

CONIZACIÓN, AÑOS DE EXPERIENCIA

Ballesteros Benito E.; Rayo Navarro M. N.; Solís Villamarzo I.; Del Barrio Fernández P.; Huertas Fernández M.A.; Mateos Burguillo F
H. U. Getafe

OBJETIVO:

Revisión de las conizaciones realizadas en nuestro centro como método terapéutico en la displasia cervical.

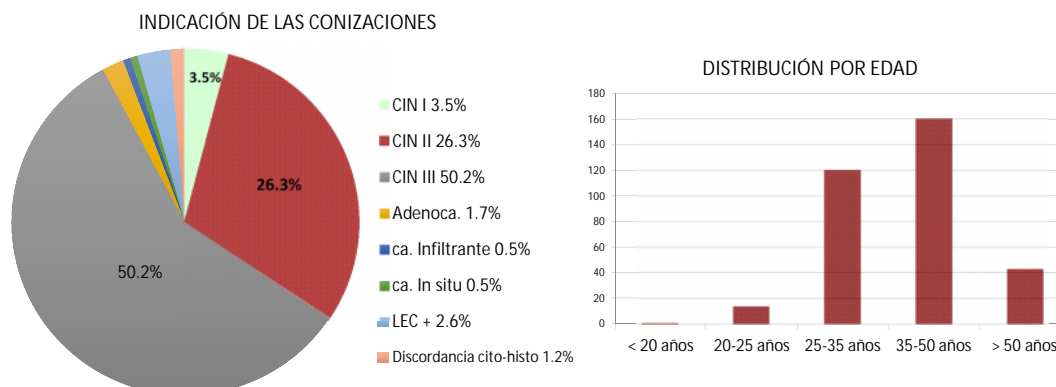
MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo sobre una muestra de 338 pacientes sometidas a conización cervical en el H.U de Getafe (2013 – 2016).

VARIABLES ESTUDIADAS: indicación de conización, rango de edad de las pacientes, márgenes libres o afectados en pieza quirúrgica, necesidad de cirugía posterior (nueva conización o histerectomía) y tasa de conizaciones con resultado normal anatómo-patológico.

RESULTADOS:

La indicación de las conizaciones realizadas en las 338 pacientes incluidas en nuestro estudio, en función de la biopsia preoperatoria fueron las mostradas en el gráfico:



En cuanto a los márgenes de la pieza quirúrgica: 275 (81.3%) estaban libres de lesión mientras que 50 (14.8%) presentaron borde afectados. De esas 50 pacientes, únicamente en 8 de ellas (2.36%) fue necesaria una nueva conización.

Se realizaron 22 histerectomías (6.5%), de las cuales el margen quirúrgico de la conización previa estaba afecto en 14/22 (63.6 %); y márgenes libre en 8 de ellas (36.3 %).

En total, 30 pacientes necesitaron una cirugía posterior a la conización (8.8%).

En 30 de los casos la AP del cono fue negativa "conizaciones en blanco" (8.2 %).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La indicación más frecuente de conización en nuestro centro es la displasia cervical de alto grado (CIN II-III).

La mayoría de pacientes intervenidas pertenecía a un rango de edad entre 25 y 50 años, siendo excepcional la cirugía antes de los 25 y viendo una importante disminución de la incidencia de displasia cervical a partir de los 50 años, coincidiendo con lo descrito en la literatura.

En nuestra serie, la tasa de reintervención es muy baja, siendo por lo tanto la conización, en la mayoría de los casos, una cirugía curativa.

Recalamos la importancia de conseguir bordes libres de displasia en la pieza quirúrgica, evitando en la medida de lo posible, futuras cirugías posteriores, teniendo en cuenta la paridad de la paciente y la extensión de la lesión colposcópica.