



11217
122
2ej

Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Postgrado

FACULTAD DE MEDICINA FACULTAD DE MEDICINA

MAYO 27 1993

SECRETARIA DE SERVICIOS

HISTERECTOMIA RADICAL COMO TRATAMIENTO
EN CANCER CERVICOUTERINO ETAPAS IB Y IIA

T E S I S :

Que para obtener el Título de:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta el Dr.

Mario Rodríguez Mata

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN Morelia, Mich., 1993



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 está 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.

I N D I C E .

	Pag.
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	5
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	32
JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	33
MATERIAL Y METODOS	34
RESULTADOS	37
DISCUSION	42
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFIA UTILIZADA	49

I N T R O D U C C I O N .

El carcinoma cervicouterino (CaCu) es uno de los tumores mejor conocidos debido a:

- a) Desarrollo tumoral que alcanza la fase clínica hasta en 10 y 20 años.
- b) Evolución preneoplásica muy característica.
- c) Accesibilidad del órgano a la exploración clínica.
- d) Sencillez del cuadro citológico e histopatológico para el diagnóstico.

Por estas razones y el conocimiento de los factores de riesgo, teóricamente esta enfermedad debería desaparecer de la faz de la tierra, sin embargo, sucede todo lo contrario. En los países latinoamericanos y otros considerados como subdesarrollados

llados, esta neoplásia ocupa el primer lugar entre los canceres que afectan al sexo femenino. Lo más dramático es que la edad de aparición de el padecimiento es en el momento en que la mujer ocupa el centro moral de una familia, acarreado con estos trastornos al resto de sus parientes y alto consumo económico para la sociedad en general.

El programa de detección temprana del cáncer, mediante el examen ideado por el Dr. George Papanicolaou en 1928 (1), ha brindado frutos en relación al diagnóstico oportuno del tumor y en etapas más tempranas. No obstante, el porcentaje de casos en Etapas avanzadas ha variado poco en los últimos cinco años entre la población atendida en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia Michoacán (21):

Etapa I	15 %	22 %
Etapa II	36 %	40 %
Etapa III	42 %	31 %
Etapa IV	7	7
ANOS	1987	1992

Esto es debido a la poca atención que las pacientes mismas ponen ante cualquier sintomatología ginecológica, el precario conocimiento del médico general ante este problema y la falta de una publicidad con cobertura más amplia respecto al Ca Cu.

En el presente trabajo se hace un análisis modesto, pero cuidadoso, de la experiencia en el manejo del Ca Cu Etapas Ib y IIa en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia Michoacán mediante

técnica quirúrgica el servicio de Ginecología On -
cológica. El período comprendido es del año 1987 a
1992 en donde se incluyen 32 casos que considera -
mos lo más representativo.

GENERALIDADES .

A diferencia de lo que sucede en la mujer habitante de países subdesarrollados, este tumor tiene -- muy baja incidencia en el registro de tumores de -- países Europeos. Más aún, este tumor no existe -- prácticamente en la mujer judía, suponiéndose esto que sea cierta resistencia genética, ya que en -- otros grupos étnicos la circuncisión como práctica rutinaria no logra abatir la incidencia de cáncer-cervicouterino en sus compañeras como sería lo esperado. (Marcial)

Los siguientes factores están suficientemente comprobados como predisponentes en el desarrollo del-Ca Cu.

- a) Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años de edad, fecha que se considera --

índice de maduración en el epitelio que recubre el cervix uterino.

- b) Relaciones sexuales con múltiples compañeros. Esto es muy notorio, ya que las prostitutas tienen 5 veces más Ca Cu que la población que no comparte sus hábitos de conducta.
- c) El alto número de embarazos tal vez tenga relación con lo dicho en los dos incisos previos. Pero también es cierto que los cambios hormonales que acompañan al embarazo facilitan de alguna manera el desarrollo de displasias en el cuello uterino. Puede incluso semejar un carcinoma el aspecto histológico, y sin embargo dichos cambios remiten al término de la gestación.

Como datos agregados, no se ha visto este tumor en mujeres vírgenes, monjas o aquellas que tienen una vida sexual inactiva.

Un factor que ha tomado cada vez mayor importancia como etiológico, es la infección agregada del herpes Virus Tipo II. La presencia de niveles séricos de anticuerpos anti HV-II progresivamente mayores conforme la etapa clínica avanza, ha hecho pensar que este virus es definitivo en el desarrollo de la neoplásia. La objeción a ello es que la célula cancerosa es susceptible de infectarse muy fácilmente por el virus y que al destruir aquellas, los niveles séricos obviamente tienden a disminuir.

La controversia no ha terminado al respecto, pues hay argumentos a favor de ambas tendencias, finalmente pudiera ser este virus un carcinógeno aso --

ciado. (Tobin)

Dos variables nuevas que se han estudiado ocasionalmente, y que son los efectos del tabaquismo (Buckley 1980) y el empleo de anticonceptivos ingeribles, por largo tiempo, más de 60 meses (Vessey 1983). Innumerables estudios se han ocupado de métodos bioestadísticos muy refinados para saber si la relación de sustancias químicas, con el consumo del cigarrillo son accidentales, por el estilo de vida, o por la relación con clase social o conducta sexual, o hay una relación causal.

En la actualidad se le da importancia como factores promotores para desarrollar esta neoplásia a las infecciones virales, principalmente a las del Papiloma Virus Humano, sobre todo los tipos 16, 18, 31. (18)

El origen de este tumor, según lo describe Williams está en el epitelio de transición hacia principios de 1900. Más recientemente se ha estudiado su progresión desde displasia hasta grados invasores. El término displasia indica aumento en el número de las mitosis, el número y tamaño de las células y grados variables de queratinización. Es ligera cuando afecta el 30 % del grosor epitelial, el cuarenta y siete por ciento quedan en esta categoría. Finalmente solo 6 % progresan a cáncer in situ.

La displasia moderada afecta el doble del grosor, ocurre en 41 % de los casos y el 13 % progresa a cáncer in situ.

Finalmente, la displasia severa afecta todo el grosor del epitelio, ocurre en 11 % de los casos

progresando en la tercera parte de los pacientes a cáncer in situ. Todas las displasias que se asientan en el endocervix tienen alto grado de progresión a cáncer; si están en ectocervix es más probable que regresen con tratamiento o espontáneamente. Hay formas ya definidas de tratamiento para cada una de las displasias, pero su discusión se sale de los límites de este trabajo.

El cáncer in situ se diagnostica en base a datos nucleares y citoplásmicos de malignidad, pérdida de la polaridad y estratificación celular, aumento en el número de mitosis e integridad de la membrana basal (19). Una vez que el tumor rompe la membrana basal y penetra en el estroma 3 mm. o afecta canales linfáticos y capilares, se le llama microinvasor y adopta la capacidad de metastatizar a --

ganglios pélvicos, aunque solo en el 1 % de los casos. Si la penetración es de 5 mm. las metástasis ganglionares se registran en 5 a 8 % de los casos (20).

