

**SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA ESPAÑOLA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

**“COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA RADICAL.
SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL
DR. ABRAHAM AZAR FARAH DE CAMPECHE, CAMP.”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. ESPERANZA PAEZ SANCHEZ

ASESOR:
DR. SERGIO PEDRAZA BARAJAS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA ESPAÑOLA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
Y
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

**“COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA RADICAL.
SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL
DR. ABRAHAM AZAR FARAH DE CAMPECHE, CAMP.”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN LA:
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. ESPERANZA PAEZ SANCHEZ

ASESOR: DR. SERGIO PEDRAZA BARAJAS

SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA ESPAÑOLA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
Y
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

DR. MANUEL ALVAREZ NAVARRO
Jefe del curso de Especialización
en Ginecología y Obstetricia.

DR. XAVIER AGUIRRE OSETE
Jefe de división del servicio de Ginecología.

DR. FRANCISCO JOSE BERNARDEZ ZAPATA
Jefe de división del servicio de Obstetricia

DR. SERGIO PEDRAZA BARAJA
Asesor de protocolo de investigación

DR. ALFREDO SIERRA ANZUETA
Jefe del departamento de enseñanza e investigación
Hospital Español de México

DEDICATORIA

A Dios

A mis padres: Elisa y Federico por su apoyo incondicional.

A mi abuelita Adela por su cariño.

A mis hermanos y sobrinos, recordándoles que todo esfuerzo tiene una recompensa.

Y en especial a mi esposo **Nicolás** y a mis hijos:

MARCO DANIEL Y DIEGO

AGRADECIMIENTOS:

A mis maestros con respeto y cariño:

DR. ALVAREZ BRAVO ALFONSO.
DR. ALVAREZ NAVARRO MANUEL.
DR. ANDRADE SANCHEZ ALFREDO
DR. BERNARDEZ ZAPATA FRANCISCO JOSE.
DR. GARCIA HIDALGO TEOFILO.
DR. GUTIERREZ ESCOTO PABLO.
DR. GUTIERREZ MURILLO ENRIQUE.
DR. MEDINA LOMELI JUAN MANUEL.
DR. ORTEGA VELASQUEZ LEONARDO.
DR. PEDRAZA BARAJAS SERGIO.
DR. QUIROZ VASQUEZ RICARDO.
DR. VAZQUEZ BENITEZ EFRAIN.
DR. VAZQUEZ MARTINEZ DE VELASCO JOSE EFRAIN.
DR. VILLALOBOS VALENCIA SERGIO.

Y a los que en alguna u otra forma me ayudaron a formarme en mi especialidad.

GRACIAS A TODOS

INDICE

I.-	INTRODUCCION.....	1
	1. EPIDEMIOLOGIA	1
	2. FACTORES DE RIESGO.....	1
	3. HISTOLOGIA	3
	4. VIAS DE DISEMINACION.....	4
	5. FACTORES PRONOSTICOS.....	5
	6. ESTADIAJE.....	5
	7. TRATAMIENTO.....	7
	8. TECNICAS QUIRURGICAS.....	8
II.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
III.-	JUSTIFICACION.....	9
IV.-	OBJETIVO.....	10
V.-	HIPOTESIS.....	10
VI.-	METODOLOGIA.....	10
	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	10
	1. DEFINICION DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.....	10
	1.1. CARACTERISTICAS GENERALES.....	10
	1.1.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	10
	1.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	11
	2. UBICACIONEN TIEMPO Y ESPACIO.....	11
	3. DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	11
	4. ANALISIS ESTADISTICO.....	12
VII.-	RESULTADOS.....	12
VIII.-	GRAFICAS (1,2).....	14
	GRAFICAS (3, 4,5).....	15
IX.-	DISCUSION.....	16
X.-	CONCLUSIONES.....	17
XI.-	REFERENCIAS.....	18

RESUMEN

Objetivo: Analizar la morbilidad de la histerectomía radical en el servicio de oncología del Hospital General de Zona (HGZ) No 1 Dr. Abraham Azar Farah, del IMSS Campeche, Camp.

Material y método: Se revisaron 168 expedientes de pacientes con diagnóstico (Dx) de cáncer Cervico-uterino (Ca Cu) recopilados de 1998 al 2005, de los que 31 se sometieron a Histerectomía Total Abdominal (HTA) radical, etapas Ib, persistencias o recurrencias post – Radioterapia (RT). Todos operados por el servicio de oncología con técnica Wertheim Meigs.

