

60
1ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

SECRETARIA DE SALUD

HISTERECTOMIA WERTHEIM-MEIGS

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. AGUSTIN FUENTES TORRES



HOSPITAL GENERAL MEXICALI
S. S. A.
MEXICALI, B. C.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

FEBRERO DE 1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HISTERECTOMIA WERTHEIM-HEIGS. ANALISIS DE LAS
EXPERIENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICA
LI.

CONTENIDO

I	INTRODUCCION	1-2
II	ANTECEDENTES	3-6
III	ASPECTOS CLINICOS DEL CANCER CERVICO-UTERINO.	7-11
IV	ASPECTOS QUIRURGICOS DEL CAN CER CERVICO-UTERINO.	12-20
V	OBJETIVOS	21
VI	MATERIAL Y METODOS	22
VII	RESULTADOS	23-30
VIII	ANALISIS	31-34
IX	CONCLUSIONES	35-36
X	BIBLIOGRAFIA	37-40

INTRODUCCION:

El tratamiento del cáncer cervico-uterino ha experimentado gran variedad de cambios en los últimos tres cuartos de siglo. Dado que éste tumor a sido el proceso ginecológico maligno más predominante, desde el punto de vista histórico a ocupado el primer plano en el continuo debate acerca del método preferente del tratamiento, dicho debate tiene su grado máximo en los estadios clínicos Ib y IIa de ésta enfermedad (4-7).

El tratamiento del cáncer cervico-uterino a evolucionado en forma gradual, convirtiéndose en un concepto de equipo, en el que se unen las mejores mentes en materia de cirugía, radioterapia y biología celular (4-25). Con el avance de nuevos conocimientos logrados en el campo de la biología del cáncer, se a tornado evidente que si se considera el arsenal terapéutico con que se cuenta frente al cáncer ginecológico, no hay lugar para posición independiente cuando se debe tratar el cáncer cervical: Cirugía ó radio terapia. Se han obtenido rangos casi idénticos de sobre vida con radioterapia ó cirugía en el estadio Ib del cáncer cervico-uterino. Una larga serie demostró una sobre vida a 5 años del 83.4% seguida a cirugía radical y de 25.5% seguida a radioterapia (10-15-23-23).

Aunque muchas ginecas reúnen los requisitos necesarios para el procedimiento quirúrgico, también es cierto que mujeres añosas y delicadas, sufren más con radioterapia que con una sola anestesia y cirugía radical (5-23). De casi todas las pacientes en que se administró radioterapia, sólo entre el 2 y 6% se obtuvo serios problemas vesicales e intestinales crónicos. Cistitis, y proctitis se desarrollaron 4 años posterior a radioterapia. Fístulas vesicales y rectales, son difíciles de reparar en vista de la inevitable endarteritis posterior a la radiación y consecuente re

ducción del flujo sanguíneo a los tejidos en vías de revascularización (3-16).

La extirpación de la tumoración también ofrece ventajas psicológicas para la paciente en la que el cáncer a sido extirpado. Al mismo tiempo, la funcionalidad y elasticidad de la vagina es conservada, lo contrario ocurriría con la radioterapia. Las complicaciones de la cirugía posterior al procedimiento son entre otras: infección de la herida y pulmonar, embolismo pulmonar, infección de vías urinarias altas y bajas, el desarrollo de fístulas ureterales se encuentra en el rango de 1-2%, no obstante se han reportado rangos hasta de un 5%, éstas complicaciones van a depender del número de histerectomías realizadas en una vida, experiencia y destreza del cirujano (5-8). No obstante el factor más importante en la reducción de complicaciones es la selección adecuada de la paciente y el abordamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico primario no debe ser intentado cuando la lesión es muy grande, ya que es difícil limitar los bordes del tumor, no obstante una vez establecido el acto quirúrgico, está indicado una cirugía amplia siempre y cuando -- las condiciones de la paciente nos lo permitan (13). Así mismo, con el advenimiento de la terapia posoperatoria -- (en pacientes en que la tumoración estaba mal definida, resección inadecuada de ganglios ó positivizada de éstos ó no se completo la cirugía por complicaciones transoperatorias), no se a visto evidencias de una mejoría con dosis altas de voltaje y si se han incrementado marcadamente las complicaciones (33).

ANTECEDENTES:

El tratamiento del cáncer cervico-uterino se inicia en el siglo XIX siendo sólo paliativo y demostrando ser infructuoso. La simple extirpación del cérvix y útero - por vía abdominal y vaginal fué realizada por Lauter en 1822 en un intento por suprimir el tratamiento por cauterización. Posteriormente una operación mayor consistiendo en una histerectomía total fué propuesta por --- Freud en 1878 en Alemania, no obstante ésta operación - consistió más bien en una excisión limitada de la tumora ción, por lo tanto el rango de recurrencia fué muy alto y acurree una mortalidad del 50%. Al mismo tiempo Mc -- Graw (1879) también recomendó la histerectomía total pa ra el tratamiento del cáncer cervico-uterino. Ries 6 a ños después demostró que era posible realizar una linfa denectomía pélvica con excisión del ligamento cardinal cuando realizaba la histerectomía en material de autopsia. En 1898 Lerthelm en Viena, desarrolla un procedi-- miento radical extirpando nódulos con supuestas metástas is y parametrios conjuntamente con la histerectomía to tal por cáncer cervico-uterino, en 1912 reporta en la - literatura americana la técnica de excisión del útero - parametrios, parametrios y ampliándose a nódulos linfáti cos con supuestas metástasis, en ésta publicación la -- mortalidad operatoria fué del 18.0% y las complicacio-- nes post-operatorias virtualmente inevitables. Donneigs en 1925 reporta una mortalidad de 9%. (1-5-8-12-15).

Dada la alta incidencia de mortalidad y de complica ciones en el tracto urinario, con el advenimiento de -- los Rayos "X" en 1895 por Roentgen y en 1898 del Radium por Pierre y Marie Curie, la radioterapia fué ganando a sceptabilidad gradualmente (20).

Posteriormente, con el avance en la segunda guerra

mundial en conocimientos sobre anestesia, transfusiones, antibióticos y el manejo de electrolitos, Liu y Meigs reportan en 1955 una mortalidad de 1.7% con solo 8 muertes en 473 pacientes y 9% en la incidencia de fístulas. La técnica de Liu y Meigs. Introducida en 1934, consiste en la extirpación del útero, cérvix, parametrios, tejido paracervical, paravaginal, uno ó dos tercios superiores de vagina, disección linfática desde la bifurcación de la aorta, fosa obturatriz, tejido del elevador del ano, fascia muscular y canal obturador, no obstante el rango de sobrevivida a 5 años fué del 75% en el estadio I, 54% en el II y la incidencia de fístulas fué de 9%. Novack en 1963, a sugerido una disección cuidadosa del ureter respetando el peritoneo pélvico con lo que se preserva el mesenterio del uréter terminal reduciendo de ésta manera la incidencia de fístulas hasta el 1-2% (13-22).

Al mismo tiempo que el procedimiento de histerectomía radical se desarrollaba, en Europa Lhauta en 1902 -- realizaba la histerectomía radical vaginal. La mayor falla en el procedimiento es que la excisión de los tejidos parametriales tiene riesgo de ser incompleta y dejar siembras tumorales, cuando es usada en lesiones del estadio Ib. la falla inmediata es del 15%, no obstante, en ciertas pacientes seleccionadas es una ayuda alternativa al tiempo que se disminuye la incidencia de fístulas y la disfunción vesical, muchos autores prefieren éste procedimiento en pacientes con lesiones del estadio Ia y algún grado de descenso uterino (15).

Dada la gran cantidad de variaciones efectuadas a la original histerectomía de Wertheim y que el término de histerectomía radical no expresa en realidad la cantidad de cirugía realizada, en 1974 M. Steven Piver, Félix Rutledge y Julian Smith, sugieren una nueva clasificación ordenando la cirugía realizada en clases I, II, III, IV y V siendo la histerectomía de Wertheim-Meigs clase III.

