

Contenido / Contents

Resúmenes.

2

Artículos:

Duración de la lactancia y factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares maternas

4

El test del virus del papiloma humano (VPH) después de una conización, para la predicción de una enfermedad residual en especímenes de histerectomías subsecuentes

7

Viernes 17

JULIO | 2009

**DIRECCIONES
Secretaría SGU.**Hospital «Pereira Rossell».
Br. Artigas 1550. Piso 2. CP 11.600.
Montevideo, Uruguay. sgubib@chasque.net

Plaza de las Lavanderas. (RT, foto e intervención digital)

El nombre de esta plaza tiene su historia: se encuentra en la esquina formada por las calles Echevarriarza, Buxareo y la llamada “Camino de los hormigueros” que hasta hace unos 10 o 12 años, cuando me mudé a una cuadra de la misma, era aún un camino de balasto, sin veredas y aproximadamente de una cuadra de largo, muy probablemente lo que quedaba del primitivo acceso a la arenosa orilla del “Arroyo de los Pocitos”, a cuya vera crecían añoso árboles de los que, pudiera ser, aún es testigo un viejo y enorme olivo que, seguramente, tiene más de cien largos años de existencia y que aún brinda todos los años su buena cosecha de aceitunas negras que nadie aprovecha. (La intensa mancha verde “con mil distintos tonos de verde” que aparece en la mitad izquierda de la imagen). El arroyo, ahora intubado, nacía en una fuente natural al pie de la tribuna América del Estadio Centenario y se deslizaba entre suaves meandros hasta desembocar en la playa Pocitos, muy probablemente a esa misma altura (Pagola y la rambla). Quedan recuerdos de mi lejana niñez, del boliche “Las Ranas” en la esquina de Pagola y

Las opiniones vertidas en *Pescando en internet* son exclusiva responsabilidad del autor y creador de este Boletín Electrónico, Dr. Ricardo Topolanski, salvo expresión de lo contrario. La selección de temas publicados no tiene ningún vínculo de interés con empresas o auspiciantes. Es una publicación apoyada y distribuida a través del padrón de socios de la SGU y de la SOGIU, pero no es ni representa la opinión oficial de ninguna de las dos sociedades.

ENVÍAN Y DIFUNDEN:

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
Sociedad de Ginecotología del Interior del Uruguay

Secretaría SOGIU

18 de Julio 714. CP 60.000.

Paysandú, Uruguay

Fax: (598 72) 25335

info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU

• <http://www.sguruguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU

• <http://www.sogiu.com>

J. Benito Blanco, donde existió un puente peatonal. Durante muchos años, recuerdo todavía, la rambla terminaba a la altura de la calle Barreiro, una cuadra más hacia el oeste. Después vino la intubación del arroyo y la desaparición del puente a la altura de la calle 26 de Marzo, adoquinada a ese nivel del puente, donde la calle hace una curva antes del cruce con Lorenzo J. Pérez. Se continuó la rambla hasta el Buceo, donde durante muchos años la única casa construida sobre la parte más fue la de estilo Tudor, de Mac Eachen (Maqueca, como se le dice a la calle que lleva su nombre y que cruza Rivera), la que también cedió su lugar a “la piqueta fatal del progreso”... Las únicas casas que quedan (que no dado lugar [todavía] a edificios de apartamentos son la de Maihlos y la del ex-profesor de pediatría, el doctor Bauzá). Si quieren saber más sobre esta zona, lean el libro de Ravera, “De Pereira para abajo” prolijo relato histórico de Pocitos viejo, desde fines del siglo XIX hasta más o menos la década del 30. El arroyo intubado desembocaba en la zona donde comienzan las rocas al final de la playa y estaba cerrado por una reja, cuya puerta siempre abierta nos permitía, cuando éramos niños o pequeños adolescentes, internarnos en el verano, cuando casi no bajaba agua, hasta una cuadra más o menos, cuando una curva y la oscuridad creciente, nos asustaba como para detener nuestro espíritu de exploradores. Después vinieron las obras de la plaza Churchill, la calle junto a la playa que llega hasta el Yate Club, la explanada de la parada de ómnibus de Pocitos, junto a Kibón y la continuación con un murallón, ahora a cielo abierto, del arroyo, cuya desembocadura con filtros para la basura, se encuentra junto a la edificación de este edificio y la playa de estacionamiento, paralela durante unos 200m al rompeolas de grandes piedras, que protege su canalización.

