



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Estenosis cervical post LLETZ en paciente con cicatriz queloide



G. Venegas^{a,b,*}, L. Quintanilla^c, M. Alzamora^b, N. Ortiz^d y C. Franco^b

^a Facultad de Medicina Humana, Universidad de Piura, Lima, Perú

^b Clínica Angloamericana, Lima, Perú

^c Laboratorio Eurofarma

^d Hospital Santa Rosa, Lima, Perú

Recibido el 20 de junio de 2020; aceptado el 20 de noviembre de 2020

Disponible en Internet el 03 February 2021

PALABRAS CLAVE

Estenosis cervical;
Cicatrización
queloide;
Lesión intraepitelial
cervical

KEYWORDS

Cervical stenosis;
Keloid;
Cervical
intraepithelial
neoplasms

Resumen La estenosis cervical posterior a la escisión con asa grande de la zona de transformación es una complicación infrecuente. Se presenta el caso de una mujer de 38 años, hispanoamericana, con antecedente personal de cicatrización queloide que tuvo el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC 2) tratada con escisión con asa grande de la zona de transformación, y presentó estenosis cervical a los 16 meses del procedimiento.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cervical Stenosis after LLETZ in patient with keloid scar

Abstract Cervical stenosis after large loop excision of the transformation zone is an infrequent finding in the treatment of cervical intraepithelial neoplasms (CIN). The case is presented of a 38-year-old Hispanic American woman with large keloids all over her body. She was diagnosed with CIN2, and treated with cervical stenosis after large loop excision of the transformation zone. She presented with cervical stenosis 16 months after the procedure.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión que precede al cáncer de cuello uterino. El tratamiento de las NIC de bajo grado (NIC 1) es conservador, ya que tienen

un 80% de probabilidad de regresar espontáneamente en un período de 24 meses¹; por otro lado, las NIC de alto grado (NIC 2-3) regresan solo en un 20% de los casos, y hasta el 8% de ellas progresan a cáncer cervical invasivo². Por este motivo, en las lesiones de alto grado se opta por la escisión con asa grande de la zona de transformación (LLETZ), un procedimiento seguro, efectivo, y posible de realizar bajo anestesia local, con una tasa de curación de hasta el 98%³ y una tasa de recurrencia del 2-5%⁴.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ginoventegash@hotmail.com (G. Venegas).

La principal morbilidad asociada a este procedimiento, encontrada en el 9,7% de los casos, incluye dolor pélvico, dolor abdominal y sangrado, los cuales pueden durar hasta 20 días. Otra consecuencia, aunque infrecuente, es la estenosis cervical⁵. Asimismo, se describen complicaciones severas, como peritonitis por perforación inadvertida de la cara posterior de la vagina en 0,6% de los casos⁶. Tanaka et al. reportan que las mujeres mayores a 46 años tienen 3,6 veces más riesgo de recurrencia o persistencia de NIC de alto grado tratadas con LLETZ, y mayor riesgo de estenosis. Esto conlleva a una pobre visualización de la nueva zona de transformación y por tanto, un control y seguimiento insatisfactorio en este grupo de pacientes⁷.

Se han descrito distintos factores predictores de estenosis cervical, entre ellos el grado de cicatrización. En un estudio se utilizó la escala de Vancouver para cicatrices y se llegó a la conclusión que una puntuación mayor a 7 es considerada de alto riesgo para el desarrollo de estenosis cervical⁸. Por otro lado, las cicatrices queloides, originadas por una fibro-proliferación dérmica desproporcional a la injuria causante⁹, deben ser consideradas también como factor de riesgo. En la actualidad, existe evidencia limitada con respecto al tratamiento de esta patología, por lo que no se garantiza la cura o regresión de la misma.

Se presenta el caso de una paciente con antecedente de formación de cicatrices queloides de gran tamaño en distintas zonas del cuerpo, con historia de NIC 2 tratado con LLETZ, quien presentó estenosis severa del canal endocervical.