DATOS HISTORICOS RELEVANTES

<u>AÑO</u>	<u>INVESTIGADOR</u>	<u>TRATAMIENTO Y OBSERVACIONES</u>
1822	Sauter	Estirpación de cérvix y utero vía abdominal (con múltiples recurrencias).
1878	Freud (Alemania)	Histerectomía total abdominal --- (con múltiples recurrencias).
1879	Mc Graw	Recomienda la HTA (pero con mismos inconvenientes).
1885	Ries	Realiza linfadenectomía y HTA en material de autopsias.
1895	Roetgen	Descubre los rayos "X", y los recomienda para el tratamiento del Ca Cu con menos complicaciones.
1898	Pierre y Marie Curie	Descubren el radium y lo proponen para el tratamiento del CaCu.
1898	Wertheim (Viena)	Realiza HTA, resección de parámetros y extirpación de nódulos linfáticos con supuestas metástasis.
1902	Shauta (Europa)	Histerectomía radical por vía vaginal. (Inconveniente de la no-revisión adecuada de cavidad abdominal).
1912	Wertheim	Reporta técnicas de excisión de parámetros, paracolpos, utero, cérvix y nódulos linfáticos sospechosos de malignidad. (Mortalidad de 18.6% y múltiples complicaciones).
1925	" "	Reporta mortalidad de 9%

1955

Liu y Meigs

Posterior a avances en la segunda guerra mundial, reportó una mortalidad de 1.7% y 9% en fístulas, en su técnica de extirpación de útero, cérvix, parametrios, tejido paracervical, paravaginal, uno o dos tercios superiores de vagina y disección linfática desde la bifurcación de la aorta, fosa obturadora, canal obturador y fascia del elevador del ano. Sobrevivida a 5 años de 75% en etapa 1 y 54% en etapa II, 9% en fístulas.

ASPECTOS CLINICOS DEL CANCER CERVICO-UTERINO:

HISTOPATOLOGIA:

El tipo histológico principal es el carcinoma pavimentoso epidermoide presentándose como una lesión pura de un 92 a 95% de los casos, éste tipo histológico se divide en 3 tipos celulares (Kartzloff 1923): de células espinales, de células de transición y de células basales, ésta división se realizó para tratar de encontrar una respuesta -- clínica a la radioterapia dependiendo el tipo histológico del tumor, actualmente tiende al desuso (23).

La frecuencia del adenocarcinoma de cérvix es aprox. del 3 al 5%, en años recientes se a visto un incremento -- hasta aprox. 8% y en mujeres más jóvenes (27), contrariamente al Ca epidermoide, la diferenciación tumoral de los tumores glandulares del endocérvix se vincula desde el -- punto de vista pronóstico según la virulencia del caso o respuesta al tratamiento. Para ésto Broders clasifica al adenocarcinoma por grados del I al IV según la diferenciación tumoral (27-32). Alrededor de un 6-9% de los adenocarcinomas presentan una pauta bién diferenciada, en tanto -- que solo un 10% son mal diferenciados, en éstos últimos -- la tasa de supervivencia a 5 años a sido del 32.8%, tam-- bién se les considera a éstos tumores deficientemente diferenciados más radio-resistentes (32-34).

Más raramente se han reportado linfomas, sarcomas y -- melanomas cervicales.

ASPECTOS MACROSCOPICOS:

Las lesiones por lo general suelen ser exofíticas, infiltrativas ó úlcerativas. Al tacto la lesión carcinomatosa suele ser friable, dura como piedra ó si el crecimiento se desarrolla por debajo de la mucosa presentar una -- consistencia suave (35). Un punto de gran importancia es

de que todo cuello uterino sospechoso a la exploración digital debe inspeccionarse mediante un espéculo y con buena iluminación y debe realizarse una biopsia, si fuera posible previa toma de papanicolaou realizar un exámen colposcópico de la lesión antes de proceder a la toma de biopsia. El diagnóstico debe verificarse histológicamente. La conización resulta innecesaria cuando esta presente una lesión macroscópica. Cuando no se puede practicar la colposcopia debe efectuarse una coloración de yodo para destacar los bordes vaginales de la lesión. Debe realizarse un raspado de la cavidad uterina, aún en presencia de un tumor cervical macroscópico para determinar la extensión de la lesión hacia la parte superior del conducto endocervical y en el interior del fondo uterino, dicha información resulta valiosa para establecer una terapia adecuada y pronóstico de la tasa de curación (2-9).

FACTORES PRONOSTICO:

Para el control de la propagación a distancia del cáncer cervical se han considerado varios factores específicos vinculados con el control terapéutico de la enfermedad: 1) Volúmen del tumor, 2) Tipo de lesión, 3) Extensión de la lesión, 4) Metástasis regionales (pelvianas) y distantes (paraaórticas) y 5) Grado histológico del tumor. Estos factores son muy importantes para determinar clínicamente los sitios principales de difusión de éste tumor, ya que a proximadamente de un 15% a 20% de inexactitud se a visto con la clasificación clínica de la FIGO. (9-17-26).

VOLUMEN DEL TUMOR:

En todos los estadios del carcinoma cervical invasor resulta importante el conocimiento del volúmen del tumor para predecir la difusión de la enfermedad y el método preferencial del tratamiento. Por ejemplo: En los casos de carcinoma en que la lesión es menor de 3 cms. en su diáme-

tro mayor, existe una nítida reducción en la frecuencia global de las metástasis a los ganglios linfáticos pelvianos, en comparación de las lesiones de mayor diámetro. La tasa de supervivencia a 5 años para los pacientes que presentan lesiones cervical del estadio Ib con diámetros menores de 3 cms. va desde un 85% a 90%, en tanto que aquellas que presentan lesiones mayores de 3 cms. tienen una tasa decreciente de curación de menos de 66% (26%).

LESIONES EXOFÍTICAS Y ENDOFÍTICAS:

(En forma de Barril), el efecto de una irradiación ionizante con supervoltaje sobre un tumor es determinado principalmente por su irrigación sanguínea. Cuando un tumor exofítico se propaga a la vagina desde el cérvix, es importante modificar el programa de tratamiento para explotar las ventajas de la teleterapia mediante un haz de rayos externos, con el objeto de reducir la progresión de la masa tumoral antes de la irradiación intracavitaria. Afortunadamente estos tumores poseen una base altamente vascularizada y responden con rapidéz a la irradiación externa, produciendo a la vez la necrobiosis por la isquemia y la muerte celular por los efectos de la irradiación.

Un pronóstico más desfavorable es con las lesiones que se extienden al endocérnix segmento inferior (en forma de barril), dichas lesiones suelen tener un diámetro mayor de 6 cms. en estos tumores en forma de barril Rutledge y cols, agregan una histerectomía simple después de un tratamiento completo por irradiación, logrando una tasa de supervivencia a 5 años muy satisfactoria del 85% en las lesiones del estadio I y del 54% en las del estadio II, en contraposición cuando solamente se da irradiación obteniéndose una supervivencia a 5 años del 42% en las lesiones del estadio II, en tanto que --

las lesiones del estadio 1 presentan resultados terapéuticos similares (84%). (1-26-29).

EXTENSION VAGINAL O ENDOMETRIAL:

La experiencia a la fecha ha demostrado que la extensión del tumor a la vagina se asocia con una frecuencia mucho mayor de metástasis de los ganglios linfáticos pelvianos. Piver observó un aumento del 42% de la difusión ganglionar pelviana en las lesiones del estadio 11a. En general, las lesiones que se extienden a la vagina desde el cérvix poseen un diámetro mayor de 3 cms. lo cual aumenta la frecuencia de las metástasis regionales y a distancia. Los resultados recientes basados en estudios acerca del volumen de los tumores y en la respuesta clínica a la terapia muestran que la extensión del tumor a la cavidad endometrial disminuye la tasa de supervivencia a los 5 años de las lesiones del estadio 1 en alrededor de un 5-10% en comparación con las lesiones que no presentan invasión a endometrio (6).

