cervicitis, PVH, NIC I; 2. lesiones microinvasores o adenocarcinomas no detectados; 3. efectividad del tratamiento o necesidad de un segundo procedimiento y 4. reducción de procedimientos más costosos y morbosos como conización fría o histerectomía.

Los datos se extrajeron de la base de datos que tiene cada paciente atendida en el centro diseñada en el programa informático de la O. M. S epi-info versión 5. 0. Dicha base es actualizada cada semestre y en ella se recogen las principales variables de la atención gineco-colposcópica extraídas de la historia clínica de cada una de ellas.

Resultados

170 pacientes menores de 40 años cumplieron los requisitos del protocolo: citología anormal, cambios colposcópicos mayores (significativos o altamente significativos) sin sospecha de micro o macro-invasión o adenocarcinoma y colposcopia satisfactoria. 60 pacientes tenían citologías de bajo grado (PVH o NIC I) y 110 pacientes de alto grado (NIC II o NIC III).

Si las 170 se hubieran sometido a un protocolo de "ver y tratar" 51 pacientes (31 con citologías de bajo grado y 20 de alto grado) tendrían como diagnóstico definitivo cervicitis crónica, infección por PVH o NIC I, indicando un 30% (51/170) de sobretratamiento. Cuatro tumores microinvasores no se hubieran sospechado con una tasa de 2. 35% (4/170); no se detectó ningún adenocarcinoma. La totalidad de lesiones de alto grado (100%) presenten en 115 pacientes se hubieran tratado de primera instancia con LEEP (44 NIC II y 71 NIC III); ver figura 2.

En vista del alto porcentaje de sobretratamiento obtenido se hizo un análisis de la muestra buscando la causa de la misma. Se observó que la categoría colposcópica "significativa" en pacientes sometidas a examen por citología de bajo grado, no tenía mucha precisión en cuanto al resultado histológico final: de 48 pacientes con citología de bajo grado y colposcopia significativa 31 tuvieron como diagnóstico histológico final cervicitis, PVH o NIC I, 16 NIC II o NIC III y 1 invasor.

Siendo así, se eliminó esta categoría del protocolo original adaptándolo a nuestro medio de la siguiente manera: ver figura 3.

Bajo este protocolo las 48 pacientes con citología de bajo grado y cambios colposcópicos mayores significativos, quedan excluidos del "ver y tratar" quedando 122 pacientes como candidatas al procedimiento.

En estas, 20 pacientes hubieran tenido como diagnóstico definitivo cervicitis, PVH o NIC I, indicando un 16. 3% (20/122) de sobretratamiento. Tres tumores microinvasores no se hubieran sospechado con una tasa de 2. 46% (3/122).

De las 115 pacientes con lesiones de alto grado en el diagnóstico definitivo, sólo el 86. 08% de las mismas (99/115) se hubieran tratado en primera instancia con LEEP (31 NIC II y 68 NIC III). Ver figura 4.

En la realidad estas 99 pacientes con lesiones de alto grado se trataron finalmente así: 21 con crioterapia, 29 con LEEP, 20 con conización fría y 29 con histerectomía.

Aplicando el protocolo de "ver y tratar" las 49 pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos costosos y morbosos (cono frío e histerectomía) hubieran recibido el beneficio del LEEP en primera instancia. Teniendo en cuenta que en nuestro servicio el promedio de compromiso de los bordes del LEEP que requieren de un segundo procedimiento es del 13. 6%, 41 pacientes (86. 4%) intervenidas quirúrgicamente (cono frío o histerectomía) quedarían plenamente tratadas con el ahorro en asistencia médica y costos que esto supone.

Figura 2
RESULTADO PROBABLE CON EL PROTOCOLO DE FERENCZY

Figura 3
PROTOCOLO DE VER Y TRATAR MODIFICADO POR LOS AUTORES

Figura 4
RESULTADOS CON EL PROTOCOLO DE LOS AUTORES

Discusión

Varios trabajos publicados avalan el uso de los procedimientos tipo LEEP con radiocirugía en una sola visita (see and treat) abandonando el protocolo tradicional de los centros de patología cervical de obtener una biopsia previa, dirigida por colposcopia, antes de decidir el tratamiento definitivo (2-5). Se ha planeado iniciar un protocolo de este tipo a partir del 1 de Enero de 1998 en el centro de patología cervical y colposcopia de la ESE Metrosalud con la intención de reducir costos de atención y evitar la pérdida de pacientes mientras reportan el resultado de la biopsia dirigida o se lleva a cabo el tratamiento.

