

Manejo de las pacientes con persistencia o recaída posterior a conización por neoplasia intraepitelial cervical 3

Management of patients with persistence or relapse after cervical intraepithelial neoplasia 3 conization

María Inés Nastasi Basile¹, Franco J. Calderaro Di Ruggiero²

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres venezolanas por causa ginecológica. La evolución natural de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) persistente o recurrente, es el cáncer de cuello uterino.

Objetivos: Determinar persistencia y recurrencia de (NIC 3) post conización, para conocer nuestra experiencia en el tratamiento de estas lesiones.

Métodos: Análisis retrospectivo, donde se analizaron la persistencia y recaídas de las NIC 3 posterior a la conización en 458 pacientes entre 2008 y 2018, empleando análisis y promedio simple.

Resultados: De 458 pacientes con NIC 3 a las cuales se les realizó cono biopsia, se incluyeron 93 (20,30 %), que ameritaron procedimientos adicionales al cono realizado. El porcentaje de lesión residual (persistencia) en la pieza del cono fue 10,26 %, de estas,

el 14,91 % tuvo hallazgos de carcinoma microinvasor y 4,25 % de carcinoma invasor. Por otra parte, 6,76 % presentaron recaída pos conización, ameritando procedimientos adicionales, y el diagnóstico de una segunda recaída post reconización se evidenció en el 17,85 %.

Conclusiones: La citología cervicovaginal, y biopsia bajo colposcopia permite diagnósticos tempranos de NIC. En nuestro estudio se evidencian bajas tasas de persistencia y recaída, lo que sugiere que el tratamiento es efectivo en el manejo de la enfermedad primaria y en recaídas.

Palabras clave: NIC 3, conización, persistencia, recaída, reconización.

SUMMARY

Introduction: Cervical cancer represents the leading cause of cancer death in Venezuelan women due to gynecological causes. The natural history of persistent

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2024.132.s1.19>

ORCID: 0000-0001-8820-5964¹

ORCID: 0000-0002-7101-8481²

Posgrado de Ginecología Oncológica (Universidad Central de Venezuela), del Servicio de Ginecología Oncológica, del Hospital Especializado Nacional, Servicio Oncológico Hospitalario, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (SOH-IVSS). Caracas. Venezuela.

¹Ginecólogo Obstetra, Residente del Posgrado de Ginecología Oncológica, SOH-IVSS.

Recibido: 24 de noviembre 2023

Aceptado: 3 de enero 2024

²Doctor en Ciencias de la Salud. Miembro Correspondiente Nacional, Puesto No. 41. Academia Nacional de Medicina. Cirujano General–Oncólogo. Ginecólogo Oncólogo, Jefe de Servicio y Director de los Posgrados de Cirugía y Ginecología Oncológica del SOH-IVSS, de la UCV.

Autor de Correspondencia: Dr. Franco J. Calderaro Di Ruggiero. Servicio de Ginecología Oncológica, del Hospital Especializado Nacional, “Servicio Oncológico Hospitalario” – IVSS. Urbanización Los Castaños. Calle Alejandro Calvo Lairat, Piso 4. El Cementerio. Caracas, Venezuela. Tel: 0414-2620056. E-mail: francocalderarod@hotmail.com

or recurrent cervical intraepithelial neoplasia (CIN) is cervical cancer.

Objectives: Determine persistence and recurrence of CIN 3 post-conization to learn about our experience treating these lesions.

Methods: A retrospective analysis, where the persistence and relapses of CIN 3 after conization were analyzed in 458 patients between 2008 and 2018, using analysis and simple average.

Results: Of 458 patients with CIN 3 who underwent biopsy, 93 (20.30 %) were included, requiring additional procedures to the biopsy performed. The percentage of residual lesion (persistence) in the cone piece was 10.26 %, 14.91 % had findings of microinvasive carcinoma, and 4.25 % had invasive carcinoma. On the other hand, 6.76 % presented relapse after conization, requiring additional procedures, and the diagnosis of a second relapse after reconization was evident in 17.85 %.

Conclusions: Cervicovaginal cytology and biopsy under colposcopy allow early diagnoses of CIN. In our study, low persistence and relapse rates are evident, suggesting that the treatment effectively manages primary and relapsing disease.

Keywords: CIN 3, conization, persistence, relapse, reconization.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Venezuela de causa ginecológica, y la segunda causa de muerte por cáncer en el sexo femenino después del cáncer de mama, según las estadísticas publicadas en 2020 por la Agencia internacional para la investigación del cáncer, con incidencia de 22,2 por cada 100 000 habitantes, y mortalidad de 12,5 por cada 100 000 habitantes, lo que representa un verdadero problema de salud pública para nuestro país (1). Es también, una patología que se observa con frecuencia, incluso en centros no oncológicos de nuestro país.