METASTASIS REGIONALES Y A DISTANCIA:

La demostración de la extensión del cáncer cervical a ganglios linfáticos regionales (pelvianos y parasórticos), a sido dada por la experiencias de varias clínicas, estadística mayor aceptada es: estadio 1a 1.5-2%, estadio 1b 10-15%, estadio 11I del 25% y estadio IV más 50% (1-6-24). Kolstad demostró que la detección operatoria de los ganglios pelvianos positivos en estadio 1b aumenta desde un 15 a 25% cuando se practica una linfadenectomía completa bajo control linfográfico preoperatorio y transoperatorio. Las pruebas clínicas a la fecha documentan que sólo el 30 al 50% de las pacientes con ganglios linfáticos pelvianos positivos sobreviven 5 años con una terapia completa de irradiación pelviana. Otro modo, sólo un 30% al -

50% de los ganglios linfáticos pelvianos positivos pueden ser esterilizados con los métodos actuales de irradiación (20-31). Las causas principales del fracaso del tratamiento se deben principalmente a las grandes y abultadas lesiones cervicales y a la difusión extrapelviana (ganglios paraaórticos) al momento del diagnóstico. Según la información actual relativa a la evaluación de los ganglios paraaórticos antes del tratamiento a las pacientes que presentan carcinoma cervical en estadio II y del estadio III, existen pruebas de que de un 10 al 1% de los cánceres del estadio II y un 25% más de los cánceres del estadio III - presentan metástasis de los ganglios paraaórticos antes del tratamiento, cuando se producen metástasis a ganglios paraaórticos siempre se encuentran presentes ganglios pelvianos positivos, no obstante una vez que se ha comprobado ganglios pelvianos positivos el riesgo de una enfermedad paraaórtica es sumamente elevado (17-24-26-29).

ASPECTOS QUIRURGICOS DE LA HISTERECTOMIA
RADICAL DE WERTHEIM

HISTERECTOMIA RADICAL DE WERTHEIM-MEIGS:

PREPARACION:

La cirugía radical primaria en el tratamiento del carcinoma cervical invasor se limita a aquellos casos del estadio 1b y 11a en que las pacientes son buenas candidatas quirúrgicas. La cirugía sólo se debe realizar con fines curativos, no se justifica si no se extirpa toda la tumoración. Los datos de inoperabilidad son a) Metástasis fuera de la pélvis, b) Ademe de miembros inferiores, uni o bilateral, atribuible a compresión tumoral en la pelvis, c) Exclusión renal por compresión del ureter, d) Dolor -- por compresión del plexo lumbar y sacro, e) Fijación tumoral de los parametrios a la pelvis, f) paciente de más de 60 años de edad, h) Obesidad importante. Cado el índice de curaciones similar con radioterapia y ó con cirugía en pacientes con estadios 1b ó 11a el tratamiento de elección es la radioterapia, la cirugía se reserva a enfermas menores de 25 años con tumor pequeño y cuando existe alguna condición del útero o de los anexos que impida la radioterapia adecuada, o que la contraindique como son: Mioma uterino de gran tamaño, tumor ovárico, absceso anexial y tuberculosis genital (5-8-13-14).

Es fundamental destacar tres requerimientos importantes en las pacientes que se someten a una cirugía radical. Una hidratación, un volumen sanguíneo y una preparación intestinal adecuada, éste último sobre todo cuando se sometera a una intervención a una paciente que a recibido radioterapia previa y en la cual los intestinos pueden estar muy dañados (21).

La determinación de los principales electrolitos, de las proteínas séricas (con índice albumina-globulina), --

del nitrógeno no proteico, y las pruebas básicas de la función hepática forman parte de la contribución del laboratorio clínico a la valoración de la paciente. A fin de proporcionar una adecuada hidratación tisular preoperatoria - se administran el día antes de la operación 2 lts. de sol. glucosada al 5% y salina normal, aportándose líquidos intravenosos hasta que la densidad urinaria o la osmolaridad del plasma estén dentro de los límites normales. Antes de la intervención se requiere una transfusión sanguínea hasta que se alcancen valores de hematocrito del 40% o más. - La colocación de un catéter venoso central es otro de los requerimientos operatorios que se consideran esencial para el correcto control del comportamiento intravascular de la paciente y de su reserva cardíaca durante la intervención y después de ésta (13-23-31).

TECNICA OPERATORIA:

Después de la adecuada preparación de la paciente y vagina, se coloca en vejiga una sonda Foley permanente para mantenerla descomprimida durante todo el procedimiento operatorio. Para una exposición adecuada, se requiere una incisión mediana baja que se extienda unos 3 cms. por arriba del ombligo. Una vez realizada la incisión se protegen sus bordes con compresas húmedas, en toda operación de larga evolución es recomendable soltar los retractores fijos, aliviando de ésta forma la tensión sobre las paredes seccionadas después de 2 hrs. de intervención a objeto de mejorar la circulación a través de los músculos rectos.

Exploración abdominal y pelviana.- Hay que inspeccionar la superficie visceral y parietal de la cavidad peritoneal, la superficie hepática, ambos hemidiafrágmata, epiplón mesentérico de intestino grueso y delgado, superficie serosa de intestino y ambos riñones se palpan detenidamente, - es de suma importancia la exploración adecuada de la cade-

na linfática paraaórtica desde la región de la bifurcación aórtica hasta el plexo celíaco. Se recomienda un estudio - transoperatorio de ganglios linfáticos próximos a la aorta inferior, ya que el 15% de las metástasis de los ganglios parasórticos no son ostensibles y se presentan en ganglios linfáticos blandos y de aspecto normal, algunas clínicas - reservan este paso sólo en los estadios II y III.

Una apreciación exacta de la extensión tumoral en la - pélvis propiamente dicha puede lograrse con facilidad y rapidez, abriendo los espacios paravesical y pararrectal, éste paso se realiza facilmente ligando los ligamentos redondos e infundibulopelvico cerca de la pared pelviana y abriendo la hoja anterior del ligamento ancho y se introduce fácilmente el dedo índice en el espacio paravesical hasta identificar la aponeurosis de los músculos elevadores, se abre después la hoja posterior peritoneal procediéndose a la disección roma del espacio pararrectal entre el ligamento cardinal y uterosacro hasta que el suelo pelviano es visible, ésta disección del espacio pararrectal debe llevarse con cuidado por la presencia de vasos anastomóticos de la vena ilíaca interna. Se deja el uréter pegado al peritoneo pelviano, y queda por dentro de las fosas paravesical y pararrectal, el tejido interpuesto así entre los dos espacios constituye la base del ligamento ancho que ésta adherido a la pared pelviana en la región de la fosa obturatriz, de esta manera se puede asegurar que no hay invasión neoplásica en la aponeurosis de los elevadores del ano ni en la fascia de la pared pelviana lateral, con inclusión del músculo obturador y de la vaina de los vasos ilíacos externos.

LINFADENECTOMIA PELVIANA:

La disección del tejido linfático a lo largo de los vasos ilíacos comienza en la bifurcación de la arteria ilíaca primitiva y se extiende cafálicamente hasta la bifurca-

ción de la aórtica. El uréter puede identificarse fácilmente al entrar a la pelvis a nivel de la bifurcación de la arteria ilíaca primitiva, al extraerse el tejido linfático se debe tener cuidado para evitar traumatizar el uréter, el cual es replegado hacia la línea media durante la disección de los vasos primitivos ilíacos, dejándolo unido al peritoneo parietal para conservar su irrigación sanguínea. Es de importancia hacer rotar los vasos hacia dentro y hacia afuera durante la disección de los troncos ilíacos primitivos e ilíacos externos, para poder llegar a la cadena linfática situada por detrás de los vasos a lo largo del músculo psoas. El nervio genitofemoral que se observa por fuera de los vasos ilíacos externos debe respetarse, la disección de los vasos ilíacos externos deberá seguirse hasta que se les vea pasar debajo del ligamento inguinal, cuidando de no dañar la vena y arteria epigástricas inferiores.