Siglas: BPN, bajo peso al nacer; CIN, neoplasia intraepitelial cervical; CTG, cardiocograma fetal; EAC, ensayo aleatorizado y controlado; ECV, enfermedad cardiovascular; FCF, frecuencia cardiaca fetal; IMC, índice de masa corporal; LEEP, ansa electroquirúrgica; OR (odds ratio o “razón de los hechos”); VPH, virus del papiloma humano.

Resúmenes.

1. Análisis computarizado del ritmo del cardiograma fetal normal durante la gestación

Serra V, Bellver J, Moulden M, Redman CD. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, JUNIO, 2009.

OBJETIVO. Analizar la evolución de los parámetros del cardiograma fetal (CTG) computarizado durante la gestación en un gran archivo de trazados de fetos saludables. METODOLOGÍA: Se trata de un estudio transversal del primer registro de 4.412 fetos únicos con un buen resultado de la gestación. Los rangos normales de los CTG para las semanas 25^a a la 42^a derivaron de sólo 1 CTG por feto, y se investigó la relación entre los parámetros y la edad gestacional. RESULTADOS: La tasa de las aceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), la variación general de las aceleraciones cortas y largas, la duración de los episodios de variaciones altas y bajas y la variación de los episodios altos aumentados con el progreso de la gestación. En contraste, la percepción materna de los movimientos fetal, de la FCF basal, la variación de los episodios

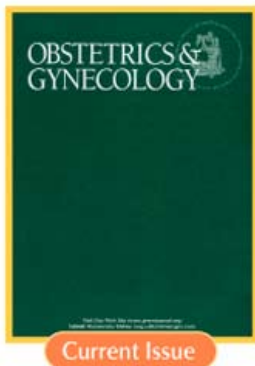


Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

OBSTETRIC AND GYNECOLOGY
<http://www.greenjournal.org/>



bajos y el tiempo hasta que se determina la disminución del criterio de normalidad con el avance de la gestación. Los cambios en la FCF relacionados con la edad gestacional son menos evidentes en los percentiles más bajos. Se detectaron en la mayoría de los fetos, episodios de variaciones de las FCF elevadas, incluso a las 25 semanas. Se observaron tendencias opuestas de la FCF basal y de la variación a las 42 semanas. También fueron elevadas las deceleraciones grandes y las frecuencias y duraciones de los episodios bajos a las 42 semanas. EN CONCLUSIÓN: Las características del ritmo normal de la FCF están bastante definidas desde temprano en la gestación, siguiendo una tendencia continua con el avance de la gestación y con un cambio abrupto hacia las 42 semanas. Los cambios relacionados con la edad gestacional son menos obvios en los percentiles más bajos.

2. Disminución del número de fetos catalogados como “Bajo Peso al Nacer” (BPN) a través de las visitas domiciliarias durante el embarazo

Lee E, SD Mitchell-Herzfeld, AA Lowenfels, R Greene, V Dorawabaila y KA DuMont. Am J Prev Med. 2009; 36: 154-60 (Resumen y Comentario editorial de *Obstetrical and Gynecological Survey* 2009; 64: 6).