Se analizó, tiempo quirúrgico, hemorragia, días de permanencia del drenovac, así como complicaciones transoperatorias y post quirúrgicas.

Resultado: La mediana de edad fue de 49 años (rango 26-72 años), la hemorragia promedio fue de 745ml (rango de 300 – 2000ml) el tiempo quirúrgico promedio 4.5 hrs (rango 3-6hrs), los días de estancia intrahospitalaria fueron en promedio 3, el drenovac se retiró a los 10 días en promedio y la sonda Foley a los 21 días.

Una hemorragia transoperatoria importante se presentó en 16.6% de los pacientes, a tonía vesical en 8.3%, fístula uretero-vaginal en 8.3%.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio son similares a lo reportado en la literatura mundial. La principal complicación transoperatoria fue la hemorragia y la principal complicación tardía fue la lesión de vías urinarias. No se presentó mortalidad trans-operatoria.

I.- INTRODUCCION

1. EPIDEMIOLOGIA

En los últimos 30 años la muerte por cáncer cervicouterino (CaCu) a nivel mundial se ha reducido en 70%; en gran parte debido al resultado de las pruebas de detección precoz mediante frotis de Papanicolaou (Pap.), que puede identificar la enfermedad en un estado pre-invasivo (1). Sin embargo, pese a los programas de detección oportuna instituida por el sector salud de nuestro país, se siguen diagnosticando lesiones avanzadas con el consecuente incremento de la morbilidad y empobrecimiento de la sobrevivida para estas pacientes.

En el año 2001 el CaCu ocupó en México el primer lugar entre los tumores malignos en la población femenina con un total de 4512 defunciones y una tasa de mortalidad de 18.3 x 100 000 mujeres de 25 años y mas, por otra parte, 24.4% del total de casos nuevos de neoplasias malignas registrados durante ese año, correspondieron a CaCu. De esa cifra, 47% de los casos se presentaron en mujeres de 35 a 54 años de edad (2, 22).

2. FACTORES DE RIESGO

Edad: La incidencia de CaCu aumenta con rapidez de menos de 0.3 x 100 000 mujeres antes de los 20 años y menos de 2 x 100 000 antes

de los 25 años a 16.6 x 100 000 hacia los 40 años de edad, y de ahí en adelante el aumento es gradual hasta 22.4 x 100 000 hacia los 85 años. La media de edad en el momento del diagnóstico es de 48 años en la mujer mexicana con una distribución bimodal que alcanza un pico a los 35 - 39 años y los 60 y 64 años (3,5).

Raza: El riesgo de la mujer de raza negra es de 2 a 2.5 veces mas alto que el de las blancas, la probabilidad durante la vida de presentar CaCu es de 0.7% para las mujeres blancas Vs 1.6% para las mujeres de raza negra (3).

Factores genéticos: Aun que no es considerado como factor de riesgo, es conocida la baja incidencia de CaCu en la mujer Judía; se deduce que tienen una resistencia genética para el CaCu, ya que no ha sido demostrado un factor protector del hombres Judíos circuncidados; ya que en África no se ha reportado baja de la incidencia a pesar de los hombres circuncidados (3, 4).

Tabaquismo: El riesgo de CaCu en fumadoras es 4 veces mas alta que en los no fumadoras (2, 3, 5).

Conducta sexual: Los principales factores sexuales asociados son: inicio de vida sexual antes de los 20 años, promiscuidad, multiparidad (1, 2, 3, 4).

Infección: La epidemiología del CaCu guarda paralelo con las enfermedades de trasmisión sexual .Ahora, el virus del papiloma humano (VPH) ha sido vinculado con todos los grados de neoplasia intraepitelial cervical, así como con el cáncer invasor. Se han hallado

VPH 16 y 18 en más del 90% de los CaCu invasores epidermoides, y se ha aislado VPH 18 en el 50% de los adenocarcinomas del cuello uterino (3). La presencia del VPH incrementa 78 veces la posibilidad de desarrollar la enfermedad. Por otro lado, existe una tendencia a que la probabilidad se incrementa con los niveles de carga viral al pasar de 46.5 cuando es baja hasta 612.9 cuando es alta (2).

Otras infecciones como el herpes genital (tipo II) y el SIDA son considerados factores de riesgo para CaCu (3).

