

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES No. 23  
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"  
GINECO OBSTETRICIA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"UTILIDAD DEL LEGRADO ENDOMETRIAL  
SIMULTANEO A LA CONIZACION CERVICAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA LA

DRA. ROSA RAMOS RAMOS

ASESOR

DR. RAMIRO REYNA HINOJOSA

MONTERREY N. L.

DICIEMBRE DE 1987

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES No. 1%

"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

GINECO OBSTETRICIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"UTILIDAD DEL LEGRADO ENDOMETRIAL  
SIMULTANEO A LA CONIZACION CERVICAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA LA

DRA. ROSA RAMOS RAMOS

ASESOR

DR. RAMIRO REYNÁ HÍNOJOSA

MONTERREY N. II

DICIEMBRE DE 1987

Grac i as a ti...

Dios.

A mis padres....

Gracias por su tolerancia

A todos y cada uno de

mi s Maestros... .

Muchas gracias.

Especi a I mente. . . .

Al Dr. Ramiro Reyna Hinojosa

mi agradecimiento por su. , -

tiempo y ayuda.

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

W

# I N D I C E

## INTRODUCCION

II.-	MATERIAL Y METODOS .....	1
	RESULTADOS .....	2
I V.-	COMENTARIOS.....	5
V.-	BIBLIOGRAFIA .....	8
VI .-	GRAFICAS .....	0

## I.- INTRODUCCION.

Dentro del protocolo de estudio de la paciente con papanico  
Iaou anormal, se encuentra la conización cervical diagnósti  
ca, durante la cual rutinariamente se realiza un legrado  
endometrial (12); a través de la experiencia de nuestro hos  
pital, así como de otros autores, se ha visto que éste últi  
mo no contribuye al diagnóstico definitivo, en cambio -  
conlleva una morbilidad importante, por lo que debe rea I i -  
zarse solamente en casos donde se encuentre alguna de las -  
siguientes indicaciones: mujer en edad perimenopáusica o -  
postmenopáusica, presencia de células glandulares anormales  
en la citología, sospecha de a ñorma I i dades i ntrauter i ñas en  
la H i storja Clínica o a la Explocación Física; dismi nuyendo  
así la morb i I jdad de las pací ente s sin c ompr om i so de la -  
cal i dad médica en éstos casos.

En el presente estudio nos proponemos evaluar la uti I i dad -  
del legrado endometrial simultáneo a la conización cervical  
y la morbilidad que éste produce; además analizar sus indi  
caciones, edad, y paridad de las pacientes, así como tam  
bién los resultados obtenidos de las piezas anatomopato I ógi  
cas.

## II.- MATERIAL Y METODOS.

En el Hospital de Gineco-Obstetrici a No. 23 del I.M.S.S.

"Dr. Ignacio Morones Prieto" de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, revisamos los casos sometidos a conización cervical diagnóstica de Enero de 1980 a Diciembre de 1986 - reuniéndose 318 pacientes, quienes fueron enviadas inicialmente de la campaña de DOC por papanicolaou anormal, siendo estos desde un CI ase III Di spI as i a Leve hasta un clase V sugestivo de carcinoma invasor, se les realizó Biopsia cervical multifragmentaria orientada por Schi I ler y/o Colposcopía.

En el 53% (167 casos) se efectuó además del cono cervical - un legrado endometrial y el grupo comparativo correspondió 6- al 47% (151 casos) en quienes solamente se llevó a cabo el procedimiento cervical.

Analizando en cada uno de éstos grupos los siguientes parámetros: edad, paridad, citología de envío, resultado anatomopatológico de la Biopsia Cervical, indicaciones de la conización cervical y el reporte anatomopatológico de ésta, morbilidad tanto de procedimiento quirúrgico cervical como del legrado endometrial y el resultado histológico del material obtenido en el legrado endometrial.

### III.- RESULTADOS.

EDAD: En el total de las pacientes la edad osciló entre los 22 y 77 años. El promedio en aquellas sometidas a cono cer-

vical más legrado endometrial fue de 38+8/ y para las paciejn  
tes en quienes sólo se realizó la conización cervical fue de  
44+13; el promedio en total fue 41+11. Tabla II.

PARIDAD: El promedio en general fue de 6+3; en las pacientes  
pertenecientes al primer grupo fue 5+3 y en el grupo comparci  
t i vo 6+3. Tabla III.