Desde el punto de vista histopatológico, el 95 % de los tumores son epidermoides; el 4 % son adenocarcinomas, y el resto son de células claras o mesonéfricos y más raros como el sarcoma de tipo botrioide. Si se estudia la sobrevida observando solo el tipo histológico, se encuentra lo siguiente:

Epidermoide bien diferenciado	89 % a 5 años
Epidermoide indiferenciado	65 % a 5 años
Adenocarcinoma	85 % a 5 años

El cervix uterino presenta una rica vascularidad linfática especialmente en su capa muscular, la cual al ser invadida por el cáncer, incrementa

notablemente la posibilidad de metastásis. Esta es la principal vía de diseminación tumoral y se -- ilustran a continuación los sitios linfáticos pélvicos afectados (17).

Ganglios Linfáticos Primarios

Ganglios Linfáticos Secundarios

El porcentaje de afectación ganglionar varía según la etapa clínica e incluso entre diferentes autores:

Etapa I	entre el 15 y 20 %
Etapa II	entre el 25 y 40 %
Etapa III	entre el 45 y 50 %
Etapa IV	más del 60 %

La diseminación hematógica se observa en el 25 % de los casos autopsiados y ocurre a pulmones, hígado, y hueso. Estas últimas son explicadas por invasión al plexo venoso vertebral de Batson y por ello son más frecuentes a columna lumbar y huesos-pélvicos.

A continuación se enlista una correlación entre etapa clínica y la frecuencia de metástasis a distancia (17).

Etapa clínica	Porcentaje
IA	0.7 %
IB	4.7 %
IIA	9.2 %
IIB	16.0 %
IIIA	20.0 %
IIIB	23.0 %
IV	100.0 %

En oncología no es suficiente tener un diagnóstico de malignidad, sino conocer el grado de extensión de la enfermedad, y ello se alcanza solamente mediante exámenes de laboratorio y de gabinete accesibles en general para casi cualquier centro médico en nuestro país. Por acuerdo internacional se excluyen métodos de diagnóstico sofisticados con el único fin de tener coherencia entre las comuni-

caciones estadísticas entre diferentes países.

Se enlistan estos requisitos los cuales fueron hechos en la serie de pacientes aquí comentada.

Laboratorio: Biometría Hemática completa, Química-Sanguínea, Tiempos de Sangrado.

Radiografía: Tele de Tórax, Urografía Excretora, - Colon por enema. Este se limita a etapas III y IV, así como aquellas más iniciales que dan sintomatología colorectal.

Gabinete: Rectosigmoidoscopia, Cistoscopia, ambas con toma de biopsia.

Estos tres últimos para etapas más avanzadas que las analizadas en el presente trabajo.

La linfografía y tomografía axial computarizada, - aunque muy útiles y exactas, no son práctica rutinaria. Tampoco son empleadas la Arteriografía, ---

Venografía, Histerografía, Laparoscopia y Laparotomía porque no están disponibles en todas las instituciones. Respecto a este último método, resulta interesante conocer como hacia cambiar la etapa, con el siguiente porcentaje:

IB	25 %
IIA	45 %
IIB	60 %
IIIA	66 %
IIIB	95 %

Aunque otros autores reportan cifras menores a lo descrito, esta y otras evidencias nos hacen pensar cuan errática puede ser la forma de planear un tratamiento, pues se tiene un enemigo mayor al considerado.

CLASIFICACION CLINICA DEL CA CU SEGUN LA FIGO, --
1985 (2).

- Estadio 0 Carcinoma in situ
- Etapa I Carcinoma estrictamente limitado al --
cuello uterino (la extensión al cuerpo
debe ser pasada por alto).
- Etapa II Carcinomas preclínicos del cuello ute-
rino; es decir, aquellos diagnostica -
dos solo con el microscopio.
- Etapa Ia1 Invasión mínima del estroma microscop -
icamente evidente, menor de 1 mm.
- Etapa Ia2 Lesiones detectadas microscópicamente -
que se pueden medir, el límite máximo -
no debe revelar una profundidad de in-
vasión de más de 5 mm. desde la basal-
del epitelio, ya sea superficial o ---

granular, del cual se origina, y una segunda dimensión la extensión horizontal, no debe exceder 7 mm. las lesiones de mayor tamaño deben ser estadificadas como Ib.

Etapa Ib Lesiones de mayor tamaño que las del estadio Ia2 sean clínicamente visibles o no, el compromiso del espacio preformado no debe alterar la estadificación, pero debe ser registrado específicamente para determinar si afectará o no las decisiones en cuanto al tratamiento futuro.

Etapa II Compromiso de la vagina pero no del tercio inferior, o infiltración de los parametrios que no llega a la pared

pélvica.

Etapa IIa Compromiso de la vagina pero sin evidencia de compromiso parametrial.

Etapa IIb Infiltración de los parametrios que no llega a la pared pélvica.

Etapa III Compromiso del tercio inferior de la vagina o extensión de la pared pelviana.

Etapa IIIa Compromiso del tercio inferior de la vagina, pero no llega a la pared pelviana si hay compromiso parametrial.

Etapa IIIb Compromiso de uno o ambos parametrios incluyendo la pared pelviana.

Etapa III Obstrucción de uno o ambos ureteres en la pielografía intravenosa sin los otros criterios para la enfermedad en-

estadio III.

Etapa IV Extensión fuera del tracto genital.

Etapa IVa Compromiso de la mucosa de la vejiga o de el recto.

Etapa IVb Metástasis distantes o enfermedad extra pélvica.

El manejo del cáncer cervicouterino debe ser de un equipo Multidisciplinario es decir: Cirujano Oncólogo o Ginecólogo, Radioterapeuta, Oncólogo Médico, Quimioterapeuta, personal de enfermería, de trabajo social etc.

Debe ser tratado en un hospital que cuente con los medios suficientes en cuanto a infraestructura, -- recursos materiales y humanos para llevar a cabo -- dicho procedimiento, las pacientes deben ser referidas a este tipo de hospitales a la brevedad posible. A continuación se revisan algunos parámetros generales del tratamiento del cáncer cervicouterino según la etapa propuesta por la FIGO.

-Cáncer in situ.- Histerectomía Total Abdominal -- con resacción del tercio superior de la vagina o -- Histerectomía Vaginal en caso de mujeres jóvenes,-

sin hijos y que desean tenerlos se puede hacer conización y vigilancia estrecha superior, Radioterapia en dado caso que la paciente no acepte el tratamiento quirúrgico.

-Carcinoma Microinvasor.- Histerectomía Total Abdominal con resección de Cúpula vaginal o Histerectomía vaginal o radioterapia en caso de no aceptar procedimiento quirúrgico.