Las lesiones preinvasoras de cuello uterino son lesiones limitadas al epitelio cervical, que respetan la membrana basal; estas se desarrollan en la zona de transformación por ser un área de metaplasia. La infección por el Virus de papiloma humano de alto riesgo números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, son el responsable y es un prerrequisito para las lesiones pre invasivas

de cuello uterino y para el cáncer cérvico-uterino como tal (2).

La prevención primaria con las distintas vacunas (bivalente, cuatrivalente y nonavalente) está ampliamente recomendada en niñas y mujeres jóvenes, ya que reducen sustancialmente las lesiones intraepiteliales y el cáncer de cuello uterino invasor (3). En Venezuela está recomendado por el Consenso Nacional de Cáncer de cuello uterino publicado en 2010 para niñas de 9 a 12 años y extenderla hasta mujeres de 26 años (4). La prevención primaria, secundaria y terciaria con tratamiento oportuno de las lesiones preinvasoras es fundamental para disminuir la incidencia de cáncer de cuello uterino.

El tratamiento de las lesiones preinvasoras depende del grado de la lesión, la edad y otros factores a considerar, que van desde la observación periódica y estricta en lesiones de bajo grado, o la conización como tratamiento mayormente utilizado para lesiones de alto grado, e histerectomía bajo ciertas circunstancias. El cono tiene finalidad diagnóstica y será por sí misma el tratamiento en muchos casos (4).

Las lesiones preinvasoras del cuello uterino (NIC 1), pueden regresar en un 60 % de los casos, persistir en un 25 %, y en un 11 % progresar a lesiones mayores; en los casos de NIC 2, las lesiones pueden hacer regresión en el 55 % de los casos, persistencia en 23 %, y progresión a lesiones mayores en 19 % de los casos; en las NIC 3, pueden tener regresión en 28 % de los casos, persistencia en el 67 % y progresión a lesiones microinvasoras e invasoras en el 2 % (5). Las pacientes con NIC 3 pos-tratamiento con conización, a los 12 meses de seguimiento, tienen 5,3 % de riesgo de recurrencia posterior a cono con asa (*Loop Electrosurgical Excision Procedure*, LEEP; o Procedimiento de extirpación electroquirúrgica con asa), y 1,4 % de riesgo de recurrencia posterior a cono con bisturí frío (6).

En vista de los diagnósticos de persistencia y recurrencias de las NIC, se planteó la necesidad de determinar la presencia de estas post-conización en las pacientes, específicamente en aquellas de alto grado (NIC 3), y de esta forma conocer nuestra experiencia en el Servicio de Ginecología Oncológica (SGO), del Hospital Especializado Nacional (HEN), Servicio

Oncológico Hospitalario (SOH), del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), en el tratamiento por persistencia o por recurrencias, y el seguimiento de las pacientes a 5 años.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, donde se analizaron la persistencia y recaídas de las NIC posterior a la conización de cuello uterino, en 458 pacientes con estas lesiones entre 2008 y 2018. Se revisaron las historias clínicas, y se incluyeron para su análisis 93 pacientes, aquellas que fueron tratadas en primera instancia con conización y que ameritaron algún procedimiento adicional por lesiones mayores a NIC 3 en la pieza del cono, por persistencia o por recaídas de lesión preinvasora.

Fueron evaluados distintos parámetros: sexarquia, número de parejas sexuales, sintomatología, estudio citológico, colposcopia, biopsia, edad del diagnóstico, tipo de cono realizado, reporte histológico del cono biopsia, tiempo de aparición de nueva lesión, sintomatología, estudio citológico, colposcopia, biopsia y tipo de cono realizado para tratar la nueva lesión, así como el seguimiento.

El método estadístico empleado fue el análisis de las muestras a través del promedio simple.

RESULTADOS

De las 458 pacientes con NIC de alto grado a las cuales se les realizó cono biopsia por el diagnóstico de NIC 3, fueron incluidas para su análisis 93, que representaron el 20,30 % del total, las cuales ameritaron procedimientos adicionales al cono realizado, ya sea por lesiones mayores a NIC 3, persistencia de lesión preinvasora o recaídas.

De estas pacientes, 47 presentaron lesión residual (persistencia) en la pieza del cono, 7 tuvieron hallazgos de carcinoma microinvasor y 2 de carcinoma invasor; 31 presentaron recaída después de los 6 meses; 4 presentaron lesiones multicéntricas ginecológicas concomitantes, y 11 desarrollaron en el tiempo lesiones preinvasoras en el tracto genital inferior, distinto al cuello uterino (Figura 1).