El riesgo del parto de pretérmino y de BPN está aumentado en las embarazadas que son jóvenes, negras y pobres, o que tienen problemas socioeconómicos. La mortalidad precoz, los problemas de salud y los retrasos en el desarrollo ocurren con más frecuencia en los recién nacidos de pretérmino, que en los de término. En varios estudios, se obtuvieron mejores resultados con programas que brindaban acceso a los servicios clínicos y al tratamiento de los casos clínicos a las adolescentes o a las madres de bajos ingresos. La visita domiciliaria es uno de tales programas que disminuyó la frecuencia de BPN en dos ensayos aleatorizados y controlados (**EAC**) y en este estudio se determinó la efectividad del Programa de Visitas Prenatales Domiciliarias del programa HEALTH FAMILIES NEW YORK, en la disminución de los partos con BPN y de otros resultados adversos en adolescentes y en mujeres en mala situación socio-económica; este estudio fue parte de un EAC más grande en 3 diferentes lugares, en los que se hicieron las asignaciones para un grupo de intervención (n=236) o para un grupo de control (n=265). El grupo de intervención ofreció visitas bisemanales enfocadas en brindar apoyo social, educación en salud y un vinculación de la madre a otros servicios médicos y comunitarios. El grupo de control recibió información y referencias para otros servicios que no fueran las visitas domiciliarias. Los criterios de elegibilidad se basaron sobre factores socio-económicos tales como la pobreza, el embarazo en adolescentes y el riesgo de maltrato infantil. Casi la mitad de las participantes eran negras y alrededor de un cuarto eran de origen hispano; el 90% fueron madres solteras. La edad gestacional al momento de la asignación a uno de los grupos fue de alrededor de las 30 semanas. Para determinar si un enrolamiento a una edad gestacional menor, se analizó un subgrupo aleatorizado, tanto a las 24 semanas como a las 16 semanas. El resultado primario del estudio fue un peso al nacer de 2.500g. Las madres del grupo aleatorizado a las 36 semanas para una visita domiciliaria, tuvieron menos probabilidades, significativamente, de tener recién nacidos de BPN (5.1% vs. 9.8%) La ORaj fue 0.43, IC95% 0.21- 0.8. El enrolamiento en el programa social a las 24 semanas redujo aún más la razón de los hechos para los BPN (ORaj 0.62, IC95% 0.14-0.74). Los investigadores llegaron a la conclusión, desde estos hallazgos, que un programa prenatal de visitas domiciliarias en mujeres con problemas socio-económicos, brinda una

DIVINA 21
Drospirenona 3,00 mg + Ethinilestradiol 0,03 mg

Protección y bienestar al alcance de toda mujer

AJOG
<http://www.ajog.org/>



gran promesa para las mujeres en riesgo.

El comentarista editorial de la revista (OBS) expresa que desde hace tiempo se espera que estos apoyos extra-prenatales (*no propiamente médicos*) en mujeres en alto riesgo de tener hijos con BPN mitiguen los riesgos de estos resultados, los que, en su mayor parte, no se han cumplido y cita al respecto dos publicaciones una en el NEJM, 1992; 327:1266 y otra en el JAMA, 1997, 278: 644 y entiende además por *biweekly* lo mismo que *every other week*, cada 2 semanas, lo que es completamente diferente (*La primera acepción es dos veces por semana y la segunda cada 2 semanas; una conversación de una hora 2 veces por semana puede dar por sí misma, mucho más que una cada dos semanas y más aún si quien hace la visita es una persona, miembro de la comunidad e instruida.*) Más adelante afirma que en un artículo de Cliska se revisaron 211 artículos al respecto y que el resultado mostró que las visitas domiciliarias no son la respuesta al problema de la prematuridad y que no afectan de modo sustancial el peso al nacer. Dice además que las conductas y actividades facilitadas por las visitadoras a los hogares son básicas y caen bajo el rubro de los buenos cuidados prenatales. Sin embargo, algo más arriba se menciona algo que debe anotarse como recién lo anoté en letra cursiva: las visitadoras no son profesionales (enfermeras o asistentes sociales) sino "*indigenous to the community*" lo que podría interpretarse como del mismo rango o tipo social que la embarazada y que "*shared the same language and cultural background as the program participantes*" o sea que comparten el mismo lenguaje y base cultural que las participantes del programa, lo cual podría ser muy bien la explicación del porqué existe una diferencia entre lo que explican las profesionales en un lenguaje académico (se supone) y lo que dicen las vecinas más ilustradas, aunque con los mismos términos populares que usan las pacientes visitadas. Aquí parecen mezclarse pues, varias cosas que no dejan en claro la situación. Sólo quedan los resultados brindados en el resumen de los autores que, evidentemente, son mejores...