-Carcinoma Invasor.- Etapas Ib o IIa; Histerectomía Abdominal Radical con Linfadenectomía Pélvica-bilateral o Histerectomía Vaginal R., y/o Radioterapia.

Para adquirir una noción del estado actual del tratamiento quirúrgico del cáncer cervical hay que destacar algunos hechos históricos (5):

La histerectomía simple o la conectomía cervical -

por la vía vaginal o abdominal fué desarrollada -- por Sauter en 1927 como un intento de suplantar el -- tratamiento con cauterización.

Una cirugía más extensa consistía en la Histerec -- tomía total fué propuesta por Freud en 1978 pero -- este procedimiento acarreaba una mortalidad opera -- toria del 50 % .

En 1898 Ries, consideró la posibilidad de extir -- par parte del ligamento ancho y algunos ganglios -- linfáticos.

En 1898 Wertheim, en Viena, desarrolló la técnica -- quirúrgica para escindir los ganglios linfáticos -- agrandados y palpables y parte del parametrio al -- hacer la histerectomía total. El gran índice de -- mortalidad y complicaciones urinarias e intestina -- les hizo que los cirujanos recurriesen a otros --

métodos. En E.U. el tratamiento quirúrgico del --
cáncer cervical fué sustituido poco a poco por el--
radium y la radioterapia profunda en un período --
comprendido entre 1920 y 1940.

En 1944 J.V. Meigs renovó el interés en la cirugía
radical para el carcinoma cervical en Estados Uni-
dos porque estaba disconforme con los resultados -
de la radioterapia. El procedimiento implica la -
extirpación del útero y los anexos, la extirpación
de los parametrios en la pared lateral pelviana y-
el corte de los ligamentos uterosacros en el sacro,
ligamentos uterovesicales, tercio superior e infe-
rior de la vagina, la disección de los ganglios --
pelvianos comprendiendo las cuatro cadenas más im-
portantes de los ganglios linfáticos: La ureteral,
el obturador, la hipogástrica, y la iliaca.

El procedimiento es complejo puesto que los tejidos extirpados se hallan a muchas estructuras vitales como el intestino, la vejiga, los ureteres y los grandes vasos de la pelvis. El objeto de la disección es conservar el recto, la vejiga y los ureteres sin daño, pero extirpar todo el tejido restante que sea posible, se concluye que la colección de muestras citológicas en el lavado peritoneal en HR es de bajo provecho y debe ser abandonado, se encuentra incidencia 1.4 % de 1,204 muestras tomadas (11).

El carcinoma cervical con metástasis a ovario es extremadamente raro. Solo hemos encontrado un solo caso en la literatura. Por esto la conservación ovárica queda como opción viable en pacientes jóvenes (7). La linfoadenectomía no es solamente tera-

peútica sino diagnóstica ya que delimita la extensión del tumor. La ausencia de ganglios metastásicos nos da un mejor pronóstico que los hallazgos histológicos de los ganglios linfáticos positivos (6). La supervivencia a cinco años está influenciada por ciertos factores clinicopatológicos: Grado de diferenciación del tumor, tamaño del tumor, nodulos linfáticos negativos, número de ganglios linfáticos afectados, penetración cervical del tumor, afección del segmento inferior del útero, invasión angiolinfática y diabetes mellitus. No tienen significancia en el índice de supervivencia: edad, presencia o ausencia de citologías positivas, hipertensión arterial sistemática, tabaquismo, tipo sanguíneo y transfusión durante la operación (3).

La sobrevida con el tratamiento quirúrgico es la siguiente a cinco años (17):

E I	86.3 %
E IIa	75.0 %
E IIb	58.0 %
Otros estadios	34.1 %

se pueden esperar recidivas en 10 a 20 % de los pacientes, las recidivas tienen un pronóstico de salentador ya que causan la muerte en más del 85 % de los casos. Las principales complicaciones de la histerectomía radical son: la formación de fistulas ureterales 0-3 %, poco frecuentes en especial como resultado de los adelantos en las técnicas, tales como evitar un daño excesivo de las estructuras mismas y preservando las rutas alternativas de vascularización (10).

Linfoquistes: El drenaje retroperitoneal de los sitios de la linfadenectomía por medio de cateteres de aspiración redujo considerablemente la incidencia de los linfoquistes e infección pelviana. El drenaje de succión cerrada en la vagina es seguro, eficiente y más aceptado por las pacientes y menos costoso (4).

Hemorragia el uso de clips vasculares y la electrocoagulación.

Han ayudado mucho al cirujano en la hemostasia, algunos apoyan que se evite la transfusión cuando sea posible y sugiere una influencia potencial de la transfusión sanguínea en la recurrencia después de tratamiento del E Ib del cáncer cervical como en la histerectomía radical con linfadenectomía radical, los autores especulan que la transfusión-

transoperatoria puede perjudicar la respuesta inmunológica del receptor, favoreciendo la recurrencia en estos pacientes (16).

Radioterapia.- El tratamiento radioterapico del cáncer del cuello uterino es quiza el más extendido mundialmente, en general se combina la aplicación intracavitaria con la radiación externa. En las etapas in situ y IIa las tasas de respuesta son similares sin embargo existen ventajas y desventajas en relación a morbi-mortalidad:

CIRUGIA

Costo económico menor.

Tiempo de tratamiento menor. 15 días.

Cuenta con pieza quirúrgica.

RADIOTERAPIA

Costo económico mayor.

Tiempo de tratamiento mayor. 6-8 semanas.

No cuenta con pieza quirúrgica.

Fístulas y lesiones vesicales 0-3 % . Proctitis, cistitis, fístulas 5-10 % .

Se quitan solo células o tejido neoplásico. Se lesionan células tumorales y sanas.

Indices de curación en el cáncer cervicouterino --
tratando solo con radioterapia según la etapa clínica a cinco años.

E I	91.5 %
E IIa	83.5 %
E IIb	66.5 %
E IIIa	45.0 %
E IIIb	36.0 %
E IV	14.0 %

no se ha encontrado diferencia significativa en --
cuanto al porcentaje de sobrevida utilizando ra --
dioterapia o cirugía en Etapas in situ hasta IIa -

del cáncer cervicouterino o una combinación de
ambas (12).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

- 1.- Ratificar la eficiencia del procedimiento quirúrgico en pacientes sometidas a Histerectomía Radical con Linfadenectomía Bilateral Pélvica en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino invasor etapas IB y IIA.
- 2.- Conocer la evolución clínica así como quirúrgica y sobrevida de las pacientes hasta la fecha.
- 3.- Analizar cada una de las variables sometidas al protocolo del estudio y compararlas con la literatura a nivel mundial.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

- 1.- En nuestro medio, es el cáncer femenino más común, comprendiendo el 60 % de las neoplasias malignas del aparato genital femenino y así mismo es el que produce mayor mortalidad dentro de los tumores que aquejan a la mujer.
- 2.- Realizar una evaluación del manejo del cáncer cérvicouterino Etapas Ib y IIa específicamente mediante Histerectomía Abdominal Radical con Linfadenectomía Pélvica Bilateral.
- 3.- No existe el antecedente de algún trabajo realizado semejante al nuestro en el Hospital General de Morelia.