Para abordar el espacio obturador se repliégan hacia adentro los vasos ilíacos externos y se libera el tejido areolar que se encuentra por debajo, posteriormente se desplazan en dirección lateral nuevamente los vasos y se aborda el espacio obturador, se disecciona el tejido linfático y areolar teniendo cuidado con el nervio y vasos obturadores, se prosigue la disección extrayendo todos los ganglios subyacentes a la bifurcación de los vasos ilíacos primitivos comprendiendo el grupo hipogástrico y los ganglios de la fosa obturatriz.

Se disecciona ahora la arteria ilíaca interna previa identificación de su rama anterior o tronco visceral, la arteria uterina será ligada en su origen quedando el segmento uterino de la misma en el ligamento cardinal como parte de trama de fascia paracervical que rodea al uréter. Posteriormente la vejiga es separada delicadamente de la parte vaginal anterior y la parte inferior del uréter puede ser identificada en su curso a través de las -

fibras faciales de la base del ligamento ancho (cardinal). El uréter sigue un tunel comprendido entre las hojas anterior y posterior del ligamento ancho antes de penetrar a la vejiga, dicho tunel se entreabre utilizando para ello la punta de las tijeras, el techo del tunel se habre por sección entre dos pinzas ligándose los extremos y el uréter descansara en la hoja posterior del ligamento cardinal del cual se separa por disección cruenta en forma delicada, de esta manera el uréter queda desprovisto de irrigación sanguínea directa en un tramo de aprox. 6 cms. con lo que se tiene que tener mucho cuidado en su manejo. Las conexiones anteriores y posteriores del ligamento ancho a la base de la vejiga en ésta zona son pinzadas y ligadas.

DISECCION PELVIANA PROFUNDA:

La base del ligamento ancho (cardinal) puede ahora separarse de su unión de la pared lateral de la pélvis, se debe tener cuidado con los vasos hipogástricos.

Retráese el útero firmemente hacia adelante, tensi--nando de ésta manera los ligamentos uterosacros, reseca--r el peritoneo a partir de la reflexión desde la cara anterior del recto y cuidando de no dañar la porción inferior de los ureteros que corren justamente por fuera de los ligamentos uterosacros. Todo el haz fibro-aponeurótico es conocido con el nombre de pilares del recto, los mismos se pinzan lo más posterior posible teniendo especial cuidado con los ureteros y el recto. La continuación de la disección de éste mismo plano despega la fascia paravaginal, la que será pinzada, seccionada y ligada para liberar los 2 O 3 cms. superiores de la vagina, de ésta manera se extrae la pieza operatoria mediante la técnica abierta aplicándose largas pinzas en ángulo recto frente al cérvix que impidan la diseminación de las células tumorales en la pélvis.

Habiéndose asegurado la hemostasia con una sutura continua oclusora con catgut N01 la vagina se deja abierta para -- permitir un adecuado drenaje de la pélvis. Las técnicas co rrientes de cierre peritoneal, succión y drenaje de las pa redes del piso pélvico, así como el cierre incompleto de - la cúpula vaginal, limitan la incidencia de celulitis p el- vica. Aunque la frecuencia de fístulas del trato urinario bajo se incrementa bastante con cirugía radical posterior a radiación pélvica, la presencia de complicaciones con ci rug a primaria es menos del 2%.

CUIDADOS EN EL POST-OPERATORIO:

Los complicaciones resultantes de la cirugía en uréter y tejidos circundantes continúan siendo las más notorias - del piso pélvico, no obstante, el 12.5% del promedio de -- complicaciones incluyen un 8.5% de incidencia de fístula - vaginales y 4% en estenosis ureteral, dichas incidencias - han disminuido gradualmente con el drenaje vesical por 6 - semanas y la suspensión del uréter a la extremidad oblite- rada de la arteria ilíaca interna. (Novack) a disminuido - de uno a 2% la incidencia de fístulas ureterales mediante una cirugía radical primaria colocando el uréter pelviano diseado en la superficie interna (peritoneal) del perito- neo pelviano y preservando el meso lateral con respecto al uréter terminal.

Los drenes vaginales empiezan a hacerse retroceder en el tercero o cuarto día post-operatorio y se retiraran en el quinto si la salida de secreciones se a limitada (13-16 -30).

REQUERIMIENTOS SANGUINEOS:

El tiempo promedio de la operación en las mejores cl i- nicas es aproximadamente de 2 y media a tres horas y se a estimado una pérdida sanguínea de aproximadamente 1000 a - 1250 ml, la paciente es transfundida en el transoperatorio

además de administrarsele líquidos expansores del plasma, lo cual es esencial para un buen post-operatorio, se debe mantener una diuresis por arriba de 30 - 40 ml. por hora, la administración de soluciones debe tenerse en cuenta el catéter de previsión venosa central previamente instalado (5-8).

SUCCION NASOGASTRICA:

La utilización de una sonda nasogástrica para la linfadenectomía paraaórtica, disminuye los efectos de un íleo paralítico por algún hematoma paravertebral o colección de líquido. Esta sonda es usualmente retirada a las 48 hrs. del post-operatorio, posteriormente se incistira en la deambulacion de la paciente ya que después de dicho tiempo aumenta la incidencia de embolia pulmonar a 8% (5-19-30).

COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA:

HEMORRAGIA:

Es de las complicaciones más asociadas con la cirugía, al igual que la sépsis. La hemorragia suele ocurrir durante la linfadenectomía pélvica, especialmente si la cirugía se realiza posterior a radioterapia, la disección de la vagina y del piso vesical suele producir una hemorragia a veces difícil de cohibir, la ligadura de la arteria hipogástrica suele reducir el sangrado, pero no se aconseja su oclusión rutinariamente (30).

TROMBOSIS VENOSA:

El tiempo prolongado de la intervención por la cirugía radical, incrementa las complicaciones, principalmente infección ya del piso pélvico o de tórax. La inciden-

cia de trombosis pélvica se incrementa por una presión o manejo indevido de las venas del piso pélvico. De ésta - manera se aconseja la administración de anticoagulantes preoperatoriamente y el buén manejo de vasos pélvico con material especial (13-14).

TROMBOSIS VENOSA:

El tiempo prolongado de la intervención por la cirugía radical, incrementa las complicaciones, principalmente infección ya del piso pélvico o de tórax. La incidencia de trombosis pélvica se incrementa por una presión o manejo indevido de las venas del piso pélvico. De ésta - manera se aconseja la administración de anticoagulantes preoperatoriamente y el buén manejo de vasos pélvico con material especial (13-14).

DISFUNCION VESICAL:

La presencia de vejiga atónica en el post-operatorio es un problema que se presenta aproximadamente en el 3% de los pacientes, este problema se a visto que es posterior a la denervación realizada durante la cirugía radical y no por un drenaje vesical de larga evolución. Dicha complicación disminuye al realizar una menor resección del ligamento lateral y conservando de ésta manera una mejor intervención simpática (3-16).

INFECCION Y FORMACION DE FISTULAS:

Como ya se mencionó en éste mismo bosquejo de la cirugía, el rango de fístulas urinarias siguiendo adecuada mente una técnica operatoria y cuidados pos-operatorios, se estima en un 1 ó 2% en pacientes con cirugía radical

primaria y dicha cifra se incrementa en pacientes con radioterapia previa.

La infección urinaria ocurre aproximadamente en el 10% de las pacientes y tiende a aumentar dependiendo del tiempo de cateterización uretral, los antibióticos profilácticos han sido utilizados posterior a 48 hrs. de drenaje vesical además de tomar urocultivos y espectro antibióticos adecuado a éstos. En el urograma intravenoso en el post-operatorio, muestra una dilatación ureteral el cual vuelve a la normalidad en tres meses.

La morbilidad por fiebre es baja, de aproximadamente 10-20% de las pacientes, las principales causas son atelectasias pulmonares, infecciones urinarias, hematomas, celulitis pélvica o formación de tromboembolia o abscesos -- pélvicos (3-16-30).

LINFOCELE PELVICO:

La formación de un linfocèle pélvico se presenta aproximadamente de 1 hasta 2%, la principal causa es la linfos-tásis, y la causa principal es la falta de un drenaje adecuado. Esta complicación es menos frecuente en pacientes con radioterapia previa en las cuales los conductos linfáticos se encuentran menos permeables (18-24).