PAPAN ICOLAOU DE ENVIO: Todas el las fueron enviadas de la cam  
pañã de DOC por papanicolaou anormal, el cual, como ya mencj\_o  
namos varió desde un Clase III Displasia Leve hasta un Clase  
V sugestivo de Carcinoma Invasor, siendo lo más común la -  
Clase V sugestivo de carcinoma cervicouteri no intraepi te I i a I.  
Tabla IV.

BIOPSIA CERVICAL: Los resultados anatomo-patoIógi eos se mués  
tran en la Tabla V, en la mayoría de los casos nos reporta-  
ron un Carcinoma Cervico-uteri no intraepi te I i a I y además -  
observamos 40 casos de biopsias negativas con citologías -  
positivas. Siendo éstos resultados de las diferentes biopsias  
las indicaciones para la Conización Cervical Diagnóstica.

INDICACIONES DE LA CONIZACION CERVICAL: Las indicaciones  
para la práctica del cono cervical, tanto con o sin legrado-  
endometrial simultáneo, se muestran en la Tabla VI. La indi-  
cación más frecuente fue por Carcinoma Intraepi te I i a I, sin -  
embargo existen otras indicaciones tales como: Displasia -

\*\*i  
\*JP  
MAY 11 1960

Cervical Severa, Displasia Leve-Moderada, Carcinoma Micro-invasor y el tener dos papanicolaou anormales y Biopsia Cervical negativa.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO: Los diagnósticos histológicos de las 318 conizaciones se muestran en la Tabla VII. De mayor importancia es el resultado histológico del legrado endometrial que se efectuó en 107 casos, en éste grupo de especímenes como se muestra en la Tabla VIII no se detectó ningún caso de patología endometrial maligna, a pesar de que se realizó en 75 pacientes de más de 40 años de edad; la patología más importante fue Hiperplasia Glandular Quística en un solo caso.

MORBILIDAD: En el grupo de pacientes sometidas a conización cervical diagnóstico y legrado endometrial aconteció a lo de ellas para un 9.6%, sin embargo, la morbilidad atribuible solamente al legrado endometrial fue de 6%, consistente en perforación uterina, el resto 3-5% la morbilidad correspondió al procedimiento quirúrgico efectuado en el cervix uterino, sangrado postoperatorio, que ameritó revisión bajo anestesia y puntos hemostáticos, siendo éste porcentaje similar al grupo comparativo, en el cual fue de un 4% (6 pacientes) Tabla IX; siendo notoria la contribución del legrado endometrial al duplicar la morbilidad, por lo que debe realizarse solamente cuando existan indicaciones que lo justifiquen.

#### IV.- COMENTARIO.

Las indicaciones de la conización cervical han cambiado notablemente con el advenimiento de la Colposcopia (10), estudio que ha sido capaz de abatirlo en un 80-90% aproximadamente - (13).

Tradicionalmente se ha considerado de rutina que durante la práctica de éste procedimiento se efectúe un legrado endometrial (12).

Se ha señalado que la conización cervical es un procedimiento quirúrgico que amerita hospitalización, sin embargo, hay que señalar que algunos autores como Berkus (4) y Krebs (5)-lo han considerado un procedimiento diagnóstico en el que la paciente puede ser dada de alta inmediatamente catalogándolo como un procedimiento ambulatorio, sin aumentar la morbilidad del acto quirúrgico, por otra parte Iverson además de considerar lo ambulatorio lo ha realizado utilizando láser CO<sub>2</sub> (8).

Para la pretensión del trabajo debemos señalar de que a través de los resultados de Helmkamp (20) en su estudio sobre 1 000 Histerectomías por Carcinoma cervicouterino, en ningún caso se encontró extensión hacia el endometrio. En comunicaciones previas (6) sobre 500 casos de conización cervical y sobre el tratamiento del carcinoma cervico-uterino intraepitelial mediante Histerectomía (7), tampoco encontramos nin-

gún caso de extensión del carcinoma cervicouteri no hacia el endometr i o.

Es interesante mencionar los resultados de Rubín (1) que al efectuar en 199 casos el legrado endometrial simultáneo a la conización cervical solamente se detectaron dos casos de Hiperplasia; en nuestros 107 casos en particular la lesión más avanzada fue un solo caso de Hiperplasia Glandular Quí\_s tica de endometr i o.