El grupo de pacientes con NIC 3 o lesión mayor persistente en la pieza de conización fue de 47/458, que representa el 10,26 %. La edad al momento del diagnóstico fue de 42,46 años con un rango entre 26-79 años. En este grupo de pacientes se pudo determinar que la edad de su primera relación sexual en promedio fue a los 17,62 años, con un rango entre 13 y 24 años. El número de parejas sexuales en este grupo fue de 2,33, con rango entre 1 y 7 parejas (Cuadro 1).

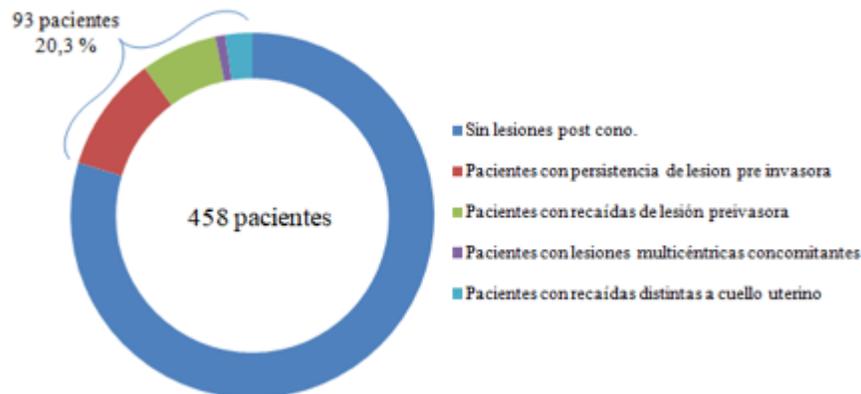


Figura 1. Distribución de las pacientes que ameritaron procedimientos adicionales al cono por neoplasia intraepitelial cervical grado 3.

Cuadro 1. Rango de edad, sexarquia y número de parejas sexuales en el grupo de pacientes con lesiones persistentes posterior a cono por NIC 3.

		Rango
Edad del diagnóstico	42,46 años	26 – 79 años
Edad de la sexarquia	17,62 años	13 – 24 años
Número de parejas sexuales	2,33 parejas	1 – 7 parejas

Antes de la realización del primer cono, al evaluar el reporte de la citología cérvico vaginal en estas pacientes, 4/47 reportaba carcinoma de células escamosas (8,52 %); 34/47 reportaba lesión intraepitelial de alto grado (72,35 %); 2/47 lesión intraepitelial de bajo grado (4,26 %); 1/47 reportó frotis inflamatorio (2,12 %); 1/47 reportó ASCUS (2,12 %); 5/47 fueron reportadas negativas para malignidad (10,63 %) (Figura 2).

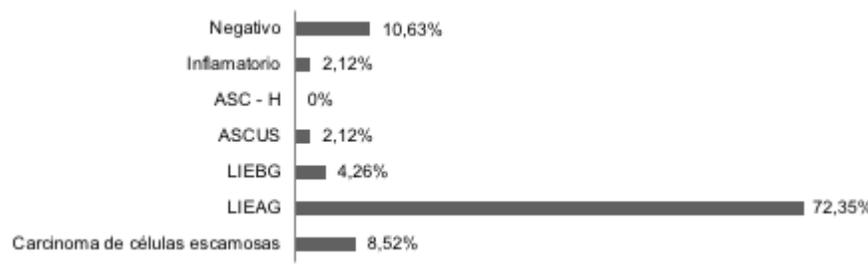


Figura 2. Reporte de la citología cervico vaginal, previo al diagnóstico por cono en el grupo de pacientes que presentaron lesiones persistentes en la pieza operatoria.

Al evaluar la colposcopia previa al primer cono como herramienta diagnóstica, se encontró que 34/47 pacientes (72,35 %) tenían hallazgos colposcópicos sugestivos de lesión intraepitelial;

sin atipias colposcópicas en 6/47 (12,76 %) y no estuvo reportada en 7/47 pacientes (14,89 %) (Figura 3).