DAÑO A NERVICIOS PELVICOS:

El daño más frecuente es el nervio obturador, ya sea por daño durante la disección de tejido linfático o por excesiva tracción de éste lo cual causaría solo daño temporal, causando de ésta manera dificultad en la aducción del miembro inferior. La compresión del nervio femoral puede causar una neuropatía, ésta ocasionada por los mismos retractores cuando la presión es exagerada sobre el músculo Psoas (19-21).

OBJETIVOS:

- 1) Hacer una revisión sobre el tipo de cirugía realizada en el Hospital General de Mexicali, para el tratamiento del Cáncer Cervico-Uterino.
- 2) Analizar los datos obtenidos en el presente estudio y compararlos con datos tomados de la literatura.
- 3) Descubrir la morbi-mortalidad en el Hospital General de Mexicali de la cirugía de Wertheim-Heigs.
- 4) Requisito para terminar la residencia de especialidad en Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de Mexicali.

MATERIAL Y METODOS

GRUPO EN ESTUDIO:

En el presente estudio se incluirán todas las pacientes que se les haya practicado una Histerectomía Wertheim Meigs en la unidad quirúrgica del Hospital General de Mexicali y que previamente reúnan los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1) Pacientes que se les haya diagnosticado Cáncer Cervico-Uterino.
- 2) Pacientes que se les haya realizado Histerectomía Wertheim-Meigs en la unidad quirúrgica del Hospital General de Mexicali.
- 3) Pacientes que posterior a la Cirugía hayan llevado seguimiento por consulta de ginecología y obstetricia -- por lo menos durante un año.
- 4) Pacientes que se encuentra su expediente en el archivo clínico del Hospital General de Mexicali.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1) Pacientes que no hayan llevado seguimiento pos-quirúrgico mínimo por un año.
- 2) Pacientes a las cuales no se encuentre su expediente clínico.
- 3) Pacientes que no reúnan los criterios de inclusión.
- 4) Pacientes a las cuales no se haya notificado adecuadamente los hallazgos tanto quirúrgicos, histopatológicos y de seguimiento en el expediente clínico.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Se analizaron datos obtenidos del expediente clínico de cada paciente, dichos datos se recolectaron en un cuaderno especial, cada paciente se le dió una sección especial la cual se dividió en 4 apartados.

Primero.- Datos preoperatorios Generales. Entre los cuales se puso incapié en los antecedentes quirúrgicos, ginecológicos y edad de la paciente.

Segundo.- Datos preoperatorios Específicos. Clasificación clínica del cáncer cervico-uterino, tipo histológico del mismo, tipo de lesión y otros hallazgos importantes para el tratamiento.

Tercero.- Apartado Trans-operatorio. Tiempo quirúrgico, pérdidas sanguíneas y requerimientos transoperatorios, complicaciones transoperatorias y su manejo.

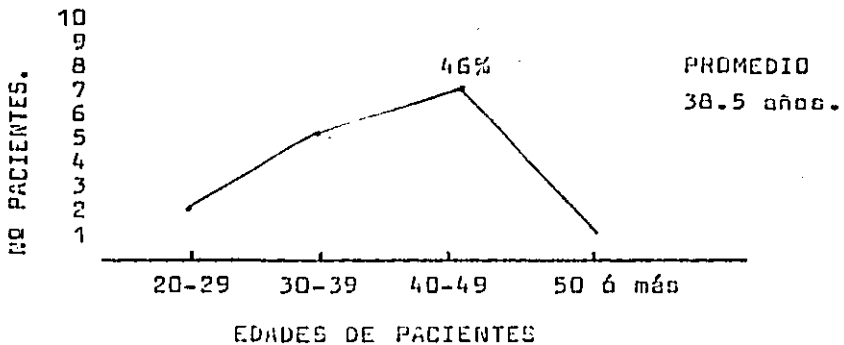
Cuarto.- Apartado post-operatorio y Seguimiento.- Complicaciones inmediatas (Transfusiones, paso a terapia y tiempo, shock y alteraciones del post-operatorio inmediato), complicaciones Mediatas (Hematomas, temperatura mayor de 38°C posterior a 48 hrs., abscesos de pared, fistulas urinarias, disfunción vesical prolongada), Complicaciones tardías (hernias post-incisionales, secuelas neurológicas, fistulas) y Seguimiento de la paciente (Tiempo de seguimiento, número de consultas, PAPS tomados y resultados secuelas quirúrgicas etc).

RESULTADOS:

Se trata de un estudio retrospectivo realizado en el Hospital General de Mexicali, se incluyeron 15 pacientes que previamente reunieron los criterios de inclusión y - que se encontraba su expediente en el archivo clínico -- del Hospital. A todos los pacientes se les realizó Histerectomía de Wertheim-Heigs como tratamiento para CaCu en tre los años de 1979 y 1986, los resultados obtenidos -- fueron los siguientes:

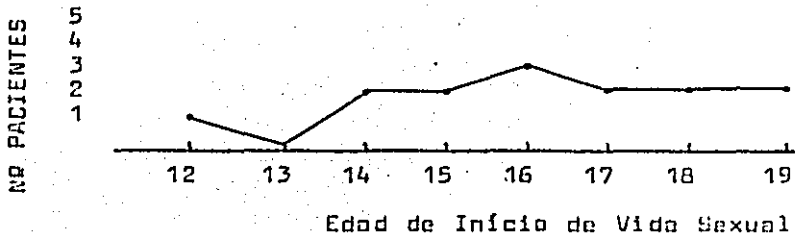
DATOS PREOPERATORIOS GENERALES:

EDAD.- La edad de los pacientes fué en promedio de 38.5a (límites entre 22 o 52 a). El 46% de las pacientes (7) - se encontro entre los 40-49 años.

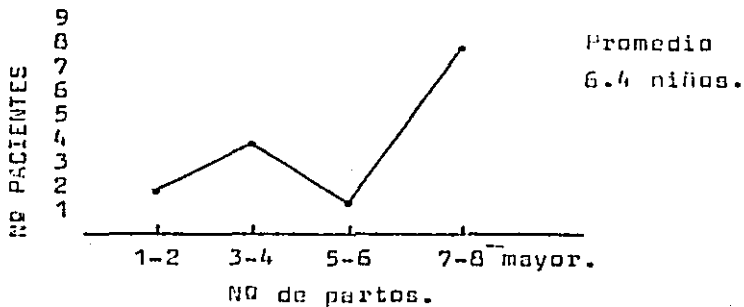


Inicio de Vida Sexual Activa. El promedio de inicio de vida sexual activa fué de 16.2 años, con un rango que fué - desde los 12 años a los 19 años.

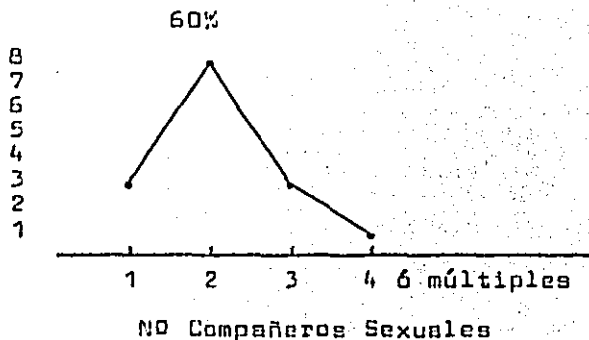
Promedio 16.2 años de IVSA.



PARIDAD. Se encontró que la mayoría de las pacientes eran multíparas, con un promedio de 6.4 niños aprox. por paciente, y con un rango que va de 2 a 11 partos.



Compañeros Sexuales. Se encontró que la mayoría de las pacientes tenían más de un compañero sexual. El 60% tuvieron 2 compañeros sexuales y una paciente múltiples compañeros S.



El 53.3% de las pacientes llevaban método anticonceptivo a base de hormonales orales (8 pacientes) por varios años, promedio de 4.2a.