Como se ha mencionado hasta este momento el legrado endometrial no ha contribuido tanto en forma personal como en el análisis de publicaciones que se señalan en la literatura a detectar patología endometrial así como extensión de un carcinoma cervico-uteri no a endometrio, por lo tanto es importante señalar y comparar la morbilidad del procedimiento de la conización cervical con y sin legrado e ndometr i a I ; en lo particular (70 y en publicaciones previas hemos señalado - tradicional mente que la morb i I idad de la conización cervical con legrado es de 3 a 4% aproximadamente. En la presente co municación, al comparar ambos grupos detectamos una morb i I idad estadísticamente significativa a favor del procedimien to del legrado endometrial simultáneo a la conización cervi cal en donde obtuvimos un 9.6%, en cambio en el segundo - grupo un 4%> de mor b i I idad; sin embargo debemos menc i onar - que para fines prácticos que si quitamos la morbilidad atribuible al legrado endometrial, prácticamente en ambos -

grupos la morbilidad obtenida es similar, con 6 casos en ambas situaciones, esto significa que evidentemente la morbilidad se duplica con un procedimiento como el legrado endometrial y por lo tanto hemos considerado que como no ha contribuido a precisar el diagnóstico como lo hemos sustentado en base a nuestros resultados, consideramos que no se debe realizar en forma rutinaria.

Detectamos además un RR de 2.7 veces más en el procedimiento del legrado endometrial simultáneo a la conización cervical, demostrando que este procedimiento tiene casi tres veces más riesgo de presentar complicaciones que cuando se efectúa el legrado endometrial, éste debe estar condicionado al cuadro clínico de la paciente que amerite el análisis histológico endometrial.

Si la paciente presenta alguno de los siguientes datos es justificable el complementar el acto quirúrgico de la conización cervical con un legrado endometrial; mujer en edad perimenopáusicas o postmenopáusicas, presencia de células glandulares anormales en la citología, sospecha de anomalías intrauterinas en la Historia Clínica o a la Exploración Física, valorando así el exponer a la paciente a una mayor morbilidad si amerita éste estudio, o el no realizarlo o disminuyendo con esto el riesgo de complicaciones sin comprometer la calidad de la atención médica.

BIBLIOGRAFIA.

Rubín SC, babbins M: Endometrial Curettage and the -  
biome of Cervical Conization. Obsbet Gynecol 1986 May; -  
67(5):663-4

Heimkamp F, et al: Cervical conization; When is uterine  
dilatation and curettage also indicated?. Am J Obsbet -  
Gynecol 1983 Aug; 146(7):893-4

Lubicz S, et al: Significance of Cone Biopsy Margins -  
in the management of Patients with Cervical Neoplasia.  
J Reprod Med 1984 Mar; 29(3):179-83

Berkus M, Daly JW: Cone Biopsy: An Outpatient procedure.  
Am J Obsbet Gynecol 1980 Aug 5; 137(8):953-55

Krebs HB: Instruments and Methods, Outpatient Cervical  
Conization. Obsbet Gynecol 1984 Mar; 63(3):430-33

Reyna Hinojosa, et al: Análisis de 500 casos de Coniza-  
ción Cervical. Ginecol Obsbet Mex 1980 Ene;47(279):31-46

Reyna Hinojosa R, et al: Tratamiento del Carcinoma -  
Intraepitelial del cervix uterino. Resultado a 5 años.  
Ginecol Obsbet Mex 1980 Jul; 48(280):39-40

Iversen T,: Outpatient Cervical Conization with the CO<sub>2</sub>

Láser. J Reprod Med 1985 Aug; 30(8): 607-09

Nickelsen C, : Diagnostic and Curative value of Uterine Curettage. Acta Obstet Gynecol Scand 1986; 65(7): 693-7

K i I Iackey MA, et al: Diagnostic Conization of the Cervix  
Review of 460 Consecutive Cases. Obstet Gynecol 1986  
Jun; 67(6):766-70

Presley JJ, et al: Endometrial and Endocervical Curettage findings at the Time of Cervical Conization. J Reprod Med 1987 Feb; 32(2):99-102

Arora V, et al: Routine dilatation and curettage during cervical conization. Am J Obstet Gynecol 1984 May;149 - (1): 105-6

Homesley HD, et al: Use of Colposcopically directed, four quadrant cervical biopsy by the Colposcopy Tra i nee. J Reprod Med 1984 May; 29(5):311-6