■ Duración de la lactancia y factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares maternas

Se trata en este caso de uno de esos interesantes y difíciles trabajos de investigación, más que nada por lo que implica la búsqueda de las personas después de muchos años de haber transcurrido determinados acontecimientos, como es el caso de esta investigación, dónde lo que se buscó es qué influencia podría tener la duración de la o de las lactancias sobre la aparición o no, de determinadas patologías en la madre muchos años después y saber cómo este acto fisiológico puede ser el determinante de aspectos que se descubren tanto tiempo después. (¿A quién se le ocurrió unir estos acontecimientos? Veremos...) El trabajo se publicó en OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, la revista del ACOG, 2009; 113: 974-82, y fue efectuado por un equipo encabezado por **Eleanor Schwarz Bimla**, del Departamento de Medicina de la Universidad de Pittsburgh en Pennsylvania, de la División de Ciencias de Salud Pública del Centro de Investigaciones del Cáncer Fred Hutchinson, Seattle, Washington; de la División de Medicina Materno-Fetal, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Caro-

lina del Norte en Chapel Hill, de la Universidad de California en San Diego, La Jolla, California y del Departamento de Epidemiología, de la Escuela de Graduados de Salud Pública, de la Universidad de Pittsburgh, en Pennsylvania.

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares (**ECV**) son la principal causa de muerte de las mujeres en los países desarrollados y por lo tanto es importante identificar conductas que puedan modificar este riesgo de muerte. Se sabe muy bien que la dieta y el ejercicio afectan a las enfermedades cardiovasculares pero, se conoce menos sobre cómo las afectan las decisiones de las madres de alimentar a pecho a sus hijos sobre el futuro riesgo de padecer una ECV. Aunque están ampliamente reconocidos los beneficios de la lactancia materna para la salud fetal, en los EEUU, durante el año 2004, sólo 11% de las madres alimentaba exclusivamente a pecho a sus hijos recién nacidos durante los primeros 6 meses de vida.

La lactancia incrementa el gasto metabólico materno en un monto aproximado de 480 kcal/d, por lo que las madres que dan de mamar pierden más peso en el periodo posparto que las mujeres que no lactan. Se ha demostrado que la lactancia activa mejora la tolerancia a la glucosa, el metabolismo lipídico y a la proteína C-reactiva y, recientemente, se señaló acerca de un mayor rango de efectos de la misma.

No se aclaró totalmente, si en realidad la lactancia disminuye el riesgo de ECV y si estos beneficios continúan después de la menopausia. El objetivo del presente estudio fue, por lo tanto, examinar los efectos de la lactancia sobre el riesgo subsecuente de obesidad, de hipertensión, de diabetes, de hiperlipidemia y de ECV en **139.681** mujeres postmenopáusicas.

Metodología empleada. Se observaron los datos de las 139.681 mujeres, que tenían un promedio etario de 63 años y que, por lo menos, tuvieron un recién nacido vivo en el estudio WHI al enrolarse en el mismo o en otros ensayos controlados. Se emplearon modelos de multivariados para el control sociodemográfico: edad, paridad, raza, educación, ingresos, edad de la menopausia, estilo de vida y variables de la historia familiar, al examinar los efectos de la duración de la lactancia sobre los factores de riesgo de las ECV, incluyendo la obesidad, el índice de masa corporal (**IMC**) a los 30 o más años, la hipertensión y la prevalencia e incidencia de las ECV.

Resultados obtenidos. Se observaron las relaciones dosis/respuesta en modelos totalmente ajustados de mujeres que comunicaron una historia de más de 12 meses de lactancia que se acompañaba de menos posibilidades de presentar hipertensión (**OR** 0.88, $P < 0.001$), diabetes (**OR** 0.80, $P < 0.001$), hiperlipidemia (**OR** 0.81, $P < 0.001$), o ECV (**OR** 0.91, $P < 0.008$), que las mujeres que nunca lactaron pero que, tampoco tenían menos probabilidades de ser obesas. En modelos ajustados para todas las variables señaladas y el IMC, se observaron relacionamientos similares. Empleando razones de prevalencia multivariada ajustadas, de modelos lineares de generalización, los autores estimaron que entre las mujeres que habían tenido hijos, las que no dieron de mamar comparadas con las que lo hicieron durante más de 12 meses, **42.1%** vs **38.6%**, tendrían hipertensión, **5.3%** vs 4.3 tendrían diabetes y **9.9%** vs **9.1** habrían desarrollado una ECV durante la menopausia. Por encima de un promedio de 7.9 años de participación en la WHI, las mujeres que tuvieron un solo hijo y que lac-

taron entre 7 y 12 meses tuvieron, en forma significativa, menos ECV (razón de azar, 0.72, IC95% 0.55-0.97), que las que nunca dieron de mamar.