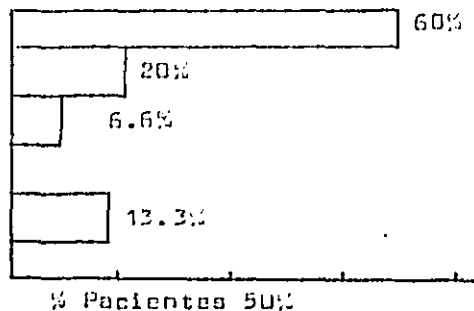
DATOS PREOPERATORIOS ESPECIFICOS:

Clasificación clínica y tipo de lesión. La clasificación clínica según la FIGO, del Ca Cu fué en 13 pacientes (86.6%) estadio 1b y en dos pacientes (13.3) estadio 11a.

El tipo histológico preoperatorio fué Ca Cu Epidermoide en el 86.6% de los pacientes y Adenocarcinoma en el 13.3% restante.

Sién Dif.
 EPIDERMÓIDE Nader. Dif.
 Mal. Dif.

ADENOCARCINOMA



% Pacientes 50%

SINTOMATOLOGIA:

Entre la principal sintomatología referida por la paciente al momento de la consulta y su diagnóstico específico, se encontraron 6 síntomas principales: 1) Leucorreas crónicas revalides a tratamiento en 8 casos, 2) Sinuorragia en 6 casos, 3) Sangrado post-coital en 5 casos, 4) Transtornos menstruales en 3 casos y 5) Embarazo y sangrado en 1 caso. Cabe mencionar que más del 50% de las pacientes presentaban más de un síntoma, el período previo al diagnóstico en que presentaban ésta sintomatología fué muy variable, desde 6 meses a 3 años.

SINTOMA	Nº Pacientes	%
LEUCORREA	8	53.3%
SINUSORRAGIA	6	40%
SANGRADE POST-COITAL	5	33.3%
TRANST. MENSTRUALES	4	26.6%
DISPARCUNTAS	3	20%
EMBARAZO Y SANGRADE	1	6.2%

LESION	Nº Pacientes	%
EROSION CERVICAL	6	40%
LESION INFILTRATIVA	5	33.3%
LESION EXOFITICA	4	26.6%

DATOS TRANS-OPERATORIOS:

EL TIEMPO TRANS-OPERATORIO, vario desde 4:30 hrs. hasta 7 hrs. y habiéndolo como promedio 5:46'hrs, durante el procedimiento quirúrgico se tuvo un SANGRADO PROMEDIO de 2557.3 ml. teniendo variantes desde 1200 ml. hasta 6200 ml. para lo cual el -- promedio de SANGRE TRANSFUNDIDA fué de 1740 ml. con variaciones desde 1000 ml. hasta 3500 ml.

COMPLICACIONES TRANS-OPERATORIAS. Se observó sección ureteral en 3 pacientes (20%), otra complicación fué la lesión de vasos hipogástricos en 4 pacientes (26.6%), lo que obligó a la ligadura de éstos. También se observó hematuria franca en todo el procedimiento en dos pacientes (13.3%).

DATOS POST-OPERATORIOS:TERAPIA INTENSIVA:

Debido al tiempo quirúrgico prolongado, complicaciones trans-operatorias y alteraciones cardíacas por anestésicos, 4 pacientes (26.6%), se trasladaron a terapia intensiva, todos los pacientes permanecieron 2 días y posteriormente fueron trasladados al piso.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO POST-OPERATORIO:

Posterior a la cirugía, el diagnóstico histopatológico fué en 13 pacientes (86.6%) de Ca Cu Epidermoide, del cual 6 pacientes (46.1%) fué diferenciado, en 5 pacientes (38.4%) moderadamente diferenciado y en dos pacientes (13.3%) mal diferenciado, También se reportó un paciente (6.6%) con adenocarcinoma bien diferenciado y un paciente (6.6%) con Ca Cu SIN invasión a estroma (In-Situ. 6.6%).

REQUERIMIENTOS TRANSFUNCIONALES.

Los requerimientos transfuncionales en el post-operatorio varió desde 500 cc hasta 1000 cc, teniendo como promedio de 300 cc.

COMPLICACIONES:

Entre las principales complicaciones relacionadas con la cirugía, se encontró en 6 pacientes Morbilidad por Hipertermia e Infección de Vías Urinarias (40%), Disfunción Vesical Prolongada en 2 pacientes (13.3%), Atelectasia Pulmonar en 1 paciente (6.6%) y la formación de un Hematoma Sub-aponeurótico en 1 paciente (6.6%).

Entre las complicaciones tardías, se encontró la presencia de Fístula Uretero Vesical en 4 pacientes (26.6%), la cual cierra espontáneamente con el adecuado manejo de sonda Foley en 2 pacientes, en 1 paciente se realiza una nefrostomía y posteriormente deserta, a otra paciente se le realizan dos intervenciones, en la segunda intervención hay lesión accidental de recto, posteriormente se le realiza cistolitotomía y posteriormente la paciente deserta. También se encuentra Lesión Neurológica en 3 pacientes (20%), Hernia Post-Incisional en dos pacientes (13.3%).

CONTROLLES CITOLÓGICOS:

Todas las pacientes tuvieron controles citológicos normales EXCEPTO en 1 paciente (6.6%) a la cual se le diagnostica Ca Epidermoide mal diferenciado recidivante 6 meses posterior a la cirugía. A ésta paciente el diagnóstico preoperatorio había sido de Adenocarcinoma.

DATOS QUIRURGICOS Y COMPLICACIONES

PACIENTE.	TIEMPO QUIRURGICO	SANGRADO APROXIMADO.	TRANSFUSION TRANS-OPERATORIA.	TRANSFUSION POST-OPERATORIA.	COMPLICACIONES TRANS-OPERATORIAS.	MANEJO	COMPLICACIONES POST-OPERATORIA.
1	5:15	1500ml	1000ml	-	sección uretero izquierdo.	anastomosis termino-terminal.	difunción vesical prolongada infección de vías urinarias.
2	4:30	2000ml	1000ml	1000ml	extrasistoles por efecto anes-tésico.	U.C.I. por 2 días	hernia para-umbilical a los 3 años.
3	6:hrs.	2000ml	1000ml	-	-	-	-
4	6:20	2660ml	2850ml	-	hematuria en todo el acto Qx.	U.C.I. por 2 días	hernia post-incisional 3 meses después lesión a nervio femoro cutáneo
5	5:25	1200ml	1000ml	-	-	-	-
6	6:25	2800ml	2100ml	-	sección uretero der. extrasistoles ventricular	U.C.I. por 2 días implantación de uretero a vejiga (boary).	fístula uretero vaginal (cierro espontáneo) un año posterior Adeno-Ca recidiv.
7	4:30	1200ml	1500ml	-	-	-	-
8	6:30	3200ml	2250ml	500ml	hematuria franca.	UCI por 2 días	fístula uretero-vaginal 2 meses post. nefrectomía izq.
9	6:30	4400ml	2800ml	1000ml	sección uretero izq.	implantación a vejiga (boary)	fístula vesico-vaginal (cierro espontáneo).
10	5:30	2300ml	1700ml	-	sangrado importante en caps	ligadura de vasos hipogástricos.	-
11	5:20	2000ml	1300ml	-	lesión vena hipogástrica	ligadura de vasos hipogástricos.	-
12	7:00	6200ml	3300ml	1500ml	lesión vasos hipogástricos UCI por 2 días	ligadura de vasos hipogástricos	lesión de nervio femoro-cutáneo
13	5:40	3000ml	2500ml	-	-	-	-
14	5:00	2000ml	1100ml	-	-	-	Ca Cu recidivante de cúpula 6 meses después
15	6:50	1500ml	1000ml	500ml	laceración de vena hipogástrica izq.	ligadura de vasos hipogástricos	-

ANALISIS:

Analizando los datos obtenidos en nuestra institución, tenemos que la edad media de nuestras pacientes fué de 38.5 años, dato que concuerda adecuadamente con datos de la literatura, en los que se menciona una edad promedio en la cuarta década y dejando la tercera década de vida para la aparición del NIC (8-15).