TABLA 1

CONIZACION CERVICAL

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO No. CASOS •/©

LEGRADO ENDOMETRIAL +		
CONIZACION CERVICAL	167	53
CONIZACION CERVICAL	151	47
TOTAL	318	100

GINE ONCO  
HGO 23

TABLA II  
 CONIZACION CERVICAL  
 EDAD

EDAD  t	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO			
	LEGRADO ENDOMETRIAL + CONIZACION CERVICAL		CONIZACION CERVICAL	
	No. CASOS		No. CASOS	
22-29	18	11	28	18
30-39	74	44	32	21
40-49	49	29	36	24
50-59	6	4	36	24
60	20	12	19	13
TOTAL	167	100	151	100

PROMEDIO: 41 ± 11

38 ± 8

44 ± 13

GINE ONCO  
 HGO 23

TABLA III  
 CONIZACION CERVICAL  
 PARIDAD

PARIDAD	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO			
	LEGRADO ENDOMETRIAL + CONIZACION CERVICAL		CONIZACION CERVICAL	
	No. CASOS		No. CASOS	%
0	3	2	3	2
1	4	2	9	6
2-5	78	47	47	31
> 6	82	49	92	61
TOTAL	167	100	151	100

PROMEDIO 6 A 3

5 ± 3

6 A 3

GINE ONCO  
 HGO 23

TABLA IV  
 CONIZACION CERVICAL  
 PAPANICOLAOU DE ENVIO

PAP. DE ENVIO	No. CASOS	•/«
DISPLASIA MODERADA	38	12
DISPLASIA SEVERA	25	8
V SUGESTIVA DE Ca. INTRAEPITELIAL	253	75
V SUGESTIVA DE Ca. INVASOR	2	1
TOTAL	318	100

GINE ONCO  
 HGO 23

TABLA V  
 CONIZACION CERVICAL  
 BIOPSIA5 RESULTADOS

RESULTADOS	No. CASOS	•/©
CERVICITfS	40	13
DISPLASIA LEVE-MODERADA	36	11
DISPLASIA SEVERA	43	13
CaCU INTRAEPITELIAL	184	58
CaCU MICROINVASOR	15	5
TOTAL	318	100

GINE ONCO  
 HGO 23

TABLA VI  
 CONIZACION CERVICAL  
 INDICACIONES

INDICACIONES	CONO CON LEGRADO			CONIZACION CERVICAL	
	No. CASOS			No.CASOS	
PAP. POSITIVO CON BIOPSIA NEGATIVA.	40	14	8	26	17
DISPLASIA LEVE-MODER.	36	14	8	22	14
DISPLASIA SEVERA.	43	27	16	16	11
CARCINOMA INTRAEPITELIAL.	184	101	61	83	55
CARCINOMA MICROINVASOR.	15	11	7	4	3
TOTAL	318	167	100	151	100

GINE ONCO  
 HGO 23

TABLA VII  
 CONIZACION CERVICAL  
 DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	No. CASOS	
CERVICITIS CRONICA	29	9
METAPLASIA	4	1
DISPLASIA LEVE	4	1
DISPLASIA MODERADA	19	6
DISPLASIA SEVER	29	9
CARCINOMA INTRAEPITELIAL	210	66
Ca. EPIDERMOIDE MICROINVASOR	14	5
Ca. EPIDERMOIDE INVASOR	10	3
TOTAL	318	100

GINE ONCO

HGO 23

/

TABLA VIII

CONIZACION CERVICAL

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DEL LEGRADO ENDOMETRIAL

Dx. HISTOLOGICO	No. CASOS	
MATERIAL INSUFICIENTE	14	8
ENDOMETRIO NORMAL	140	84
ENDOMETRIO MIXTO	2	1
ENDOMETRITIS	7	4
ENDOMETRIO ATROFICO	3	2
HIPERPLASIA GLANDULAR QUISTICA	1	1
TOTAL	167	100

GINE ONCO

HGO 23

TABLA IX  
 CONJZACION CERVICAL  
 MORBILIDAD

MORBILIDAD	PROCEDIMIENTO		QUIRURGICO	
	CONIZACION CERVICAL + LEGRADO ENDOMETRIAL		CONIZACION CERVICAL	
	No. CASOS		No. CASOS	
SANGRADO	6	3.6	6	4
PERFORACION	10	6	-	-
TOTAL	16	9.6	6	4

X<sup>2</sup> – 3.87. G1-1

P= 0.05

RR+ 2.7 VECES MAS

GINE ONCO

HGO 23