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

Se realizó estudio Retrospectivo del año de 1987 a junio de 1992. 32 pacientes con cáncer cervicouterino invasor en etapas IB y IIA fueron tratadas con Histerectomía Radical y linfadenectomía pélvica bilateral en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", por médicos Oncólogos adscritos al servicio.

Los principales criterios de inclusión para seleccionar a las pacientes para tratamiento quirúrgico fueron:

- 1.- Cáncer cervicouterino Etapas IB y IIA definido por la Federación de Ginecología y Obstetricia.
- 2.- Sin contraindicación médica.
- 3.- Decisión voluntaria de la paciente para ser sometida al procedimiento.

Criterios de Exclusión:

- 1.- Pacientes cuyos expedientes estaban perdidos o incompletos.
- 2.- Negativa de la paciente para la intervención quirúrgica.
- 3.- Carcinoma cervicouterino invasor por arriba de la Etapa IIA.

La evaluación preoperatoria incluía: Historia clínica completa y exploración física de la paciente, resultado de citología cervical y biopsia cervical positiva a cáncer cervicouterino, biometría hemática completa, química sanguínea, grupo y Rh, pruebas de coagulación, radiografía de torax, urografía excretora, rectosigmoidoscopia y electrocardiograma.

La operación realizada generalmente fué Histerec-

tomía Radical con linfadenectomía pélvica bilate -
ral o de Meigs Okabayashi. La sonda vesical se re -
tiró a los 10 días en promedio y el drenaje pélvi -
co lateral a los 5 días como promedio. Se adminis -
traron antibióticos en forma profiláctica.

Se está realizando seguimiento de todas estas pa -
cientes para sacar el porcentaje de sobrevida a --
cinco años.

Las fuentes de información para la realización de -
este trabajo incluye el Archivo del Hospital Gene -
ral "Dr. Miguel Silva" de la ciudad de Morelia --
Michoacán.

RESULTADOS .

Al término del trabajo y analizando cada una de las variables sometidas al protocolo de estudio obtuvimos lo siguiente.

La paciente más joven tuvo 32 años y la de mayor edad 76 años, la edad media correspondió a 39 años y las décadas predominantes fueron la de los 35-44 años con 16 pacientes, (56 %); la de los 45-59 años con 9 (28 %) y la de los 25-34 años con 4 pacientes (13 %) y por último una paciente con más de 60 años (3 %). Gráfica I.

En cuanto a la muestra de pacientes estudiada tenemos que entre los municipios de La Huacana, Morelia y Huetamo el 37.5 % o sea 12 pacientes eran originarios de esos lugares, con residencia actual de un 53.1 % o sea 17 pacientes en los municipios-

de Morelia, La Huacana y Apatzingán. Gráfica 2 y 3. El inicio de la vida sexual activa tuvo mayor porcentaje en el período comprendido entre los 15-24-años con 29 pacientes (90.6 %); de 25-34 años 1 (3.1 %) y 2 pacientes (6.2 %) con menos de 15 años, seguido de una gran multiparidad en 28 pacientes (87.5 %); la mayoría de las pacientes 26 (81.2 %) dijeron haber tenido solo un compañero sexual. Gráficas 4,5,6.

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico en la mayoría de las pacientes 20 (62.5 %) fué de 1-6 meses. Gráfica 7. En cuanto a sintomatología el principal en 21 pacientes (65.6 %) fué sangrado trasvaginal, seguido de leucorrea en 5 pacientes (15.7 %) y sangrado

post-coito también en un 18.7 %, una paciente (3.1 %) curso asintomática. Gráfica 8.

En el estadio clínico 26 pacientes (81.2 %) se clasificaron en estadio IB y 6 (18.7 %) en estadio IIA, se realizaron 27 papanicolaou con diagnóstico de Ca Cu Invasor, a todas biopsia cervical con diagnóstico de Ca Cu Invasor, no se realizaron Conizaciones Cervicales y una paciente de las 32 tenía embarazo de menos de 12 semanas y Ca Cu Invasor.

En cuanto a la variedad histológica 30 pacientes (93.7 %) correspondieron a carcinomas epidermoides; 2 (6.2 %) a carcinomas adenoescamosos, el 66 % o sea 21 pacientes con carcinoma de células grandes no queratinizante, 8 pacientes (25.0 %) con carcinoma de células pequeñas queratinizante y 3 pacientes (9.0 %) con carcinoma de células grandes

queratinizante. Gráfica 9,10,11.

En cuanto a volumen tumoral 10 pacientes (31.0 %) tenían crecimiento del tumor entre 1-2 cm; otras 10 pacientes (31.0 %) entre 3-4 cm; 2 (6.0 %) entre 6-8 cm; 1 (3.0 %) entre 7-8 cm; 2 pacientes (6.0 %) con crecimiento del tumor menor de un cm. Gráfica 12.

La cantidad de ganglios pélvicos extirpados en el número global de las pacientes fué de 116 derechos y 85 izquierdos. 30 pacientes (94.0 %) con hiperplasia linforeticular y 2 (6.0 %) con ganglios positivos a Ca Cu. Una es estadio IB y otra IIA. Gráfica 13.

El tiempo operatorio fué en 21 pacientes (65.6 %) entre 3-4 horas y en 11 (34.4 %) 5-6 horas teniendo como promedio 4.07 horas. El sangrado quirúrgi-

co varió desde 500-2000 mililitros teniendo como promedio 960.93 mililitros. Gráfica 14,15.

En cuanto a la morbilidad y mortalidad se encontró en 2 pacientes (6.0 %) se presentaron complicaciones en el transoperatorio. En una edema agudo pulmonar y en la otra hipotensión ambas se corrigieron en forma satisfactoria. De las complicaciones tardías se encontró una paciente (3.0 %) con atonía vesical esta se corrigió en un período de tiempo de 30 días aproximadamente. Gráfica 16.

La mortalidad hasta estos momentos ha sido de cero pacientes y la sobrevida a cinco años pendiente aún por encontrarse en seguimiento las pacientes.

D I S C U S I O N .

La Histerectomía Radical es un procedimiento que tiene un lugar bien establecido dentro del armamento terapéutico para el tratamiento del cáncer cervicouterino invasor en estadios tempranos y para casos muy seleccionados de recurrencias centrales post-radioterapia, en los que la cirugía constituye la última oportunidad de curación de estas pacientes.