Entre la población de alto riesgo se comprueba igualmente lo dicho en la literatura mundial, la cual se refiere a mujeres de nivel socio-económico bajo, promiscuidad, exposición a enfermedades venéreas, varios compañeros sexuales, inició de vida sexual temprana y exposición a enfermedades virales venéreas como el herpes II. tipo 11 y -- condiloma (15-22). En los reportes revisados no se encontraron datos estadísticos de exposición a varones no circuncidados ni a herpes h. tipo 11, lo anterior probablemente -- por la falta de un interrogatorio más dirigido.

En nuestras pacientes encontramos que la clasificación clínica preoperatoria fué en el 26.6% de los casos estadio 1b y en el 13.3% para estadio 1a, posteriormente a la cirugía se obtuvo el dato que un caso era estadio 0 ó preinvasor, lo anterior resalta la importancia de un buen diagnóstico histopatológico preoperatorio, ya que se puede evitar someter a un riesgo quirúrgico innecesario a una paciente, ésta paciente tuvo como complicación transoperatoria un sangrado importante por lo que se tuvo que realizar la ligadura de ambos vasos hipogástricos. Con respecto a la extirpe histológica en el 86.6% correspondió a Ca Cu epidermoide y en el 6.6% a Ca Cu adenomatoso, datos que estan de acorde con la literatura mundial (22-27).

Entre los datos que reporta la literatura como sintomatología, no se encuentra contraposición con los datos obtenidos con nuestras pacientes, (leucorrea, sinusorragia, --

sangrado poscoito, trastornos menstruales y dispareunias), cabe mencionar que se reporta que ésta sintomatología no es específica para este padecimiento, y que esta sintomatología encontrada, la mayor parte de las veces es secundaria a algún proceso infeccioso agregado o a lo avanzado del padecimiento (22-35).

En nuestras pacientes, encontramos como tipo de lesión principal en el 40% de los casos una erosión periorificial, siguiendo en frecuencia las lesiones infiltrativas y las lesiones exofíticas, revisando datos de la literatura, encontramos congruencia con nuestros datos, ya que las lesiones exofíticas y de gran tamaño se encuentran con mayor frecuencia en estadios más avanzados (111), mientras menor es el estadio, se encuentran menos datos a la exploración física de éstas pacientes, una variante es la lesión submucosa infiltrativa ó una lesión endocervical, en las cuales al hacer el diagnóstico puede estar muy avanzada la etapa clínica (22-23-26).

Con respecto al tiempo promedio quirúrgico, se reporta en la literatura de 2:30' a 3 hrs. y la pérdida sanguínea se reporta en promedio de 1000 a 1250 ml. (5-8-12); en nuestros datos encontramos elevado tanto el tiempo quirúrgico (5:55') como la pérdida sanguínea trans-operatoria (2557.3 ml). Lo anterior se puede deducir por el bajo número de pacientes intervenidas en nuestra institución, con el consecuente decremento en la habilidad quirúrgica y anestésica para tratar a éste tipo de pacientes, lo cual acarreará un mayor tiempo quirúrgico que va a ir en relación directa con el sangrado operatorio y complicaciones.

Las principales complicaciones trans-operatorias encontradas en nuestras pacientes, incluyen la lesión de vasos hipogástricos en el 26.6% de las pacientes, lo cual obligó a la ligadura de éstos, procedimientos aceptado para cohibir sangrados profusos pero no aceptado para realizarlo de rutina. Otra complicación fué la sección ureteral en el 20%

de las pacientes, cifra que resulta sumamente alta, pero ésto se explica además del ya comentado decremento en la habilidad quirúrgica con respecto a otros centros hospitalarios, al número reducido de pacientes lo que incrementa el porcentaje en un mayor grado cada paciente. De los pacientes operados 4 pacientes (26.6%) se trasladaron a terapia intensiva por el tiempo quirúrgico prolongado, efecto anestésico - tóxico sobre miocardio y shock hipovolémico, la estancia en terapia intensiva fué en todos los casos de 2 días.

Entre las complicaciones principales post-operatorias - relacionadas con la cirugía se tuvo una morbilidad febril e infección de vías urinarias en el 40% de los pacientes, disfunción vesical prolongada en el 13.3%, ambas alteraciones relacionadas entre sí, ya que la disfunción vesical prolongada debido a una denervación parcial de la vejiga implica una permanencia más prolongada de la sonda vesical, lo cual está en relación directa con la presencia de infección de vías urinarias, ésto sin agregar el manejo de catéteres urgterales en los pacientes en las cuales se realizó reparaciones de daño ureteral, en las que la permanencia de la sonda Foley fué mayor. Se presentó síndrome de atelectasia pulmonar en un paciente probablemente por el tiempo quirúrgico - prolongado y la falta de deambulación temprana, Hematoma aponeurótico en un paciente. Todos los resultados anteriores se encuentran dentro de los rangos que se mencionan en la literatura mundial (3-8-12-16), excépto en la morbilidad febril la cual fué muy elevada ya que la literatura reporta - de un 10 a 20% y en nuestro estudio se reporta de un 40%.

Entre las complicaciones post-operatorias sobre el trago u. inario se presentó fístula Urétero-vaginal en 4 pacientes (26.6%) lo cual es muy alto ya que se reporta en la literatura un promedio de 1 a 2% (3-6-15-20), dicha cifra es directamente proporcional con las complicaciones quirúrgicas, ya que en las pacientes en que se desarrolló fístula, en 2 hubo sección ureteral durante el procedimiento quirúr-

gico y en las 4 pacientes, los tiempos quirúrgicos fueron los más altos de la serie.

En tres pacientes se observó lesión neurológica, principalmente del nervio genito-femoral y del nervio obturador. El seguimiento de las pacientes en cuanto a citologías fué normal excepto en una paciente, en la cual 6 meses posterior al acto quirúrgico se reportó un Ca Epidermoide mal diferenciado de cúpula vaginal, por lo cual la paciente fué canalizada a radioterapia.

CONCLUSIONES:

- * En nuestra unidad, se comprobó que el perfil epidemiológico de nuestras paciente es similar con respecto a datos recogidos en la literatura mundial.
- * El diagnóstico histopatológico post-operatorio de nuestras pacientes fué Ca Cu epidermoide en el 86.6%, y en el 6.6% adenocarcinoma, datos que se asemejan con datos reportados en la literatura.
- * En el 6.6% de nuestras pacientes se diagnostico Ca Cu - NO INVASIVO en el post-operatorio, po lo cual se debe tener un mejor estudio histopatológico de nuestras pacientes y de ésta manera no someterlas a un riesgo quirúrgico y anestésico innecesario.
- * La gran diferencia en cuanto a datos trans-operatorios, y complicaciones, se explica en parte por el reducido número de pacientes incluidas en el estudio comparado con estadísticas mayores. Esto también es indicativo de que se necesita realizar un número mayor de cirugías de éste tipo y aprovechar la experiencia de la persona mejor capacitada.
- * La presencia de sangrado importante en la cirugía o laceración de vasos hipogástricos, obligó a la ligadura de vasos hipogástricos en 4 de nuestras pacientes, éste procedimiento es una ayuda alternativa para el control de hemorragia, pero no se utilizó rutinariamente en ---nuestras cirugías.
- * Es posible reducir el porcentaje de fístulas realizando variantes a la cirugía original de Wertheim como lo es la preservación del meso lateral del uréter y la colocación del ureter terminal intraperitonealmente.