Discusión por los autores. En este estudio se encontró que las mujeres que lactaron a sus hijos tenían menos probabilidades de desarrollar una hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemia y ECV durante la postmenopausia. Las mujeres que comunicaron haber tenido lactancias prolongadas tuvieron de manera significativa, tasas más bajas de riesgo de ECV, incluso después de hacer los ajustes de las variables sociodemográficos y de los estilos de vida, de la historia familiar y de la categoría del IMC. Las mujeres que tuvieron una duración acumulada de lactancias durante su vida mayor de 12 meses, tuvieron aproximadamente 10% menos de desarrollar una ECV que las que mujeres que parieron pero que nunca lactaron. Aunque la Academia (Norte) Americana de Pediatría, en su interés de promover la salud del niño, recomienda la lactancia durante los primeros 12 meses de vida del recién nacido, el presente estudio muestra que esta recomendación beneficia también a la salud materna. Si en un ensayo aleatorizado y controlado se encontraran efectos de tamaños similares en la comparación de mujeres que lactaron durante menos de un año, con las que nunca lo hicieron, se podría estimar, de forma grosera, que el número necesario para tratar de prevenir un caso de hipertensión materna, debería ser 29, para prevenir un caso de hiperlipidemia debería ser 40, para prevenir que una mujer padeciera una diabetes debería ser 100 y para prevenir un caso de ECV, debería ser 125. Estos efectos producen cuerpo creciente de literatura en la que se demuestra que la lactancia tiene efectos beneficiosos sobre la presión sanguínea, sobre el riesgo de desarrollar una diabetes y sobre el metabolismo lipídico. Se sabe que la grasa se acumula durante el embarazo y en estudios previos se demostró que, en poblaciones que se alimentaron a pecho, es raro que la preñez incremente el riesgo de ECV. Se planteó que la lactancia podría reducir el riesgo cardiovascular al movilizar los depósitos de grasa acumulados. Sin embargo, el hallazgo de esta investigación de que las mujeres que han lactado tenían tasas inferiores de ECV después de haber efectuado los ajustes por categoría del IMC, indica que la lactancia hace más que simplemente disminuir los depósitos de grasa de la mujer. Los efectos hormonales, tales como los de la oxitocina, pueden tener efectos significativos sobre los perfiles cardiovasculares y, aunque algunos han considerado que la disminución por la lactancia de las hormonas gonadales como similar a la menopausia, lo que incrementa el riesgo de ECV, se encontró aquí paradójicamente, que la lactancia protege a la mujer contra las ECV, aunque que estos beneficios parecen desvanecerse cuando la mujer llega a los 70 años y cuando aumenta el tiempo desde cuando la mujer lactó.

Las fortalezas de este estudio incluyen el amplio y racialmente diverso grupo de mujeres que participaron en el WHI. Sin embargo, todos los estudios de observación pueden estar sujetos a factores de confusión residuales. La duración vital de la lactancia, lo mismo que una historia de diabetes, de hiperlipidemia o de una ECV prevalente fueron todas autocomunicadas. La medición de la lactancia empleada en este estudio no permite estimar la intensidad o la exclusividad con la que las mujeres alimentaron a sus recién nacidos por lo que es posible que efectos más poderosos pudieran ser observados con la lactancia exclusiva. Se llamó la atención sobre algunos sesgos en la comunicación de la historia de la lactancia por parte de algunas mujeres. En investigaciones previas se encontró que algunas mujeres con historias más cortas de lac-

tancia tendían a subcomunicarlas. Presumiendo que este tipo de mala clasificación no se diferencia con respecto a los resultados examinados, se atenuarían las estimaciones de dosis/respuesta relacionadas entre la duración de la lactancia y la salud *a posteriori*.