Caso clínico

Paciente mujer de 38 años, procedente de Lima-Perú, sin antecedentes médicos personales ni familiares de importancia. Al examen físico se evidencian múltiples cicatrices queloides en la pared anterior del tórax, piernas, muslos, pabellones auriculares y brazos (fig. 1).



Figura 1 Cicatrices queloides: distribución a nivel de la pared del tórax, hombro izquierdo, brazos, muslo, pierna y oreja izquierda.

La paciente acude para despistaje de cáncer de cuello uterino, y se identifica mediante citología, y luego colposcopia, una lesión intraepitelial de alto grado. Se decide realizar un LLETZ con anestesia local, sin complicaciones. La pieza operatoria del LLETZ fue de 18 x 13 x 10 mm de dimensión ectocervical anteroposterior, ancho y profundidad, respectivamente. Se encuentra un canal permeable, con tejido mucoso congestivo y un orificio cervical de 0,9 cm de diámetro, con bordes quirúrgicos endocervical y ectocervical libres. El resultado anatomopatológico se describe como NIC 2.

En el mes 16 de seguimiento clínico, la paciente refiere dolor pélvico, amenorrea y malestar general. Al examen, se evidencia volumen uterino aumentado y dolor a la palpación de hipogastrio, con el orificio cervical externo ocluido y el canal endocervical impermeable. En la ecografía transvaginal se evidencian paredes uterinas adelgazadas, con contenido hipocogénico de 7,1 cm x 3,3 cm x 2,7 cm, móvil a la presión con el transductor, diagnosticándose hematometra. Se ingresa a sala de operaciones donde se evacúan aproximadamente 500cc de sangre, con lo cual las molestias remiten. Al mes siguiente presenta el mismo cuadro, el cual se resuelve en la atención durante la consulta. Actualmente, la paciente no refiere nuevas molestias.

Discusión

La LLETZ tiene un porcentaje de éxito del 98% en el tratamiento de las NIC 2³. La estenosis cervical es un efecto adverso que ocurre en el 1,3-5,2% de los casos y consiste en la obstrucción parcial o completa del canal cervical¹⁰. Esta complicación es de importancia debido a las repercusiones clínicas que presenta, como el dolor pélvico, sangrado e infertilidad¹⁰. La literatura describe algunos factores de riesgo para el desarrollo de estenosis cervical, como la edad mayor a 46 años, y una puntuación mayor a 7 en la escala de Vancouver para cicatrización^{7,8}. Nuestra paciente tiene una

puntuación de 9 en la escala de Vancouver (pigmentación 2, vascularidad 2, plicabilidad 2, altura 3), por lo que se considera de alto riesgo para el desarrollo de estenosis cervical.

Aún no se conoce con exactitud la fisiopatología de la cicatrización queloide aunque se presume que es originada por la fibroproliferación dérmica excesiva, el disbalance entre la síntesis de colágeno y matriz extracelular, y la falla de degradación de estos productos. Se propone que los mediadores de inflamación (TGF-Beta, IL-6, TNF, VEGF), están involucrados directamente en la remodelación durante el proceso de cicatrización posterior a un trauma en la piel, y por tanto en el disbalance que ocurre durante este también. Histopatológicamente, en la cicatrización queloide existe una distribución desorganizada de las fibras de colágeno tipo I y III⁹.

Las zonas más frecuentemente afectadas por cicatrización queloide son el pecho, la espalda alta, los hombros, y los pabellones auriculares, como se presenta en el caso. Según la literatura, se postula que suceden en áreas de alta tensión en la piel, aunque se han descrito 3 reportes de casos en los que se encuentran en los genitales. Uno de estos se encontró en la región genital femenina, con extensión desde el labio mayor hasta el monte de venus, las cuales no son consideradas como zonas de alta tensión¹¹. Esta presentación inusual se describió en pacientes con antecedente personal de cicatrización queloide, al igual que en nuestra paciente. En la actualidad, no hay evidencia suficiente que compruebe la eficacia de un tratamiento específico en estos casos⁹.