La técnica quirúrgica empleada en el servicio, permite una amplia exposición de los tejidos de la pelvis y resección de la lesión primaria y de sus ganglios linfáticos de primer relevo. En bloque con la grasa que los contiene sin embargo el procedimiento es de alto grado de dificultad desde el punto de vista técnico y su ejecución requiere de

un gran conocimiento de la anatomía de la pélvis y de la historia natural de la enfermedad es decir de esta neoplásia. Existen numerosas series publicadas de pacientes con carcinoma de cervix invasor temprano tratadas con cirugía radical. La supervivencia a 5 años de esas series varía de 65.5 % -- hasta el 95 % . La mortalidad operatoria fluctúa -- de 0 % hasta 1.9 % y las complicaciones quirúrgi -- cas se extienden hasta un 35 % de los casos. Los -- porcentajes de fistulas tienen un rango de 0 % a -- 9 % (23). Los resultados en el presente trabajo -- realizado se comparan a las series mencionadas es -- decir nuestra mortalidad fué de 0 %, las complica -- ciones quirúrgicas se tuvieron en un 6 % de nues -- tras pacientes. El desarrollo de fistulas tanto -- ureterales como vesicales se presenta a causa de --

una disminución de la circulación de sus estructuras, como consecuencia de la disección cortante que se realiza durante su intervención. Su frecuencia en este trabajo fué de 0 % en comparación a la comunicada por otras instituciones, hasta 13.5 % (22). De las complicaciones post-operatorias tardías observadas en este trabajo destaca la atonia vesical en un 3 % de los casos porcentaje bajo en comparación con resultados de otras series de hasta un 27 % de las pacientes, es consecuencia de la sección de los filetes nerviosos vesicales durante la disección pélvica y obliga al empleo de sonda vesical a permanencia. El porcentaje de ganglios positivos en nuestra serie fué de 3 % para la etapa IB y 3 % para la etapa IIA, estas se consideran bajas si se comparan con otras series en las

que varían de un 10 % hasta un 30 % (23).

Hasta el momento de todas las pacientes sometidas al estudio y que han tenido control citológico a base de papanicolaou en ninguna se ha detectado -- recurrencia tumoral lo cual es importante ya que -- el 89.5 % de los fracasos terapéuticos ocurren los dos primeros años y que 10.5 % ocurren después de los 24 meses (22), lo que enfatiza la necesidad de mantener una estrecha vigilancia durante ese lapso de tiempo.

En nuestro medio socioeconómico y cultural es difícil por la Idiosincrasia misma, establecer algunas veces un seguimiento en el 100 % de las pacientes.

C O N C L U S I O N E S .

Analizando lo antes dicho, podemos afirmar lo siguiente basándonos en los registros estudiados.

- 1.- La etapa del cáncer cervicouterino IB y IIA es tributaria de cirugía vs. radioterapia. Incliniéndonos por el método quirúrgico por carecer de Radioterapia en el hospital y su costo ser altamente elevado en el medio particular.
- 2.- En nuestro grupo de 32 pacientes estudiados la morbimortalidad es comparable a otras instituciones. Existen numerosas series publicadas de pacientes con carcinoma de cervix invasor tratadas con cirugía radical. La mortalidad fluctúa de 0 hasta 0.6 % en nuestro estudio la mortalidad fué de 0 % y las complicaciones quirúrgicas se extienden desde 10.2 % hasta

29.9 % en nuestro estudio fué de 9 %. El porcentaje de fistulas tiene un rango de 1.3 % a 13.3 % en nuestro estudio el porcentaje de fistulas fué de 0 % . La supervivencia a 5 años de esas series varia de 60 % hasta 94,5 % . Este dato está aún pendiente en nuestro estudio por encontrarse en seguimiento las pacientes.

3.- La histerectomía radical se considera cirugía mayor especializada, que puede realizarse en un hospital que cuente con especialistas en trenados.

4.- La terapia quirúrgica radical para el estadio IB y IIA del carcinoma del cervix, es justificada tomando en base el porcentaje de curas, los niveles aceptables de morbilidad y mortalidad, y además nos permite tener una evalua -

ción histopatológica del espécimen quirúrgico y -- así detectar las pacientes que tienen riesgos para recurrencia para implementar algún tipo de terapia combinada.

5.- La necesidad de detectar el problema en una -- etapa más temprana, ya que como mencionamos al inicio del trabajo, es una enfermedad que puede ser desterrada de la faz de la tierra.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA.

- 1.- Koss LG. The Papanicolaou test for cervical cancer detección: a triumph and a tragedy.
- 2.- FIGO Cancer Committe. Staging announcement. -- Gynecol Oncol 1986; 25: 383.
- 3.- Hopkins P. M. , Morley W.G.
Stage IB squamous cell cancer of the cervix: -
Clinicopathologic features related to survival.
Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 1520-9 .
- 4.- Barton P.J. Desmont, Cavanagh Denis, Roberts S.
W. Radical hysterectomy for treatment of cer -
vical cancer: A prospective study of two me --
thods of closed suction drainage.
- 5.- Sall Sanford, Pineda A, Galanog A.
Surgical treatment of stages IB and IIA inva -
sive carcinoma of the cervix by radical abdo -

minal hysterectomy.

Am J Obstet Gynecol. 135:442, 1979.

6.- Tinga D.J. Timmer P.R. Bouma J.

Prognostic Significance of single versus multiple lymph node Metastases in cervical carcinoma Stage IB Gynecologic Oncology 39, 175-180 1990.

7.- Johnston M. Carolyn, Dottino R. Peter, Haller S. Debra Recurrent Cervical Squamous Cell Carcinoma in an Ovary Following (varian Conservation and Radical Hysterectomy.

8.- Levecchio L.J. Averette , E.H. Donato, D.

5-Year Survival of patients with periaortic - Nodal Metastases in clinical Atage IB and IIA- Cervical Carcinoma. Gynecologic Oncology 34,- 43-45 1989.

9.- Yabuki, Yoshihiko, Asamoto Akihiro, Hoshiba T.
Dissection of the cardinal ligament in radical
hysterectomy for cervical cancer with emphasis
on the lateral ligament.

Am J Obstet Gynecol 1991; 164:7-14.

10.- Fuchtnr Carlos, Manetta Alberto, Walkerr L.-
Joan.

Radical Hysterectomy in the elderly patient:
Analysis of Morbidity.

Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 593-7.

11.- Morris C. Peter. Haugen Julie, Anderson Barrie
The Significance of peritoneal cytology in
Stage IB Cervical Cancer.

Obstet Gynecol 1992; 80: 196-5.

12.- Hopkins P. Michael, Morley W. George

Radical Hysterectomy Versus Radiation Therapy-

for Stage IB Squamous Cell Cancer of the Cervix.

Cancer 68: 272-277; 1991.

13.- Tobin S.M. Relation of HVH II to carcinoma of cervix.