- Dado que el índice de curación a 5 años es similar en el estadio 1b con radioterapia que con cirugía radical, en pacientes que no reúnan los requisitos indispensables para someterse a un acto quirúrgico prolongado, deben de canalizarse a una unidad de radioterapia y no someterlas a un acto quirúrgico y sus posibles complicaciones.
- Los datos quirúrgicos obtenidos y complicaciones, no deben desalentar al Gineco-Obstetra en realizar éste tipo de cirugía radical en nuestra institución, por el contrario, dado que en nuestra institución se carece de los medios adecuados para el tratamiento con radioterapia, la cirugía radical ofrece una buena alternativa de tratamiento y realizando una buena selección de nuestras pacientes y un buen control, se puede detectar casos con patología cada vez más temprana y reducir de ésta manera los tiempos quirúrgicos, complicaciones y aumentar la experiencia del cirujano.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Alcock CJ. The Influence of Pelvic Lymph Node Disease on Survival for satage 1 and 11 Carcinoma of Cervix. Clin - Radiol, 38 (1). 13-16 1987.
- 2.- Anderson JE, Guidoizzi F, Sadan O, Koller AB, Margolius - KA. Fine Needle Aspiration of a Uretric Stricture Used - to Diagnose Persistent Cervical Carcinoma. A case Report. S. Afr. Med. J., 70 (9). 555-6 1986.
- 3.- M. Asmussen and U. Ulmsten, Effects of Radical Hysterec- tomy With Lymph Nodes Dissection on The Lower Urinary - Tract. Zbl Gynakol. 104 (1982) 868-73.
- 4.- Blake R, Lamberth H., Mac Gregor W., O' Sullivan., Dow- dell J. and Anderson. Surgery Following Chemotherapy for Advanced Carcinoma of the Cervix. Gynecologic Oncology - 19, 1 8-203. 1984
- 5.- Benedet JL, Turko N, Doyes. Radical Hysterectomy in the Treatment of cervical Cancer. Am. J. Obstetrics and Gyng- cology 137. 254-262. 1980.
- 6.- Burghardt E. and Pichel. Local Spread and Lymph node In- volvement in cervical Cancer. Obstetrics and Gynecology 52. 138-145 1978.
- 7.- Cascaete Estrada JF. Treatment of Invasive Epidermoid -- Carcinoma of the Uterine Cervix (Excluding Micrinvasive Carcinoma). Acta Med. Costarric., 23 (4), 317-330. 1980.
- 8.- Cheng NC. Wertheim's operation--A Personal series od 55 - cases. Singapore Med J. 26 (6). 463-7 1985.
- 9.- Calame RJ. Recurrent Carcinoma of the Cervix. Am J. Obs- tetrics and Gyneacology 105. 380-385. 1969.
- 10.- Delgado G. Stage 1b Squamous Cancer of the Cervix, the - Choice of Treatment. Obstetrical and Syneacological Sur- vey. 33. 174-183. 1978.

- 11.- Edi Chavez J., Rogerio Winck C., Luis Pieta J., Braga Filho. Neoplasia of the Uterine Cervix Associated --- With Pregnancy. Rev Cient. Matern. Infanc. Ginecol. 5 (1). 32-40 1985.
- 12.- Facchini V., Gadducci A., Colombi L., Bogi G., Pellegrini F. Wertheim's Radical Hysterectomy with Pelvic Lymphadenectomy in the Treatment of Cervical Carcinoma at the Obstetric and Gynecological Clinic of the University of Pisa. Cur. J. Oncol. 6 (1). 75-80 1985.
- 13.- Falk V. et al. Primary Surgical treatment of Carcinoma of the uterine Cervix. Acta obstetricia et Gynaecologica Scandinavia 61, 481. 1982.
- 14.- González R., Pescio S., M C., Ramírez J., Lira F. Radical Hysterectomy in Treatment of Early Cancer of Uterine Cervix. Rev. Chil. Obstet Ginecol. 45 (5). 241-248 1980
- 15.- George C., Antony P., Elias E. and Ignazio G. Radical Surgery For Cancer of the Uterine Cervix. A Ten-Year - Experience. Int. Surg. 1982. 67. 347-9
- 16.- Green Th. Jr Meigs JV, Ulfelder H., et al. Urologic -- Complications fo Radical Wertheim's Hysterectomy. Incidence, Etiology, Management and Prevention. Obstetrics and Gynecologic 20. 293 1962.
- 17.- Heller PB., Lee RB., Lomas MH et al. Lymph node Positivity in Cervical Cancer. Gynecologic Oncology 12. 328 335. 1981.
- 18.- John L. Powell., Matthew O., Ernest W. Radical Hysterectomy and Pelvic Lymphadenectomy. Gynecologic Oncology. 12, 23-32. 1981.
- 19.- John C., Joseph H, Richard E. The Wertheim's Hysterectomy for Squamous Cell Carcinoma of the Uterine Cervix Am. J. Obst. and Gyne. (81) 978 1961.

- 20.- Kajanoja P., Raisanen I., Lehtovirta P. Wertheim Radical Hysterectomy. Surgical, Complications, Accuracy - of Clinical Staging and Value of lymphangiography in Cervical Carcinoma. Ann. Chir Gynaecol. 72 (2). 94-7 1985.
- 21.- Kajanoja P., Raisanen I), and Lehtovirta P. Wertheim Radical Hysterectomy. Ann. Chir. Gynaecol. 1985. 74 - (2).
- 22.- Liebenstein J., Hettenbach A., Noack EJ. et al. Carcinoma of the Cervix Stage T 1b. A 15 year Review of -- 256 cases. Eur. J. Gynaecol Oncol. 6 (1). 1-9 1985.
- 23.- Leon L. Adcock, Thomas M., et al. Carcinoma of the Uterine Cervix FIGO stage 1b Gynaecol. Oncol. 1982 -- 14 (2) 194-208.
- 24.- Langley H., Moore DW., Tornasky JW et al. Radical -- Hysterectomy and Pelvic Lymph Node Dissection. Gynecologic Oncology 9, 37-42 1980.
- 25.- Mauro T., Shibata K., Kimura A. et al. Tumor Associated Antigen, TA-4, in the Monitoring of the Effects - of Therapy for Squamous Cell Carcinoma of the Uterine Cervix. Cancer. 56 (2). 302-A. 1985.
- 26.- Patanaphan V., Poussin-Rossillo H., Villa Santa U. - Cancer of Uterine Cervix Stage 1b. Treatment, Results and Prognostic Factors. Cancer. 57 (4). 886-70 1986.
- 27.- Ptackova B., Kucera F., Kopecky J. Adenocarcinoma Cervicis Uteri. an Appraisal of Treatment Results for a Period of 40 Years. Neoplasma. 34 (3), 333-E 1987.
- 28.- Scarabelli L., Tumolo S., De Paoli A., et al. Intermittent pelvic Arterial Infusion With Peptichemia, Doxorubicin and Cisplatin for Locally Advanced and Recurrent Carcinoma of the uterine Cervix. Cancer. 60 (1) 25-30 1987.

- 29.- Sergio Bernal., Ortiz Martha J. Lymphatic Metastasis in Stage 1 Carcinoma of the Cervix. Ginecol. Obstet. Mex. 1982 (304) 50 217-20.
- 30.- Sanford Sall., Pineda A. Surgical Treatment of Stages 1b and 11a invasive Carcinoma of The Cervix by Radical Abdominal Hysterectomy. Am. J. 135. 442. --- 1979.
- 31.- Smales E., Perry CM., Macdonald JS. The value of Lymphography in the Management of Carcinoma of the Cervix. Clin. Radiol. 37 (1) 19-22. 1986.
- 32.- Weiss RJ., Lucas UE. Adenocarcinoma of the Uterine Cervix. Cancer. 57 (10). 1996-2001 1986.
- 33.- Wiernik S. The Combination of Radiotherapy and Surgery in the Treatment of Carcinoma of the Uterine Cervix. UR. J. Radiol. 59 (698). 97-105. 1986.
- 34.- Wong LC., Hsu C., Choy D., Ho HK. Combined Treatment in Adenocarcinoma of Cervix. Eur. J. Gynaecol Oncol. 6 (3). 186-92 1985.
- 35.- Wild R., Riveros R., Fernandez M., Mayerson D., et al. Treatment of Carcinoma of the Uterine Cervix. Evaluation of Results for a 3-year period. Rev. Chil. Obstet Ginecol. 47 (2) 65-77 1982.
- 36.- Zanolla R., Monzaglio C., Campo B., Urdesi G. et al. Bladder and urethral Dysfunction after Radical Abdominal Hysterectomy, Rehabilitative Treatment. J. --- Surg. Oncol. 28 (3) 190-4 1985.