Sin embargo, se observaron importantes relacionamientos dosis/respuesta entre la duración de la lactancia y los riesgos de ECV. Algunos autores han sostenido la hipótesis de que las mujeres que fueron capaces de brindar una prolongada alimentación a pecho tenían vidas “menos estresantes”, lo que podría disminuir sus riesgos de ECV. Aunque los autores efectuaron los controles de las variables socio-económicas (educación, ingresos, raza, paridad y uso de tabaco) que se han relacionado con el estrés, pueden quedar otros factores. Además, en algunos estudios se vinculó la obesidad y la resistencia a la insulina como una dificultad para la lactancia, sugiriéndose que una menor duración podría ser un marcador de la existencia de un perfil metabólico anormal. Lamentablemente, los datos acerca de un riesgo cardiovascular no se recogieron durante el periodo de la lactancia por la WHI. Es más probable que las mujeres que fueron alimentadas a pecho por sus madres lo hicieran también con sus recién hijos. Si al comienzo de la vida la exposición a la leche materna afecta al riesgo posterior de ECV, los modelos sin esta variable podrían verse sujetos a confusiones residuales. Los modelos empleados en esta investigación, que incluyeron esta variable, fueron similares a otras estimaciones, junto con otros estudios recientes que brindaron pocas evidencia de un efecto protector por haber sido alimentado a pecho, sobre el riesgo de factores de ECV, de su incidencia o de la mortalidad más tarde en su vida.

En conclusión, en este estudio se demostró que la lactancia puede jugar un rol fundamental en la disminución del riesgo de ECV, lo cual implica que la recomendación de que las mujeres alimenten a sus hijos durante el primer año de vida debería endosarse para el beneficio de la salud, tanto de la madre como de su hijo.

■ **El test del virus del papiloma humano (VPH) después de una conización, para la predicción de una enfermedad residual en espécimen de histerectomías subsecuentes**

Introducción. La conización del cuello uterino por medio de procedimientos como la conización con bisturí frío o la excisión con ansa electroquirúrgica (**LEEP**), son considerados procedimientos apropiados para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical del grado 3 (**CIN 3**) y del carcinoma cervical microinvasor (**cáncer IA1**). Sin embargo, la enfermedad residual post conización debida a un CIN 3 o a un cáncer IA1 se encuentra en 23% a 34% de las pacientes que son sometidas posteriormente a una histerectomía total. Por lo tanto, una predicción exacta de una enfermedad residual post conización sería importante a los efectos del tratamiento conservador y la consejería a las pacientes con CIN 3 y con cáncer IA1, tanto para el médico como para la paciente. Aunque distintos factores demográficos y clínico-patológicos, incluyendo la edad, la paridad, el estatus menopáusico, la severidad de la lesión, la extensión glandular (*¿la extensión del ectopión?*)

y los márgenes de la resección, han sido comunicados como predictivos de enfermedad residual post conización, el estatus del margen de resección sigue siendo el estándar de oro de la técnica para la predicción de la misma después de la conización. Sin embargo, la enfermedad puede encontrarse posteriormente hasta en 2 a 31% de las pacientes con márgenes de resección negativos. Esto puede deberse a que múltiples lesiones pueden no haber sido extirpadas con la conización pero, por contraste, la enfermedad residual no se encuentra en 10 a 60% de las pacientes con márgenes de resección positivos, lo cual puede deberse a que la enfermedad residual es eliminada por la acidez vaginal y el rápido recambio celular durante la cicatrización del cuello y debido a que el empleo de la electrocoagulación para la hemostasis en la base del cráter de la conización, puede destruir las células tumorales residuales. Por lo tanto, la resección de los márgenes no es suficiente para la predicción de la enfermedad residual después de una conización en una gran proporción de pacientes, requiriéndose un factor de predicción más exacto.

Recientemente se evaluó el test del VPH como un test de predicción de enfermedad residual o de recidiva después de la conización en varios estudios y se propuso un efectuar un test para el VPH pre-histerectomía también, como un posible factor de predicción de enfermedad residual en algunos estudios. Se sabe que el VPH de alto riesgo produce hasta el 99.7% de los cánceres del cuello uterino y que las lesiones precursoras de alto grado se encuentran en la mayoría de estas lesiones, (*¿en qué porcentaje?*) por lo que la presencia de un VPH de alto riesgo después de una conización podría ser un marcador adecuado de enfermedad residual. El objetivo del presente estudio fue estimar el rol del test del VPH efectuado después de la conización (inmediatamente antes de una histerectomía total) para predecir la presencia de una enfermedad residual en las muestras del tejido de una histerectomía posterior.