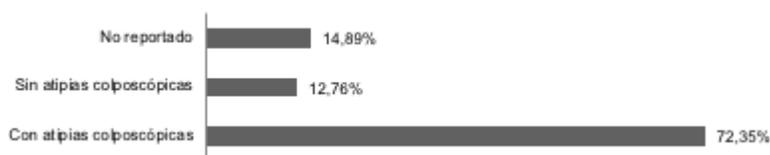
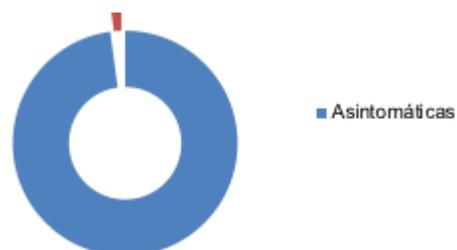


Figura 3. Colposcopia diagnóstica previa al cono por NIC 3 en el grupo de pacientes que presentaron persistencia.

A todas las pacientes se les realizó cono por NIC 3, de las cuales 46/47 (97,87 %) se encontraban asintomáticas y 1/47 (2,13 %) presentó sinusorragia (Figura 4).



El tipo de cono que se realizaron fueron: con asa diatérmica en 35/47 pacientes (74,46 %), 9/47 cono con aguja (19,14 %) y 3/47 cono con bisturí frío (6,4 %) (Figura 5).

Figura 4. Sintomatología de las pacientes con persistencia, previo al cono.

MANEJO DE LAS PACIENTES CON PERSISTENCIA O RECAÍDA POSTERIOR A CONIZACIÓN

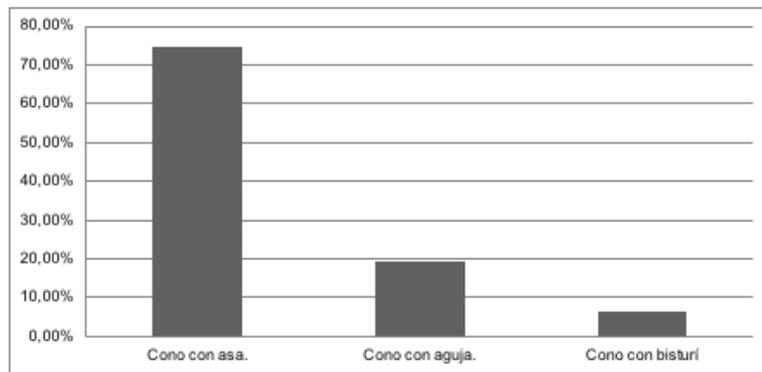


Figura 5. Tipo de cono realizado en pacientes con NIC 3 que posteriormente presentaron persistencia de lesión.

Todas estas pacientes reportaron lesión de alto grado con bordes laterales o vértice positivos, por lo que se planificó un procedimiento adicional, decidiéndose en reunión de servicio que eran candidatas a histerectomía, la cual se realizó en todas las pacientes.

El reporte anatomopatológico fue de 3/47 (6,38 %) NIC 1; 1/47 (2,12 %) NIC 2; 34/47 (72,34 %) NIC 3, 7/47 (14,91 %) carcinoma microinvasor y 2/47 carcinoma invasor (4,25 %) (Figura 6).

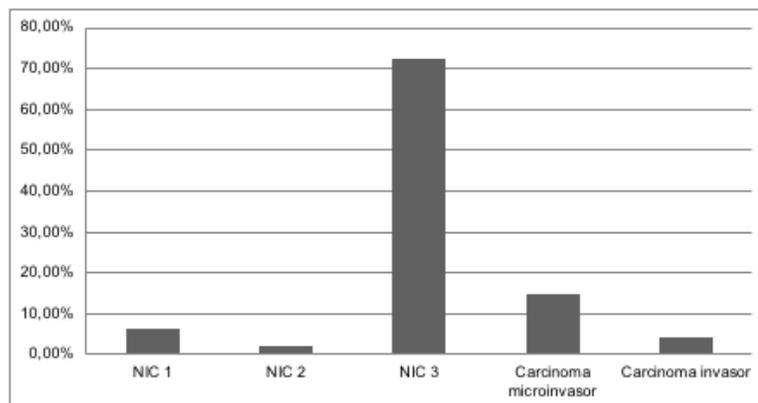


Figura 6. Reporte anatomopatológico en la pieza de histerectomía en pacientes con persistencia de lesión previamente conizadas.

Posteriormente se decidió mantener en seguimiento sucesivo a estas pacientes, de las cuales solo 3/47 (4,25 %) presentaron recaída en cúpula entre los 12 meses y 96 meses, con una

media de 52 meses posterior a la histerectomía (Cuadro 2). 5/47 (10,63 %) pacientes, no cumplieron sus controles sucesivos y se desconoce su evolución en el tiempo.

Cuadro 2. Nueva recaída posterior a histerectomía post conización por persistencia.

Número de pacientes	3 pacientes (4,25%)
Tiempo de recaída	Media de 52 meses.