Obstetrics and Gynecology 53: 553-557, 1979.

14.- Kamura Toshiharu, Tsukamoto Maoki, Tsuruchi Nobuhiro Multivariate Analysis of the Histopathologic Prognostic factors of cervical Cancer in Patients Undergoing Radical Hysterectomy.

Cancer 1992; 69: 181-186.

15.- Marcial Victor. Carcinoma of cervix. present status and future. Cancer 39: 945-958, 1977.

16.- The Clinical Significance of Blood Transfusion at the Time of Radical Hysterectomy.

Letters. Vol. 77, NO I. January 1991.

- 17.- Philip J. DiSaia; William T. Creasman.
Gynecol and Oncology
1991; 57-74.
- 18.- Nieminen Pekka, Soares Valeria, Aho Markku.
Cervical Human papillomavirus deoxyribonucleic
outpatients.
Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 1265-9.
- 19.- Edward Hall. Dysplasia of the cervix. A
Am J Obstet and Gynecol 108: 662-671; 1974.
- 20.- Seski J.C., Abell M.R., Morley G.W.
Microinvasive squamous carcinoma of the cervix
definition, histologic analysis, late results-
of treatment.
Obstet Gynecol 1977; 50: 410.
- 21.- Archivo Clínico del Hospital General de More-
lia Michoacán, 1987-1992.

22.- Torres L. A y col:

Histerectomía radical por cáncer cervicouteri-
no.

Experiencia con 217 pacientes.

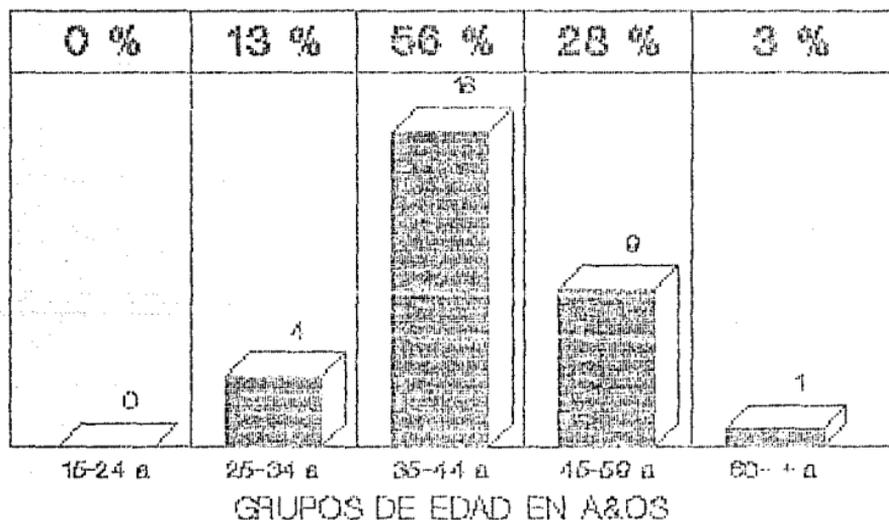
Ginec Obst Mex 1991; 59: -14.

23.- Saleh MT y col:

Histerectomía radical con linfadenectomía pél-
vica para el tratamiento del cáncer cervical -
invasor IB y IIA. Revisión de 153 casos.

Ginec Obst Mex 1991: 59: 177-180.

CANCER CERVICOUTERINO POR GRUPOS DE EDAD DE LOS PACIENTES



CANCER CERVICOUTERINO POR ORIGEN DE LOS PACIENTES

MUNICIPIO

LA HILACONA	1
MORELIA	1
HUETAMO	1
APAZINGAN	1
QUITZEO	1
HIDALGO	1
TEPALONTPEC	1
L. ONDENAS	1
ANGAMCUTIRO	1
PUREPEÑO	1
EL ZAMORA	1
SANTA CLARA	1
ARIC	1
LA PIEDRA	1
CHARO	1
LIRIAPAN	1
TAPETAN	1
TZITZIO	1
EDO. GUANAJUATO	1
EDO. GUERRERO	1

No. DE PACIENTES

CANCER CERVICOUTERINO POR RESIDENCIA DE LOS PACIENTES

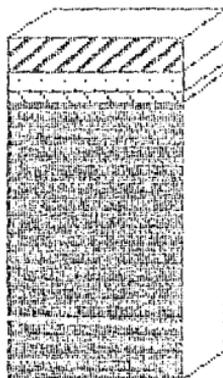
MUNICIPIO



Nº. DE PACIENTES

CANCER CERVICOUTERINO ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

GRUPO	No.
1	26
2	3
4 Y +	1
SE IGNORA	2



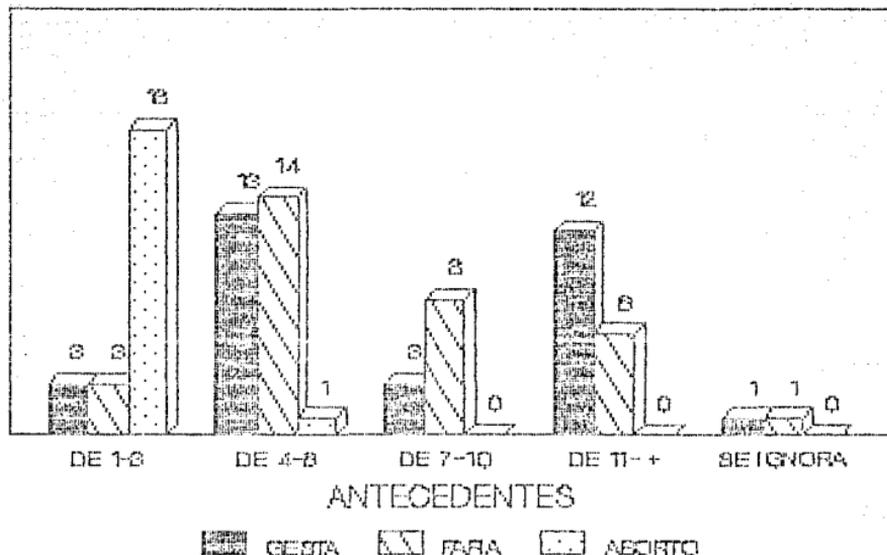
DE 2 - 9.4%
SE IGNORA - 0.2%
DE 4 Y MAS - 9.1%

DE 1 - 81.2%

No. COMPA&ERO(S) SEXUAL(ES)

CANCER CERVICOUTERINO

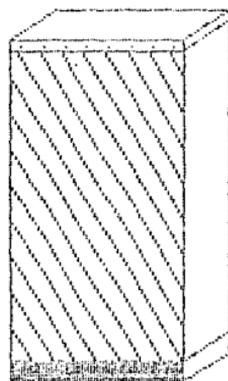
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS



CANCER CERVICOUTERINO

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

GRUPO	No.
-15 a	2
15-24 a	29
25-34 a	1



DE 25-34 A&OS 3.1%

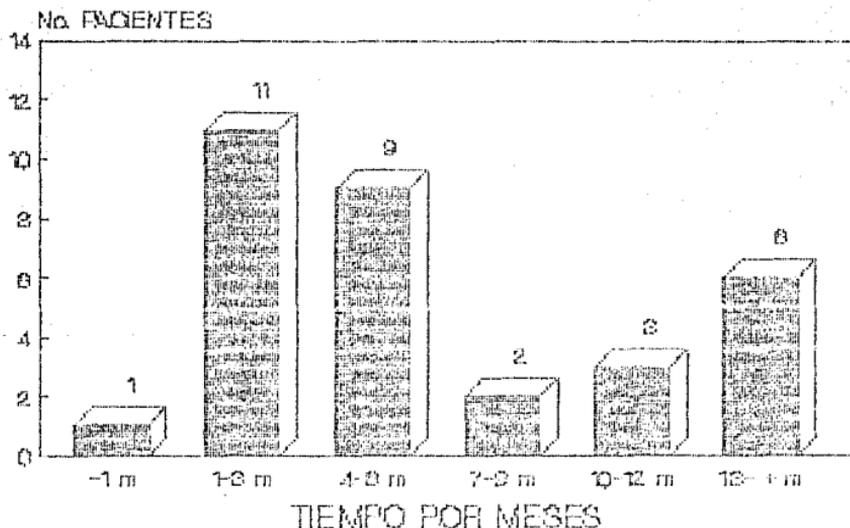
DE 15-24 A&O 90.6%

DE - 15 A&OS 6.2%

VIDA SEXUAL ACTIVA

CANCER CERVICOUTERINO

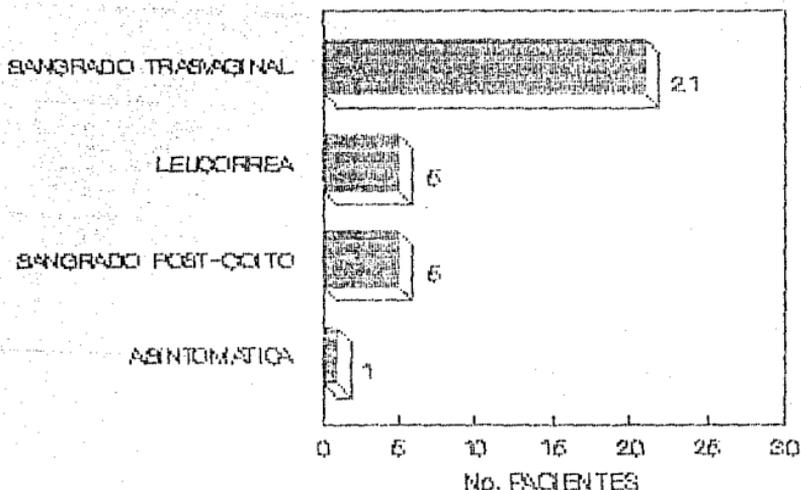
PADECIMIENTO ACTUAL - TIEMPO -



CANCER CERVICOUTERINO

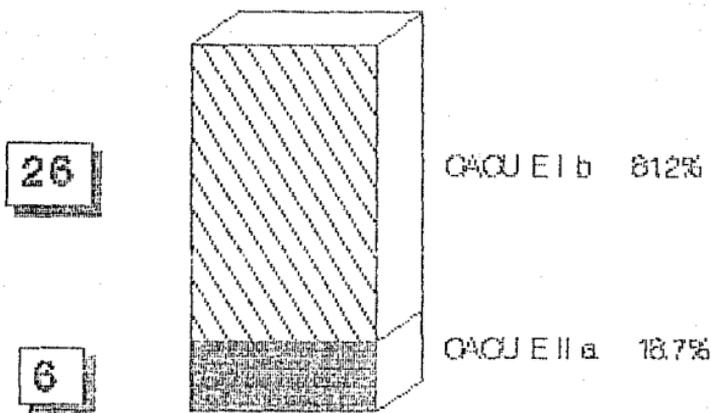
PADECIMIENTO ACTUAL

SINTOMAS

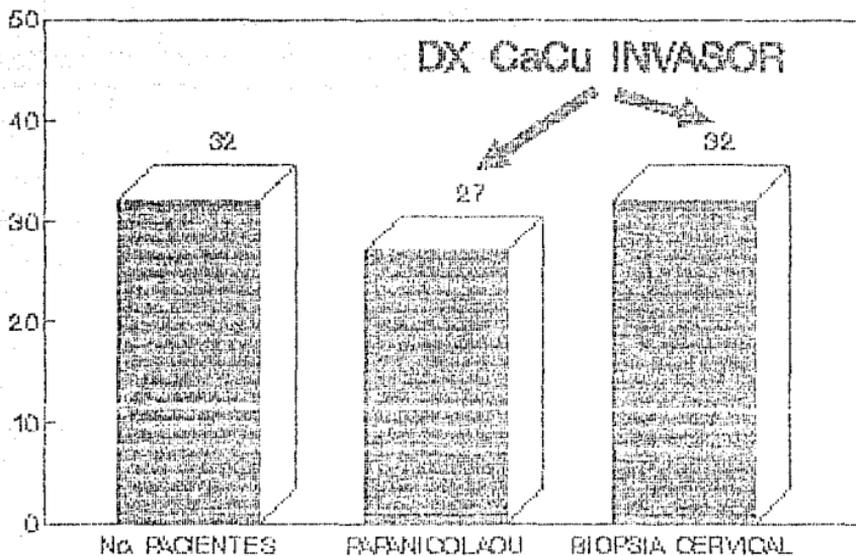


CANCER CERVICOUTERINO

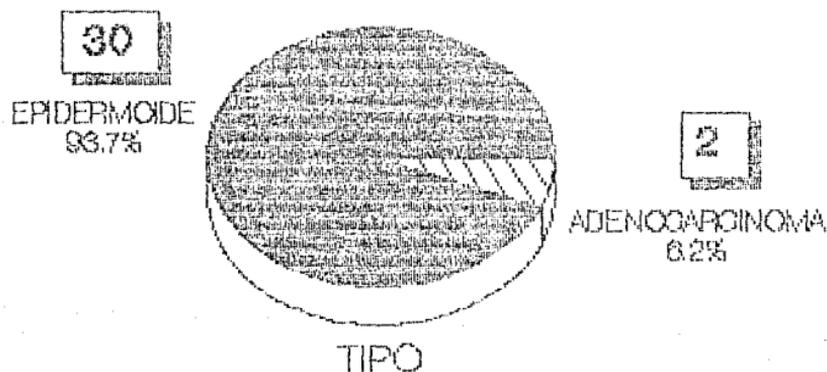
ESTADIFICACION CLINICA



CANCER CERVICOUTERINO



HISTERECTOMIA RADICAL CANCER CERVICOUTERINO



HISTERECTOMIA RADICAL CANCER CERVICOUTERINO

CLASIFICACION DE REAGAN

66 %

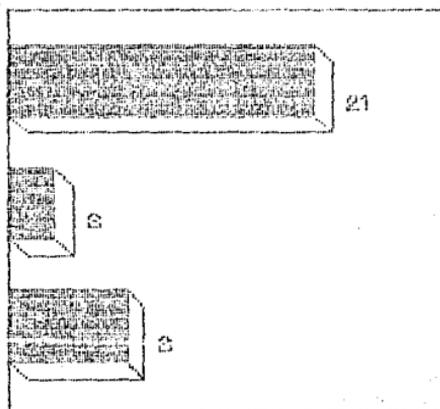