Metodología empleada en la investigación. Se incluyó en este estudio prospectivo un total de 115 pacientes a las que se les efectuó una histerectomía total debido a la presencia de un CIN 3 y un cáncer microinvasor. Todas las pacientes fueron sometidas a un test de VPH con un ensayo de hibridación líquida, inmediatamente antes de la intervención. Las diferencias en la sensibilidad, en la especificidad y en la exactitud entre el estudio del margen de resección y del test del VPH para predecir la enfermedad residual en la histerectomía posterior se estimaron mediante el test exacto de McNemar.

Resultados obtenidos en la investigación. El análisis univariable demostró que la edad, la paridad, el estatus menopáusico, la extensión del tejido glandular endocervical y la severidad de la enfermedad, no resultaron factores de predicción de una enfermedad residual pero que, un margen de resección positivo y los test positivos para el VPH sí, fueron factores significativos para la predicción de una enfermedad residual. También fueron significativos en los análisis de múltiples variables (margen de resección positivo 45.5%, OR 3.09, IC95% 1.19-8.03, P<0.021; test VPH positivo 57.6%, OR 11.05, IC95% 4.01-30.49, p<0.001). Con el margen de resección, la sensibilidad, la especificidad y la exactitud para la predicción de la enfermedad residual fue de 75%, 53% y 61%, respectivamente, en tanto que con el test de VP, estos valores fueron 85%, 67% y 73% respectivamente (p< 0.454, 0.80 y 0.44, respectivamente). De las pacientes con márgenes de resección negativa, en ninguna paciente se comprobó una enfermedad residual.

AJOG
<http://www.ajog.org/>



Discusión por los autores. En este estudio, los análisis multivariantes mostraron que los márgenes de resección del cono y los test para el VPH pre-histerectomía fueron factores de predicción significativos para el diagnóstico de enfermedad residual post-conización. La exactitud del diagnóstico del test de VPH pre-histerectomía fue más grande, significativamente, que el del margen de resección. Además, cuando se usó en combinación con el test del VPH, el valor predictivo de los márgenes del cono para la enfermedad residual mejoró mucho.

Pacientes con CIN 3 y casos de cáncer IA1 seleccionados, reciben a menudo tratamientos conservadores como la conización, tanto con bisturí frío como la resección con el LEEP. Sin embargo, es importante evitar la existencia de cualquier enfermedad residual en el cuello restante post conización. Se propuso que el estatus del margen de la resección del cono fuera un factor de predicción exacto, pero sin embargo, se puede encontrar una enfermedad residual en 2 a 31% de las pacientes con márgenes negativos y no se encuentran entre 10 y 69% de pacientes con márgenes positivos. Por lo tanto, la identificación de las pacientes a ser histerectomizadas sólo sobre la base del estatus del margen podría resultar en un sobre-tratamiento de muchas mujeres y de un sub-tratamiento en un grupo más pequeño pero que representa, sin embargo, una proporción significativa de mujeres. En la presente serie, 54.5% de las pacientes fueron sobre-tratadas y **20.3%** hubieran sido sub-tratadas basados sobre el estatus del margen de resección del cono. La sensibilidad, la especificidad y la exactitud de los márgenes de resección para la predicción de la enfermedad residual fueron de 75%, 53% y 61% respectivamente y estas figuraciones son similares a las de comunicaciones previas, por lo que se requieren factores de precisión más exactos.