Las cicatrices queloides son consideradas un desorden dermatológico que afecta la imagen corporal, pero que puede llevar también a distintas complicaciones secundarias. Aunque usualmente se presentan en la piel, en este caso se reporta como un procedimiento quirúrgico cérvico-uterino podría condicionar la cicatrización exagerada, resultando en la estenosis u oclusión del canal endocervical⁸. A pesar que la estenosis de cérvix como consecuencia de LLETZ se presenta en menos del 5% este porcentaje es aún menor a los presentados por conización láser¹². Las alternativas al procedimiento LLETZ en pacientes con antecedente de cicatriz queloide son la crioterapia, electrocauterización o termocoagulación, procedimientos en los cuales se genera destrucción de la zona ectocervical, lo que disminuiría el riesgo de estenosis del canal endocervical. Por otro lado, en caso sea necesario las resecciones LLETZ tipo 2 o 3, se sugeriría no adicionar tratamiento ablativo agregado sobre el lecho cruento. Por último, se recomienda tener especial consideración y seguimiento en el cuidado de este grupo de pacientes, o inclusive el uso de medidas preventivas en pacientes de alto riesgo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores declaran no tener financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sarduy Nápoles M, Martínez Chang YM, Vasallo Prieto R, de Armas Fernández MC, Alfonso Sabatier C, Herrera Páez B. Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. Regresión, persistencia y progresión a los dos años de evolución. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2009;35, 0-0.
2. Khieu M, Butler SL. High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [consultado 27 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430728/>
3. Recurrence of cervical intraepithelial neoplasia in human immunodeficiency virus-infected women treated by means of electrosurgical excision of the. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 27 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24346780>.
4. Venegas-Rodríguez G, Cardoza-Jiménez K, Alvarez M, Santos C, Mariátegui JC, Velarde C, et al. Recurrencia/persistencia de neoplasia intraepitelial cervical posterior a cono LEEP en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Horiz Méd Lima.* 2017;17:6-10.
5. Dunn TS, Killoran K, Wolf D. Complications of outpatient LLETZ procedures. *J Reprod Med.* 2004;49:76-8.
6. Varras M, Akrivis C, Anastasiadis A, Lekkas G, Diakakis G. Peritonitis due to iatrogenic colpotomy after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) in a patient with cervical intraepithelial neoplasia III: our experience of a rare case with review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2012;33: 214-6.
7. Tanaka Y, Ueda Y, Kakuda M, Kubota S, Matsuzaki S, Iwamiya T, et al. Predictors for recurrent/persistent high-grade intraepithelial lesions and cervical stenosis after therapeutic conization: a retrospective analysis of 522 cases. *Int J Clin Oncol.* 2017;22:921-6.
8. Li X, Li J, Ju X, Chen X, Wu X. Abdominal scar characteristics as a predictor of cervical stenosis after abdominal radical trachelectomy. *Oncotarget.* 2016;7:37755-61.
9. Keloids: A Review of Etiology, Prevention, and Treatment: JCAD | The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology [Internet]. [consultado 28 Abr 2020]. Disponible en: <https://jcadonline.com/keloids-scars-treatment-review/>.
10. Suh-Burgmann EJ, Whall-Strojwas D, Chang Y, Hundley D, Goodman A. Risk factors for cervical stenosis after loop electrocautery excision procedure. *Obstet Gynecol.* 2000;96 5 Pt 1:657-60.
11. Gürünlüoğlu R, Doğan T, Numanoglu A. A case of giant keloid in the female genitalia. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104:594.
12. Baldauf JJ, Dreyfus M, Wertz JP, Cuénin C, Ritter J, Philippe E. Consequences and treatment of cervical stenoses after laser conization or loop electrosurgical excision. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1997;26:64-70.