Urbanización: El analfabetismo, el nivel socioeconómico bajo, la falta de seguridad social, mal control citológico, son considerados como factores de alto riesgo para CaCu (1, 2, 3, 5).

3. HISTOLOGIA

Más del 80 % de los carcinomas cervicales son de células escamosas. El otro 20% son principalmente adenocarcinomas. El carcinoma de células escamosas proviene del exocervix, mientras el adenocarcinoma del epitelio columnar del endocervix.

Menos frecuentes son otras neoplasias cervicales, cada una de las cuales presenta un comportamiento biológico exclusivo, por ejemplo, los carcinomas adenoideo quísticos y adenoescamosos que son tumores muy agresivos; por el contrario los carcinomas verrucosos y el adenoideo basal, tiene un comportamiento menos agresivo.

El registro histopatológico de neoplasias en México señala que la variante histológica más frecuente en la República Mexicana es el

epidermoide (91.5%), seguido del adenocarcinoma (3.7%) y del adenoescamoso (1.7%) (5).

4. VIAS DE DISEMINACION

Se ha descrito como un episodio continuo y se piensa que la progresión ocurre entre 10 a 20 años. Este tumor es de crecimiento ordenado y localmente agresivo, lo cual significa que la neoplasia se encuentra confinada al cuello uterino durante un largo periodo de su evolución natural, con extensión gradual a tejido pélvico. Se le conocen tres vías de diseminación a).-directa b).-linfática y C).-hematológica.

a).-Extensión directa: Es la principal vía de diseminación inicialmente fuera del cuello uterino a través de los ligamentos de fijación, parametrios, ligamentos uterosacros y redondos, y también puede proliferar hacia el conducto endocervical y endometrio o distalmente hacia la vagina. En etapas mas avanzadas, infiltra la vejiga, o el recto, o ambos (5).

b).-Diseminación linfática: Tiene relación directa con el grado de penetración estromal. Esta se presenta de manera ordenada, primero a los ganglios paracervicales y de modo secuencial a los parauretrales, obturatrices, hipogástricos, pélvicos externos, iliacos comunes, inguinales, para-aórticos, mediastinales y supraclaviculares. Las metástasis ganglionares "saltonas" son poco frecuentes (5).

c).- Diseminación hematológica: Casi siempre es un fenómeno terminal,

los órganos más afectados en orden de frecuencia son pulmón, hueso, hígado y cerebro. Vale la pena destacar que también, con base en la estirpe, es el predominio del sitio afectado a distancia; en general, en el epidermoide prevalece la vía linfática y posteriormente pulmonar; en el adenocarcinoma la vía es hacia los pulmones; en el adenoescamoso, hay preferencia por pulmón e hígado; en las de células pequeñas hacia el sistema nervioso central (4, 5).

5. FACTORES PRONOSTICOS

Se han descrito infinidad de factores asociados al pronóstico: tamaño tumoral, permeación vascular y linfática, tipo histológico, profundidad de la lesión, grado histológico, metástasis ganglionares, angiogenesis, presencia de infección por VPH infiltrado linfocitario peri-tumoral y edad de la paciente (1, 4, 5, 9,10).

6. ESTADIAJE

En contraste con el carcinoma de ovario y endometrio (cuyo estadio se determina quirúrgicamente), el estadio del carcinoma cervical se determina clínicamente. El determinante más importante del estadio en el carcinoma cervical es la exploración clínica, recalcando la exploración recto-vaginal. También deberán realizarse radiografías de tórax y urografías excretoras para valorar pulmones y ureteros (1, 3, 4, 5, 10).

Estadio Ia Lesión preclínica. Se diagnostica solo por microscopio.

Ia1 Lesión con menos de 3 mm de profundidad y 7 mm de extensión superficial.

Ia2 Lesión de 3 -5 mm de profundidad y 7 mm de extensión superficial.

Estadio Ib Lesión mayor de Ia2 limitada al cervix.

Ib1 Lesión menor de 4 cm.

Ib2 Lesión mayor de 4 cm.

Estadio IIa Afección proximal de la vagina, sin infiltración parametrial.

IIb Afección parametrial, sin llegar a pared pélvica.

Estadio IIIa Afección del tercio distal de la vagina sin infiltración parametrial.

IIIb Extensión parametrial hasta pared pélvica y/o hidronefrosis.

