

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Extirpación electroquirúrgica con Asa (LEEP)

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Actualización de marcaje de pieza para estudio anatomopatológico.

ÍNDICE

1. Introducción
2. Material
3. Procedimiento
4. Postoperatorio
5. Seguimiento
6. Bibliografía
7. Anexo 1: tipos de escisión

1. INTRODUCCIÓN

La conización es un procedimiento quirúrgico escisional por el cual se extirpa una porción del cérvix en forma de cono. Constituye un medio seguro y eficaz para tratar la neoplasia intraepitelial cervicouterina (CIN) y el carcinoma in situ (CIS), con tasas de curación que alcanzan el 90-97%.

El LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) es la forma de conización que se realiza con mayor frecuencia debido a la posibilidad de hacerlo de manera ambulatoria, con bajo coste y complicaciones mínimas.

2. MATERIAL

Para la realización de LEEP en consulta se requiere un colposcopio, una unidad electroquirúrgica, electrodos de asa de alambre y un espéculo tipo Collin aislante (color azul) con conexión a sistema de evacuación de humo.



PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Extirpación electroquirúrgica con Asa (LEEP)

El humo quirúrgico contiene monóxido de carbono, hidrocarburos poliaromáticos y diversos gases tóxicos en cantidades mínimas. Aunque no se ha demostrado la transmisión de enfermedades infecciosas a través del humo quirúrgico, existe la posibilidad de que se generen fragmentos víricos infectantes, por ese motivo se recomienda el uso de sistemas locales de evacuación de humo y mascarilla FFP3.

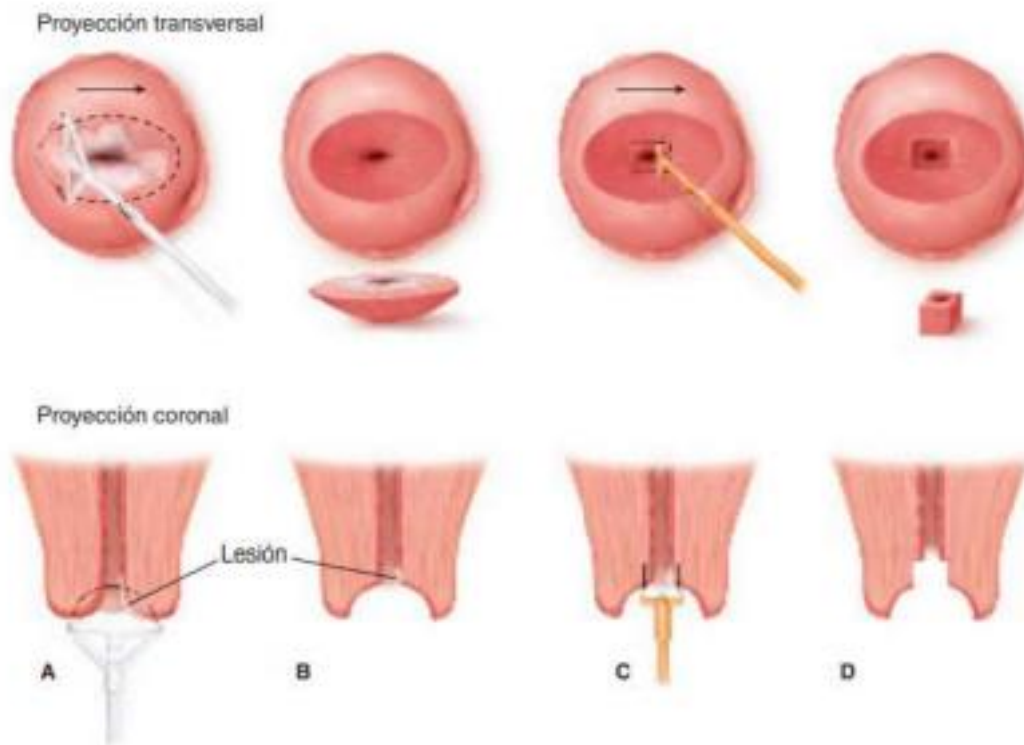
3. PROCEDIMIENTO

1. Comprobar consentimiento informado firmado de la intervención y resultados de hemograma y coagulación normales realizados en los días previos. Preguntar por FUR y valorar la posibilidad de embarazo. Confirmar que la paciente no es alérgica a ninguno de los fármacos o soluciones que se van a usar durante el proceso (sobre todo anestesia).
2. Antes de pasar a la sala de intervención administrar a la paciente midazolam 1mg e ibuprofeno 100mg vía oral para relajación de la misma.
3. Una vez en la sala colocar a la paciente en posición de litotomía e introducir el espéculo hasta obtener una visión adecuada del cérvix con el colposcopio.
4. Realizar un lavado cervico-vaginal con suero salino fisiológico y gasas.
5. Aplicar solución de lugol sobre el cérvix para definir los bordes de la ZT antes de iniciar el procedimiento.
6. Aplicación de anestesia local: solución vasoconstrictora de mepivacaína y adrenalina al 1% con aguja de calibre 25-27 para inyectar de forma circunferencial (generalmente en sentido horario a las 1h-3h-5h-7h-9h-11h) con 1- 2 cm de profundidad en el cuello uterino por fuera de la zona a extirpar. Es normal observar un blanqueamiento del cérvix tras la aplicación de la anestesia.
7. Escoger el asa acorde al tamaño de la ZT con el objetivo de realizar la conización en un solo pase.
8. Ajustar la unidad electroquirúrgica al modo de corte, usándose una intensidad de 20 vatios (este valor evita el artefacto en la biopsia para su correcta valoración por anatomía patológica).
9. Conectar el espéculo al aspirador para evacuación de humo.
10. Conización: colocar el asa a 3-5 mm por fuera del perímetro externo de la ZT, activar la corriente e introducir el asa en cérvix en ángulo recto con respecto a su superficie. Mantener el asa paralela a la superficie y dirigirla hasta alcanzar 3-5 mm por fuera del borde opuesto de la lesión (se recomienda que la dirección sea de abajo a arriba o de izquierda a derecha). Las lesiones voluminosas pueden requerir varias etapas de ablación, en las que se utilizarán asas de diversos tamaños.
11. Valorar profundización en canal con un asa más pequeña y realizar siempre legrado endocervical (LEC).