El otro grupo de pacientes que se analizaron corresponde con aquellas que presentaron (recaída) de lesión preinvasora posterior a los 6 meses de la conización, y está representado por 31/458 pacientes (6,76 %), donde se pudo observar que la edad de estas estuvo comprendida

entre 17 años y 50 años, con un promedio de 33,29 años. En este grupo de pacientes se pudo determinar que la edad de la primera relación sexual en promedio fue a los 16,77 años, con un rango entre 10 años y 20 años. El número de parejas sexuales en promedio fue 2, en un rango entre 1 y 7 parejas (Cuadro 3).

A todas estas pacientes con recaídas se les realizó cono por NIC 3, de las cuales 28/31 (90,33 %) fue con asa, y 3/31 (9,67 %) con aguja. El tiempo de aparición de la recaída fue en promedio a los 38,22 meses pos-cono, con un rango entre 6 y 240 meses (Cuadro 4).

Cuadro 3. Rango de edad, sexarquia y número de parejas sexuales en el grupo de pacientes con recaídas posterior a cono por NIC 3.

	Rango	
Edad del diagnóstico	33,29 años	17 – 50 años
Edad de la sexarquia	16,77 años	10 – 20 años
Número de parejas sexuales	2 parejas	1 – 7 parejas.

Cuadro 4. Tiempo de aparición de las recaídas posterior a cono por NIC 3.

Tiempo	Rango
38,22 meses	6 – 240 meses.

En cuanto al reporte citológico, 16/31 (51,62 %) reportó lesión intraepitelial de alto grado; 7/31 (22,58 %) de bajo grado; 7/31

negativos para malignidad (22,58 %) y 1/31 (3,22 %) reportó células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) (Figura 7).

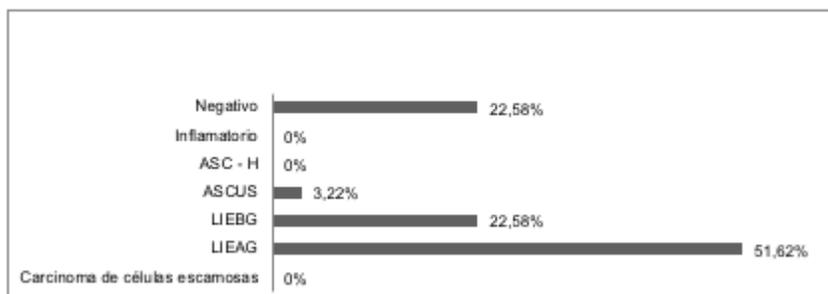


Figura 7. Reporte de citología cervico vaginal en pacientes con diagnóstico de recaída.

En el (96,77 %) de las pacientes evaluadas por colposcopia como herramienta diagnóstica,

se evidenció la lesión reportada como positiva (Figura 8).

MANEJO DE LAS PACIENTES CON PERSISTENCIA O RECAÍDA POSTERIOR A CONIZACIÓN

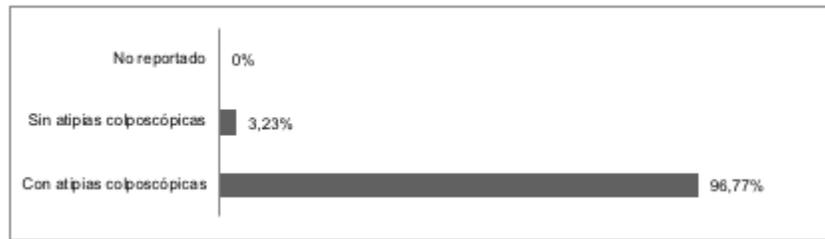


Figura 8. Colposcopia como herramienta diagnóstica de recaída en grupo de pacientes que presentaron recaída pos cono.

Para el diagnóstico, a todas se les tomó biopsia de cuello uterino, de las cuales 11/31 (35,48 %)

reportó NIC 1; 4/31 (12,90 %) NIC 2 y 16/31 (51,62 %) reportó NIC 3 (Figura 9).

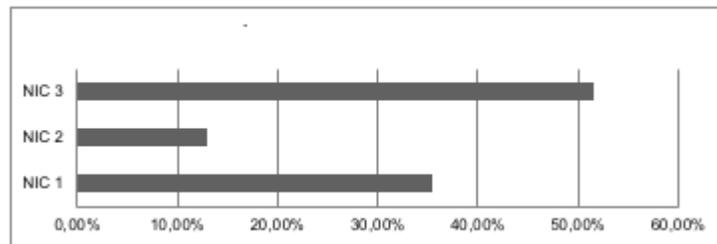


Figura 9. Biopsia diagnóstica de recaída.