Estadio IVa Afecta mucosa de vejiga o recto.

IVb Afecta órganos distantes.

7. TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico de cáncer cervical invasor, la cuestión es determinar el mejor tratamiento para la paciente. Las medidas terapéuticas concretas suelen verse limitadas por la edad y el estado de la salud general de la paciente, la extensión del cáncer, la presencia y el tipo de complicaciones. La elección del tratamiento exige un juicio clínico individualizado para cada paciente, suele recaer entre la cirugía y la radioterapia. En la mayoría de los centros oncológicos, el tratamiento inicial de la enfermedad localmente avanzada es la radioterapia.

La polémica se establece a la hora de elegir entre cirugía y radioterapia, fundamentalmente en torno al tratamiento del Cáncer del cuello estadios Ib y IIa.

En muchos centros actualmente se reserva la cirugía tipo III para los estadios Ib1 y para pacientes jóvenes en quienes se desea preservar la función ovárica y se espera mejorar la preservación vaginal (10, 11), ya que estadios como Ib2 y IIa se eleva el porcentaje de ganglios positivos, lo que representa el factor pronóstico adverso más importante. El uso de quimioterapia neoadyuvante en los estadios Ib2 y IIa ha demostrado alto índice de respuestas y parece disminuir la presencia de factores patológicos de alto riesgo para recurrencia (12, 13, 14).

La cirugía radical es empleada igualmente para rescate de recurrencias centrales o persistencias post-radioterapia (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

8. TECNICAS QUIRURGICAS

En 1994, Piver, Rutledge y Smith informaron de 5 tipos o clases de hysterectomías, ideadas por Rutledge y aplicadas en el tratamiento de mujeres con cáncer cervical en el M.D. Anderson Hospital.

Hysterectomía clase I (extrafacial): Consiste en la extracción de todo el tejido cervical sin disecar el cuello uterino mismo; se incide el ligamento pubocervical, permitiendo el desplazamiento lateral del uretero.

Hysterectomía clase II (ampliada): Extirpa el tejido cervical total, la mitad medial de los ligamentos cardinales y uterosacros, extirpación del tercio superior de la vagina liga la arteria uterina en su tercio medio; disección linfática pélvica.

Hysterectomía clase III (radical) o Wertheim Meigs: Extirpa el tejido cervical total, la totalidad de los ligamentos cardinales y uterosacros, el tercio superior de la vagina, disección linfática pélvica. La arteria uterina se liga en su origen.

Hysterectomía clase IV: Extirpa los tejidos de la clase III, más la extirpación de los tejidos periureterales, arteria vesical superior y tres cuartas partes de la vagina.

Hysterectomía clase V: Extirpa los tejidos de la clase IV, más la extirpación de la porción afectada de la vejiga (1, 4, 5).

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer en nuestro país, muchas afectadas en la etapa productiva de la vida.

A pesar de los programas de escrutinio establecidos por el sector salud, se continúan teniendo diagnósticos en etapas locorregionalmente avanzadas, lo que amerita terapias locorregionales radicales con cirugía Vs radioterapia, cada una con morbilidad y secuelas propias, que limitan la calidad de vida de las pacientes. Se ha determinado menor morbilidad a largo plazo con la cirugía, por lo que el presente estudio trata de determinar ¿cual es la morbilidad de las pacientes con CaCu tratadas en el HGZ No 1 Dr. Abraham Azar Farah del IMSS de Campeche, Camp. de los años 1998-2005? .

III.- JUSTIFICACION

Siendo el cáncer cervicouterino la neoplasia más frecuente en nuestro país, afectando a un número considerable de pacientes en una etapa productiva de la vida. Con el fin de poder aclarar la morbilidad de la cirugía radical en el HGZ No1

Abraham Azar Farah del IMSS de Campeche, Camp. y debido a que se desconocen estos datos, se realiza el presente estudio.

IV.- OBJETIVO

Analizar las complicaciones más frecuentes asociadas al tratamiento quirúrgico de cáncer cervicouterino invasor mediante la histerectomía radical o tipo III.

V.- HIPOTESIS

La histerectomía radical tipo III es un procedimiento quirúrgico adecuado para el CaCu en etapa Ib, con una baja tasa de morbilidad.

VI.- METODOLOGIA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional.