CELULAS GRANDES NO

9 %

CELULAS GRANDES SI

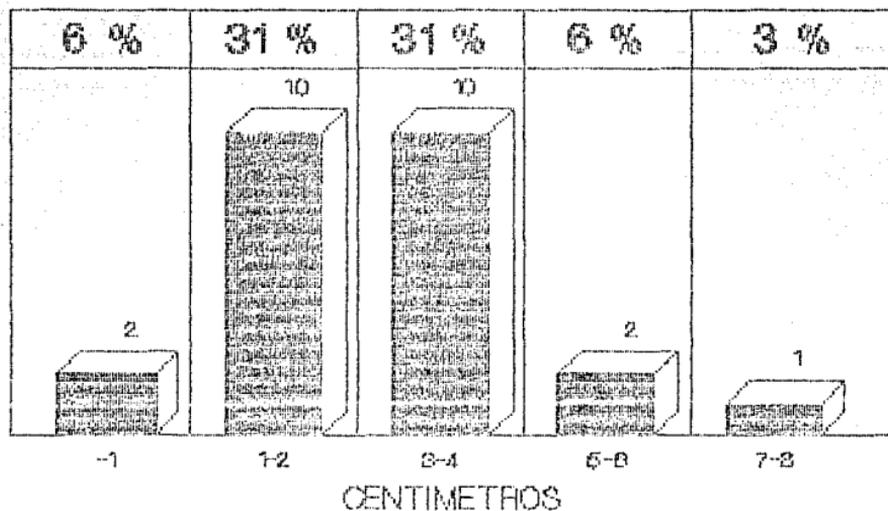
25 %

CELULAS PEQUEÑAS SI



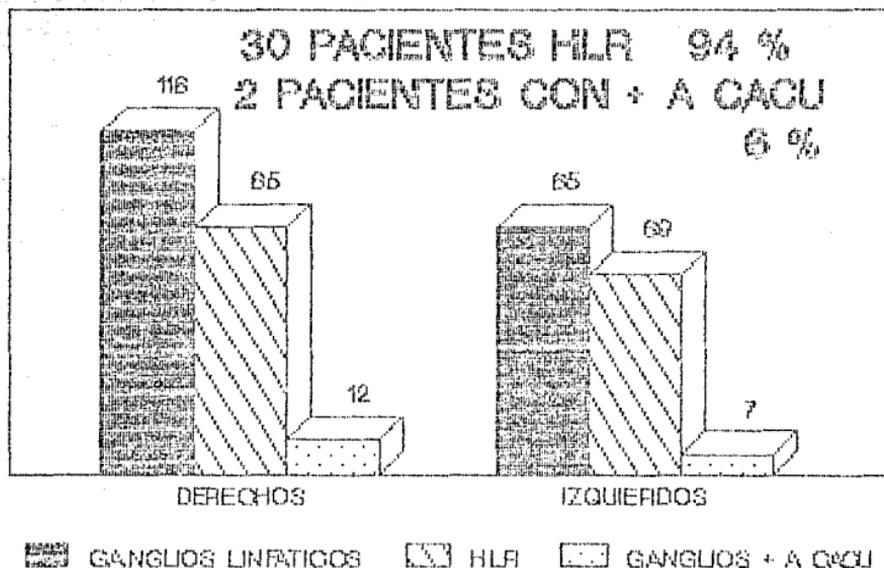
No. DE PACIENTES

CANCER CERVICOUTERINO VOLUMEN



CANCER CERVICOUTERINO

GANGLIOS LINFATICOS POSITIVIDAD A CACU

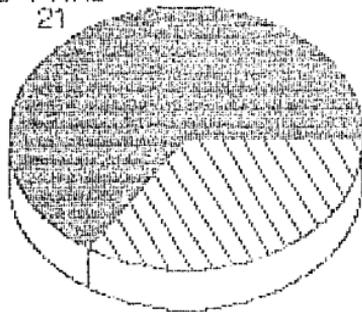


CANCER CERVICOUTERINO

TIEMPO QUIRURGICO

3-4 HRS

21



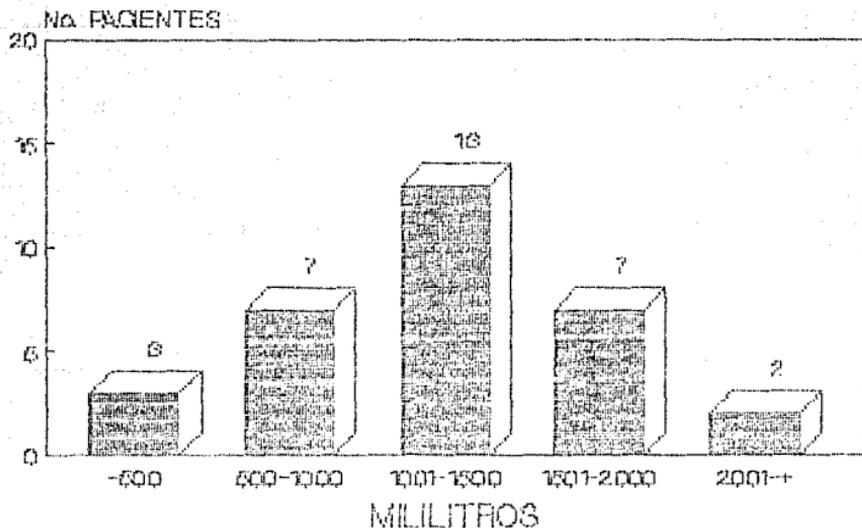
5-6 HRS

11

TIEMPO EN HORAS

CANCER CERVICOUTERINO

SANGRADO QUIRURGICO



CANCER CERVICOUTERINO

TIEMPO QUIRURGICO Y SANGRADO

PROMEDIO DE TIEMPO QUIRURGICO

4.07 HRS.

PROMEDIO DE SANGRADO

960.93 ML

HISTERECTOMIA RADICAL POR CANCER CERVICOUTERINO COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