Todas las pacientes con recaídas se mantuvieron asintomáticas; sin embargo, a todas se les planificó un procedimiento, de las cuales a 27/31 (87,10 %) fueron solo a reconización y 4/31 (12,90 %) a reconización y posteriormente histerectomía (Figura 10). De aquellas que se planificó reconización 16/27 pacientes (59,25 %), el procedimiento fue realizado con asa diatérmica;

7/27 (25,92 %) cono con aguja y 4/27 (14,83 %) fueron con cono con bisturí frío. En cuanto a las pacientes que se consideró realizar la histerectomía como tratamiento adicional 2/31 (6,45 %), se consideró por NIC 3 extenso en la pieza del cono, a pesar de bordes negativos, y 2/31 (6,45 %) por lesión mayor a NIC 3.

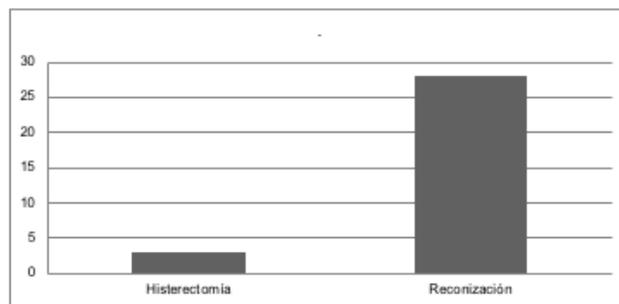


Figura 10. Procedimiento para tratar las recaídas.

De todas estas pacientes con tratamiento por recaída, la pieza de anatomía patológica reportó 28/31 (90,34 %) con lesión preinvasora y bordes negativos; 1/31 (3,22 %) con carcinoma microinvasor que se consideró tratada con la histerectomía; 1/31 (3,22 %) con carcinoma de

células escamosas precoz, a la cual se consideró tratar con histerectomía radical tipo C; 1/31 (3,22 %) con carcinoma de células escamosas localmente avanzado, que posterior al reporte del cono fue tratada con radioterapia y quimioterapia concurrente (Figura 11).

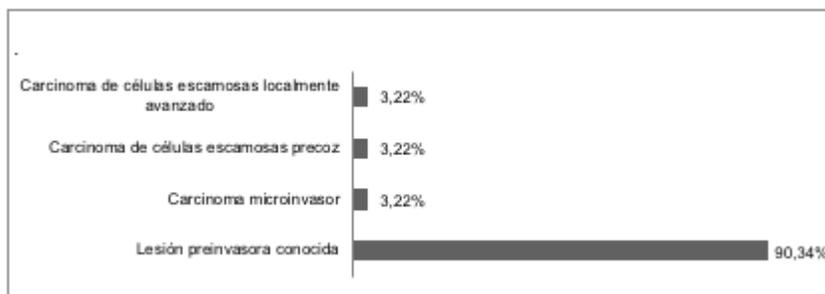


Figura 11. Reporte anatomopatológico en el tratamiento de las recaídas.

De aquellas 28 pacientes con lesión preinvasora y bordes negativos posterior al tratamiento por la recaída, a 5/28 (17,85 %) se les diagnosticó otra recaída entre los 3 y 148 meses, en promedio 66,2 meses, todas estas posterior a la reconización; 4 pacientes no acudieron a controles sucesivos post tratamiento y no se pudo evaluar su evolución (Cuadro 5).

Cuadro 5. Nueva recaída en pacientes ya tratadas con reconización por recaídas.

Diagnóstico de nueva recaída	5 pacientes (17,85%)
Tiempo promedio de la nueva recaída	66,2 meses.

Como hallazgos adicionales interesantes en este análisis de datos estudiados, en 4/458 pacientes (0,87 %) se encontraron lesiones multicéntricas ginecológicas concomitantes con la NIC 3, de las cuales 2 de ellas (0,435 %) se presentaron en vulva (condilomas), las cuales fueron tratadas con resección local, y 2 (0,435 %) en vagina (NIVA 2), tratadas con cupulectomía (Cuadro 6).

Cuadro 6. Lesiones multicéntricas concomitantes con la NIC 3

Porcentaje	0,87 %
Localización	
Vulva	0,435 %
Vagina	0,435 %

11/458 pacientes (2,40 %) desarrollaron en el tiempo otras lesiones preinvasoras en el tracto genital inferior distinto al cuello uterino, entre 8 y 240 meses pos-cono, con una media de 78,54 meses, de las cuales 8 de ellas (1,74 %) fueron en vagina tratadas con cupulectomía y 3 en vulva (0,66 %), tratadas con resección local (Cuadro 7).