1. DEFINICIÓN DE LA POBLACION OBJETIVO

1.1. CARACTERISTICAS GENERALES

1.1.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes sometidas a HTA radical por el servicio de oncología del HGZ No 1 Abraham Azar Farah, del IMSS de Campeche, Camp.
- Con diagnóstico histopatológico de carcinoma Cervicouterino invasor.
- Etapas clínicas Ib o pacientes con persistencia o recurrencia tumoral central post- radioterapia.

1.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pérdida del expediente clínico.
- Expediente clínico sin la información solicitada.

2. UBICACION EN TIEMPO Y ESPACIO

De 1998 a junio del 2006 departamento de oncología quirúrgica y archivo clínico del HGZ No 1 del Instituto Mexicano del Seguro social, Dr. Abraham Azar Farah de la ciudad de Campeche, Campeche.

3. DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se revisaron 168 expedientes de pacientes con diagnóstico de CaCu.

De éstos, 31 casos fueron sometidos a HTA radical.

Se realizó un análisis retrospectivo de estos casos de CaCu sometidas a HTA radical. Todas las pacientes fueron operadas en el servicio de oncología del HGZ No.1 Dr. Abraham Azar Farah del IMSS de Campeche, Camp. por cirujano oncólogo. Se empleo la técnica quirúrgica de Wertheim-Meigs; se administró antibiótico profiláctico con una cefalosporina de segunda y tercera generación, dejándose un sistema de drenaje cerrado (drenovac), en todas las pacientes.

4. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizaron tablas de análisis con frecuencia simples y relativos en porcentaje para cada una de las complicaciones estudiadas.

VII.- RESULTADOS

La mediana de edad fue de 49 años con rango de 26 a 72 años.

La histología de las lesiones fue: carcinoma epidermoide en el 83.3% de los pacientes (20 pacientes) y adenocarcinoma en el 16.6% (4 pacientes).

Las etapas clínicas fueron: 83.3% (20 pacientes) etapa IB1, 4.1% (1 paciente) etapa Ib2, 8.2% (2 pacientes) etapa IIb y 4.1% (1 paciente) etapa IIIa (ver grafica 1).

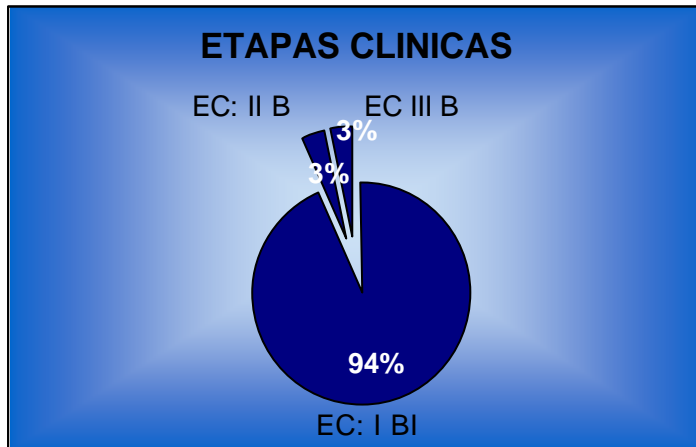
25% de los pacientes (6 pacientes) recibieron radioterapia preoperatoria y 58.3% de los pacientes (14 pacientes) recibieron radioterapia postoperatoria por factores adversos (ver grafica 2).

La hemorragia promedio fue de 745 ml (rango 300 ml a 2000 ml) (ver grafica 3). El tiempo quirúrgico promedio fue de 4.5 horas (rango 3-6 horas). Los días de estancia hospitalaria en promedio fueron de 3 días.

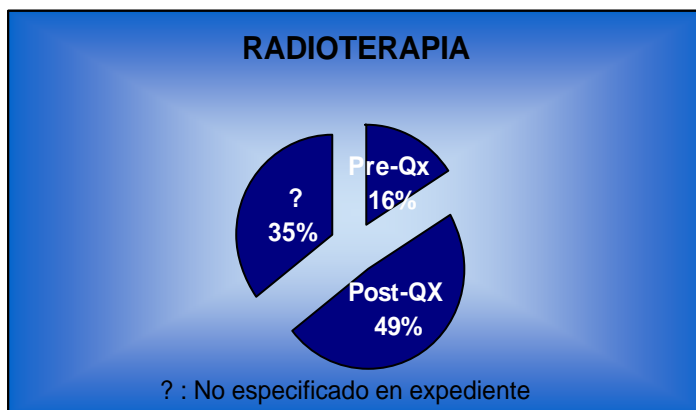
El drenovac se retiró a los 10 días junto con los puntos; y la sonda foley a los 21 días previa medición de orina residual.