Se sabe que el VPH de alto riesgo es el responsable del 99.7% de los cánceres del cuello uterino y un precursor de las lesiones de alto grado, hallándose en la mayor parte de las mismas. El test del VPH ha sido aprobado como un test adicional para el test citológico en el rastreo primario y como un test de seguimiento después de la conducta conservadora del CIN y del cáncer cervical. Por lo tanto, parece razonable asumir que el uso del test después de una conización podría ser un predictor exacto de la enfermedad residual. Esta hipótesis se apoya por comunicaciones de que una conización efectiva puede eliminar el ADN 19 del VPH que rara vez se halla presente en el epitelio escamoso normal adyacente al CIN. Sin embargo, al conocimiento de los autores, sólo en 2 estudios se investigó el rol pre-histerectomía del test del VPH inmediatamente antes de la histerectomía, en 79 pacientes que habían sido conizadas previamente debido a un CIN3 y en los que se correlacionaron el estado de los márgenes de resección y los resultados de los test de VPH, con la presencia de enfermedad residual en los especímenes de las histerectomías posteriores. En sus series, no se encontraron lesiones residuales en los casos de VPH negativos; de aquí que en esos 2 estudios se comunique que el test del VPH se relaciona con un valor predictivo negativo del 100% para la predicción de la enfermedad residual. Lin y col. investigaron el uso de la Captura Híbrida II del test del VPH de alto riesgo inmediatamente antes de la histerectomía en 75 pacientes que habían sido conizadas debido a tener un CIN 3 y en los márgenes de cuyos especímenes o en el curetaje endocervical los especímenes mostraron la enfermedad y correlacionaron los resultados del VPH con la presencia de enfermedad residual con los especímenes de las histerectomías. En sus series, tanto la sensibilidad como el valor predictivo negativo de los test de VPH demostraron ser 100%. El rol potencial del testeo pre-histerectomía fue confirmado en la presente serie: la sensibilidad, la especi-

ficidad y la exactitud del test del VPH (85%, 67% y 73%, respectivamente) fueron más elevados que aquellos de los márgenes de resección (75%, 53% y 61% respectivamente). En las pacientes con márgenes positivos, el test del VPH indicó que el 78.6% no tenía enfermedad residual, y en las que tenían márgenes negativos, el test del VPH indicó que el 47.6% tenía enfermedad residual. En ninguna paciente con un test de VPH negativo se demostró la presencia de una enfermedad residual. Cuando se emplearon en forma combinada con el estudio del margen de resección, se incrementó la exactitud diagnóstica del test de VPH.

Al contrario de algunas comunicaciones previas, la sensibilidad y el valor predictivo negativo del test del VPH alcanzaron el 100% en el presente estudio. Hay varias razones por las que el test no detecte la presencia de enfermedad residual en algunas pacientes: primero, en situaciones raras una infección latente puede persistir en un cuello histológicamente normal después de una conización. Este fenómeno fue comunicado por Kanamori y col. y se vio apoyado por comunicaciones de que el genotipo detectado en una enfermedad residual o recidivante después de una conización exitosa es el mismo que el detectado antes de la misma en la mayoría de los casos. Segundo, es posible que haya ocurrido una nueva infección después de la erradicación de ADN del VPH por la conización, pero antes de la histerectomía; esto es posible si las pacientes tienen diferentes genotipos de VPH. Tercero, el momento en que se hace el test del VPH puede afectar los resultados. En las guías de 2001 de la Sociedad (*norte*) Americana de Colposcopia y Patología Cervical, se recomienda que el test del VPH se haga por lo menos 6 meses después de la conización para proveer tiempo suficiente para la limpieza de la infección por el VPH. Sin embargo, en algunos estudios, se comunicó que el valor predictivo del test del VPH no se ve afectado por el momento después de la conización. Para una evaluación más exacta del rol del test del VPH pre-histerectomía para la predicción de una enfermedad residual, en estudios futuros deberían investigarse los genotipos de los VPH de alto riesgo y el test debería ser hecho por lo menos 6 meses después de la conización. Sin embargo debe tenerse cuidado en no demorar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de un carcinoma residual invasor oculto.

En conclusión, el test pre-histerectomía del VPH se relaciona con una exactitud diagnóstica significativamente mayor para la predicción de la enfermedad residual post conización, en comparación con los márgenes de resección. Cuando se usan en forma combinada con el test del VPH, el valor predictivo negativo del margen de resección para la predicción de la enfermedad residual se aumentó. Por lo tanto, se recomienda el uso del test del VPH para las histerectomías después de una conización por CIN 3 o por un cáncer de cuello IA1.

RT.