Cuadro 7. Otras lesiones pre invasoras desarrolladas en el tiempo en sitios distintos del área ginecológica

Porcentaje	2,40 %
Tiempo promedio de aparición de la nueva lesión	78,54 meses
Localización de la lesión	
Vagina	1,74 %
Vulva	0,66 %

DISCUSIÓN

Los hallazgos en la citología cervicovaginal en conjunto con la oportuna y adecuada toma de biopsia bajo evaluación colposcópica, permite diagnósticos tempranos de lesiones intraepiteliales. El tratamiento de estas lesiones entre otros es la conización de cuello uterino, que tiene finalidad diagnóstica en todos los casos y terapéutica en la mayoría de ellos, a su vez permitiendo conservar la fertilidad con mínimas complicaciones obstétricas; siendo esto importante, ya que la mayoría de las pacientes parecen ser diagnosticadas en edad fértil, siendo en nuestro estudio la media de edad de 42 años.

La tasa de fallos en la conización es alrededor de 5 % - 15 %; los márgenes positivos aumentan con la extensión de la enfermedad (7). En un metaanálisis de 97 estudios cuyo total fueron 44 446 mujeres tratadas por neoplasias intraepiteliales de cuello uterino, determinaron que la proporción de márgenes positivos (persistencias) pos conización fue del 23,1 % (8).

En un estudio canadiense se evaluaron 14 668 pacientes con NIC 3 post tratamiento, encontrándose recurrencias en el 6,1 % de los casos, y se concluyó que las mismas dependieron de la edad, el grado histológico post tratamiento, entre otros factores de riesgo (9).

En nuestro centro se realizó un estudio retrospectivo publicado en 2003, donde se evaluaron 400 pacientes conizadas entre 1984 y 1991, y se evidenció lesión residual en el 11,5 % de las pacientes, y recurrencias en menos del 1 % (10). En el presente estudio se evidencian persistencia de 10,26 %, y de recaídas 6,76 %, por lo que la tasa de éxito en nuestro centro es del 79,7 % con la conización.

En cuanto al tipo de cono, las recurrencias posteriores a escisión con asa representan el 5,31 %, y posterior al cono con bisturí frío el 1,43 %, a los 12 meses; estos datos fueron obtenidos de un metaanálisis de 167 estudios publicado en 2016; sin embargo, concluyen que no hay evidencia de resultados importantes (6). En nuestro estudio esta diferencia no se puede determinar, ya que no hay proporción equitativa de pacientes para los distintos grupos (cono con

asa o con bisturí frío), siendo el cono con asa el que se realizó con mayor frecuencia (74,46 %).

En lo que respecta a la indicación de otro procedimiento distinto al cono, para el manejo de lesión residual o recurrencia, podemos comentar que en el estudio retrospectivo publicado en 2003 en nuestro centro entre 1984 y 1991, se prefiere la histerectomía ampliada para el tratamiento de lesiones persistentes, siendo este el procedimiento de elección, incluso para lesiones microinvasivas (10); de la misma forma, en el presente estudio se prefirió la histerectomía ampliada como el tratamiento de persistencia de lesiones y en algunos casos de recaídas.

El tiempo de recurrencia después del tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical varía dependiendo de múltiples factores, pero en general parece ser baja a los 78 meses de estudio (11). En este trabajo la media de recaída fue de 38,22 meses posterior al tratamiento con cono por NIC 3. El tiempo de la nueva recaída posterior al tratamiento por persistencia de lesión fue a de 52 meses, y el tiempo de una segunda recaída en pacientes tratadas con reconización fue a los 66,2 meses.

El hallazgo de carcinoma microinvasor en pacientes con lesiones residuales en nuestro estudio fue de 14,91 %, lo que se relaciona con el estudio de Calderaro y col. (10), y con un estudio italiano en 2021 donde encontraron 17,1 % de carcinoma microinvasor en piezas de cono (12).

La mayoría de los fracasos al tratamiento son dados por persistencia, o por recaídas, y un riesgo a largo plazo conocido de cáncer de cuello uterino por evolución natural de la enfermedad, si no es tratada la lesión pre invasiva (9). La literatura estima que el 70 % de las lesiones intraepiteliales cervicales grado 3, si no reciben tratamiento van a evolucionar a cáncer entre 10-20 años (6).

En un estudio holandés publicado en 2020 que incluyó 1.554 pacientes tratadas por NIC 3, las mujeres mayores de 50 años durante el diagnóstico tuvieron una tasa de riesgo de desarrollar siete veces más cáncer de cuello uterino, y las que presentaron recurrencia, esta posibilidad aumentó nueve veces el riesgo (13).