Se observaron las siguientes complicaciones: hemorragia transoperatoria en el 16.6% de los pacientes (4 pacientes). Disfunción vesical en el 8.3% de los pacientes (2 pacientes) que ameritaron manejo por el servicio de urología. Fístula ureterovaginal en 8.3% de las pacientes (2 pacientes), que ameritaron reimplantes ureterales. No se presentaron linfocelos y no existió mortalidad trans ni postoperatoria (ver grafica 4 y 5).

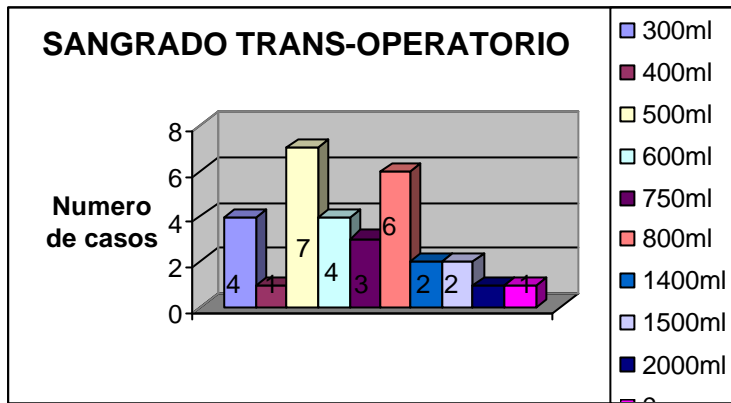
VIII.- GRAFICAS



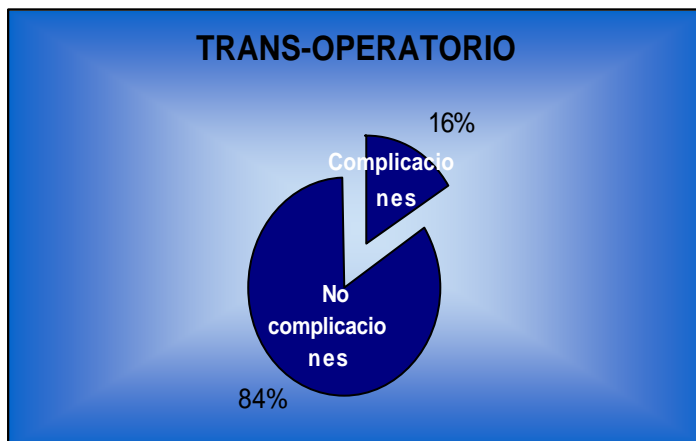
Grafica 1



Grafica 2



Grafica 3



Grafica 4



Grafica 5

IX.- DISCUSION

El objetivo de cualquier tratamiento oncológico es indudablemente la supervivencia. Sin embargo es imposible ignorar la morbilidad asociada a éstos tratamientos, lo que repercute indudablemente en la calidad de vida de las pacientes. Los médicos necesitamos concientizar a nuestros pacientes de las complicaciones potenciales de cada uno de los tratamientos, antes de tomar una decisión.

Basada en la literatura, la radioterapia y la cirugía radical tienen en la etapa 1b del CaCu, la misma tasa de curación. Sin embargo los problemas asociados a la radioterapia a largo plazo son una limitante para su uso indiscriminado.

En nuestro estudio hemos demostrado que la morbilidad y mortalidad de la histerectomía radical es baja; la hemorragia, las lesiones de vías urinarias, las vejigas retencionistas, infecciones y linfocitos, fueron mínimos. Estos resultados, están en concordancia con lo reportado en la literatura mundial.

En el HGZ No 1 Dr Abraham Azar Farah la histerectomía radical, se limita a los pacientes con etapa clínica 1b1, esto es, lesiones limitadas al cervix menores de 4 cm. de diámetro, y comparando la calidad de vida de las pacientes sometidas a HTA radical a largo plazo VS. la de las pacientes sometidas a radioterapia radical, consideramos la cirugía como la mejor opción de tratamiento en la etapa 1b1.