Preocupa especialmente los reportes de la literatura sobre esta modalidad de diagnóstico-terapéutica, el alto porcentaje de pacientes con sobretratamiento (diagnóstico definitivo de cervicitis, PVH o NIC I) y la aparición de adenocarcinomas o tumores microinvasores que como se sabe requieren de una conización fría bien hecha para su clasificación definitiva.

Los porcentajes de sobretratamiento son del 12. 9% (Keijser), 27. 9% (Bigrigg), 21, 5% (Coeman en Ferenczy), 40% (Alvares en Ferenczy) y 45% (Luesley).

La frecuencia de adenocarcinoma y microinvasores se ha reportado de 1, 7% (Lueley), 0, 5% (Bigrigg) y 3, 3% (Keijser).

En esta prueba retrospectiva, modificando ligeramente el protocolo de Ferency, de modo que se excluyeran las pacientes con citologías de bajo grado cuya colposcopia no muestre alteraciones altamente significativas, el porcentaje de sobretratamiento sería bajo (16. 3%) como es lo deseable.

Del mismo modo la frecuencia de hallazgos inadvertidos de lesiones meritorias de un cono diagnóstico previo (2, 46%) estaría dentro del rango de lo reportado por la literatura.

La adopción de un protocolo de "ver y tratar" requiere de experiencia en la interpretación de imágenes colposcópicas a fin de seleccionar adecuadamente las pacientes y evitar la intervención de lesiones menores generalmente autolimitadas.

La metodología de resección con asa radioquirúrgica no está exenta de complicaciones y morbilidad a mediano y largo plazo. Aunque con baja frecuencia puede producirse hemorragia importante dependiendo de la cantidad de tejido removido, estenosis cervical, morbilidad indeseable en pacientes con cervicitis, infección subclínica por PVH o NIC I.

Un protocolo de "ver y tratar" puede ser ventajoso en programas ambulatorios que cubran usuarias residentes en zonas apartadas, pues permite el diagnóstico y el tratamiento en una sola visita, facilitando la atención y evitan-

do pérdida de pacientes. Esta idea ya ha sido practicada en algunos sitios mostrando su utilidad (6). En nuestro país, permitiría ubicar la "clínica de patología cervical" en el lugar de residencia del paciente, superando las barreras geográficas y económicas que impiden a las pacientes de las áreas rurales culminar el proceso de prevención del cáncer cervico-uterino.

Por último como fue discutido en otro artículo el uso de la radiocirugía en un solo paso contribuiría a reducir el número de histerectomías indicadas para el tratamiento de la NIC y adoptar las recomendaciones de organismos internacionales en los programas de prevención del cáncer de cuello uterino en los países de capitalismo periférico (7).

BIBLIOGRAFIA

1. Ferenczy A. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 1993; 20: 189.
2. Luesley DM., Cullimore J. et al. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in patients with abnormal cervical smears. Brit. Med. J. 1990; 330: 1690-1693.
3. Bigrigg MA., Codling BW. et al. Colposcopic diagnosis and treatment of cervical dysplasia at a single clinic visit. Lancet, 1990; 336: 229-231.
4. Keijser K.G.G., Kenemans P. et al. Diathermy loop excision in the management of cervical intraepithelial neoplasia: Diagnosis and treatment in one procedure. Am. J. Obstet. Gynecol. 1992; 166(4): 1281-1287.
5. Ferenczy A., Choukroun D. et al. Loop electrosurgical excision procedure for squamous intraepithelial lesions of the cervix: Advantages and potential pitfalls. Obstet. Gynecol. 1996; 87,3: 332-336.
6. Megerand E., Van Wyk W. et al. Can cervical cancer be prevented by a see, screen and treat program? A pilot study. Am. J. Obstet. Gynecol. 1996; 174,3: 923-928.
7. Bishop A., Sherris J., et al. Tratamiento de la displasia cervico-uterina: Aspectos clave para países en desarrollo. Bol. ofic. Sanit. Panam., 1996; 121(6): 567-576.