El tratamiento oportuno de las lesiones intraepiteliales cervicales impide su evolución a

cáncer, y es por esto por lo que, en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud del 2020, están las medidas (90-70-90), que incluyen vacunar el 90 % de las niñas contra el VPH, hacer pesquisa en el 70 % de las mujeres al menos dos veces a lo largo de su vida, y tratar eficazmente al 90 % de las mujeres con una prueba de detección positiva o una lesión cervical.

CONCLUSIONES

Los hallazgos en la citología cervicovaginal, en conjunto con la oportuna y adecuada toma de biopsia bajo evaluación colposcópica, permite diagnósticos tempranos de lesiones intraepiteliales. En este estudio se evidenció persistencia de 10,26 % y recaídas del 6,76 %.

RECOMENDACIONES

Se recomienda extender este tipo de estudio en el tiempo, e incluir pacientes vacunadas contra el VPH, para evaluar las tasas de lesiones persistentes y recaídas en este subgrupo de pacientes.

REFERENCIAS

1. International Agency for Research of Cancer / World Health Organization. Venezuelan Bolivarian Republic: The Global Cancer Observatory. 2020. Disponible: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/862-venezuela-bolivarian-republic-of-fact-sheets.pdf>.
2. Wall J, Boitano T, Massad L, Huh Warner. Preinvasive Disease of the Cervix. En: Creasman W, Mutch D, Mannel R, Sujata K, editors. 10^a edition. Disaia and Creasman Clin Gynecol Oncol. Elsevier. 2023.p.1-19.
3. Lei J, Ploner A, Elfström M, Wang J, Roth A, Fang F. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. N Engl J Med. 2020;383:1340-1348.
4. Medina F, Sánchez-Lander J, Calderaro F, Borges A, Rennola A, Bermúdez C, et al. Cáncer de cuello uterino. Consenso nacional para el diagnóstico y tratamiento 2010. Rev Venez Oncol. 2011;23(2):102-129.
5. Loopik DL, Bentley HA, Eijgenraam MN, IntHout J, Bekkers RLM, Bentley JR. The Natural History of Cervical Intraepithelial Neoplasia Grades 1, 2, and 3: A Systematic Review and Meta-analysis. J Low Genit Tract Dis. 2021;25(3):221-231.
6. Santesso N, Mustafa RA, Wiercioch W, Kehar R, Gandhi S, Chen Y, et al. Systematic reviews and meta-analyses of benefits and harms of cryotherapy, LEEP, and cold knife conization to treat cervical intraepithelial neoplasia. Int J Gynaecol Obstet. 2016;132(3):266-271.
7. Kanayama S, Nakagawa E, Ueno S, Muraji M, Wakahashi S, Sudo T, et al. Outcomes of Laser Conization for Cervical Intraepithelial Neoplasia 2-3 and Microinvasive Cervical Cancer. World J Oncol. 2014;5(2):62-67.
8. Arbyn M, Redman CWE, Verdoodt F, Kyrgiou M, Tzafetas M, Ghaem-Maghami S, et al. Incomplete excision of cervical precancer as a predictor of treatment failure: A systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. 2017;18(12):1665-1679.
8. Swift BE, Wang L, Jembere N, Kupets R. Risk of Recurrence After Treatment for Cervical Intraepithelial Neoplasia 3 and Adenocarcinoma in situ of the Cervix: Recurrence of CIN 3 and AIS of Cervix. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(3):252-258.
10. Calderaro F, Delgado R, Medina F. Persistencia de lesión posterior a la conización por NIC III del cuello uterino. Rev Venez Oncol. 2004;16(1):28-33.
11. Bjornerem M, Sorbye S, Skjeldestad F. Recurrent disease after treatment for cervical intraepithelial neoplasia - The importance of a flawless definition of residual disease and length of follow-up. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;244:44-49.
12. Hartman CA, Bragança JF, Gurgel MSC, Zeferino LC, Andrade LALA, Teixeira JC. Conservative treatment of microinvasive squamous cell carcinoma of the cervix stage IA1: Defining conization height to an optimal oncological outcome. PLoS One. 2021;16(7):e0253998.
13. Loopik DL, IntHout J, Ebisch RMF, Melchers WJG, Massuger LFAG, Siebers AG, et al. The risk of cervical cancer after cervical intraepithelial neoplasia grade 3: A population-based cohort study with 80,442 women. Gynecol Oncol. 2020;157(1):195-201.