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Extirpación electroquirúrgica con Asa (LEEP)

12. Marcar las piezas quirúrgicas resultantes (pieza principal de conización y profundización en canal si la hubiera) con tinta china y orientarlas sobre un corcho de forma adecuada (aguja verde a las 6 h, aguja azul a las 12 h). En pieza de ampliación, marcar con aguja la cara en contacto con el cono. Posteriormente se introducen en formol hasta su estudio anatomopatológico.
13. Realizar hemostasia de lecho quirúrgico usando un electrodo de punta redonda de 3-5 mm y cambiando la unidad electroquirúrgica al modo de coagulación. También se puede aplicar solución de sulfato férrico (Monsel) con compresión directa en las zonas sangrantes. Tener especial cuidado en este paso para evitar la obliteración del orificio cervical externo (en caso de duda se recomienda introducir bastoncillo en OCE para comprobar su permeabilidad).



4. POSTOPERATORIO

Tras el LEEP se mantendrá a la paciente en observación durante una hora antes de ser dada de alta. Las pacientes por lo general presentan sangrado escaso y molestias en hipogastrio similares a menstruación que pueden tratarse con AINEs. Se recomienda reposo absoluto durante las primeras 24h y relativo durante una semana, con baja laboral durante las primeras 2 semanas postconización.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Extirpación electroquirúrgica con Asa (LEEP)

Ya que el riesgo de infección está aumentado las pacientes deben abstenerse de tener relaciones sexuales durante 4 semanas y posteriormente usar preservativo hasta completar los 6 meses postconización. Tampoco se recomienda evitar el uso de tampones y los baños de inmersión durante las primeras 4 semanas.

5. SEGUIMIENTO

Se dará una nueva cita en aproximadamente un mes para revisar la cicatriz, descartar complicaciones y dar resultado del estudio anatomopatológico de la pieza de conización.

El control posterior dependerá del estado de los márgenes. (Ver protocolo correspondiente).

6. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Registro de tratamiento	% casos con registro del tipo de escisión realizada en la historia clínica de la paciente	Diraya	Mayor o igual al 70%
Tratamiento bajo control colposcópico	% conizaciones realizadas bajo control colposcópico	Diraya	100%
Lesión en la pieza de conización	% de lesiones HSIL/CIN2+ en las piezas de conización	Diraya	Mayor o igual al 70%
Conos en blanco	% de piezas de conización en las que no se encuentra lesión	Diraya	Menor o igual al 15%
Afectación de márgenes	% de piezas de conización con márgenes afectados	Diraya	Menor o igual al 20%
Escisiones en pieza única	% de conizaciones que se realizan sin fragmentación de la pieza (no se considera fragmentación las ampliaciones ni profundizaciones)	Diraya	Mayor o igual al 80%

7. BIBLIOGRAFÍA

- Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Tratamiento de las lesiones preinvasoras ectocervicales. En: De León-Fraga J, editor. Williams Ginecología. 2ª ed. México: McGraw Hill Interamericana Editores; 2014. p. 1078-1082.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Extirpación electroquirúrgica con Asa (LEEP)

- Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Conización cervicouterina. En: De León-Fraga J, editor. Williams Ginecología. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014. p. 1083-1085.
- AEPCC-Guía: Prevención del cáncer de cuello de útero. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. Publicaciones AEPCC, 2022

Autores	Dra. Gallardo, Dra. Revelles, Dra. Calderón, Dra Ramírez		
Fecha elaboración	14/02/25	Vigencia	14/02/28

8. ANEXO 1: TIPOS DE ESCISIÓN

Los procedimientos escisionales deben adaptarse a las características de la lesión cervical que se está tratando. La Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC) distingue 3 tipos de escisión según la presencia de componente endocervical de la lesión:

- Escisión tipo 1 aplicable en casos con ZT tipo 1, que incluye únicamente exocérnix y no supera los 8 mm de profundidad.
- Escisión tipo 2 indicada en ZT tipo 2, en las que se reseca una pequeña parte de canal endocervical visible mediante colposcopia
- Escisión tipo 3 indicada en lesiones con afectación endocervical extensa o ZT tipo 3, e implica una escisión más profunda del canal endocervical. Normalmente en estos casos se realiza una escisión en sombrero de copa en 2 tiempos: el primero exocervical y el segundo endocervical con un asa más pequeña pero a mayor profundidad.