X.- CONCLUSIONES

Los resultados son similares a los reportados en la literatura mundial (15, 23, 24).

El drenaje cerrado evita la formación de linfocelos e infección pélvica.

Las principales complicaciones trans-operatorios son de tipo hemorrágico y los post-operatorios mediatos o tardíos son de tipo urinario (vejiga atónica o fístula urinaria).

No se observó mayor morbilidad en pacientes que previamente fueron sometidas a radioterapia.

Por lo tanto se considera que la histerectomía radical con la técnica quirúrgica de Wertheim-Meigs, continúa siendo una buena alternativa de tratamiento para pacientes con CaCu invasor etapa clínica Ib ó como método de rescate en pacientes con etapa clínicas mas avanzadas con persistencia ó recurrencia tumoral post radioterapia.

XI.- REFERENCIAS

- 1.- Roland T.Skeel., Richard D.,Ruppert Health Quimioterapia del cáncer. center, Toledo,ohio 5 edición cap:12 pp 278.
- 2.-Tirado G. L., Mohar B. A., Lopez C. M., et al.
Risk factors in invasive cervical cancer among Mexican women. salud pública Méx **2005**; 47 (5): 342-350.
- 3.- Robert B. Cameron Oncología practica.
edit .panamericana , Cap . 48, pp 399.
- 4.-Williams J.H.;Carlos A.P.; Robert C.Y.; Principles and practice of Gynecologic Oncology.Edit:JB Lippincott.cap. 27, pp 592.
- 5.-Medina Franco Heriberto.Cirugía Oncológica principio y practica.
edit. ETM **2005**; cap.40 pp 341-354.
- 6.-Samuel S., Sharon P. W., Robert A.B., and Bradley J:M; Early stege cervical cancers containing Human Papilomavirus type 18 DNA have more nodal metastasis and deeper. Clinical cancer research **2003**; 9. 4145-4150.
- 7.-Molden T., Kraus I., Karlsen F., et al. Expresión humana del mRNA del papilomavirus E6/E7 en mujeres más jóvenes de 30 años de edad.Oncología Ginecologica **2006**; 1000: 95-100.
- 8.-Chih M.H., Sien C. Y. Tsai Y. Ch. and col. Detección y cuantificación del tipo humano 16 del papilomavirus DNA 18 y 52 en la sangre periferica de los pacintes con cáncer cervical.Oncología Ginecológica **2005**; 99: 615-620.
- 9.-Barragan C. E., López G. C., Suchil B. L. and col. Factores pronóstico en pacientes con cáncer cervicouterino epidermoide tratadas con histerectomía radical tpo III. Rev. inst Nal cancerol Méx 1999; 4: 217-224.
- 10.-Kirby I, Bland. Atlas of surgical oncology. Edit:W:B Sauders company . Cap. 20, pp 543-562 .

- 11.-Solorza L.G., Torres L. A., Escudero de los R. P., Rendón R.U., et al. Histerectomía radical como tratamiento del cáncer en cuello uterino, experiencia interinstitucional en México. *Gamo* **2004**; 3(4): 102-105.
- 12.- Dueñas A., Mota A., López G., Solorza G., et al. Quimioterapia neoadyuvante en pacientes con carcinoma epidermoide de cervix estado Ib y Ila. Resultados preliminares de un estudio aleatorizado. *Rev Inst Nal Cancerol* **2000**; 46 (1): 21-27.
- 13.-Eifel P.J., Chemoradiotherapy for Cervical Cancer : What Nex?.*Journal of clinical oncology* **2005**; 23(33): 8277-8279.
- 14.-Benedetti P. P., Greggi S., Colombo A., Amoroso M., et al. Neoadjuvant Chemotherapy and Radical Surgery Versus Exclusive radiotherapy in Locally Advanced Squamous Cell Cervical Cancer: Results from the Italian Multicenter Randomized Study.*Journal of clinical oncology* **2002**; 20(1): 179-188.
- 15.-Hernández A.D., Medina V.E., Ybarra Y.R., Hernández N. M.Histerectomía radical en el cáncer cervicouterino recurrente, posterior a radioterapia primaria.*Gamo* 2005; 4(6): 152-158.
- 16.-Bosque D.O., Arrebola S.J., Iruretagoyena B:D., Aguilar V.O., et al. Histerectomía radical en cáncer cervicouterino en estadio Ia2-Ib. *Rev cubana oncol* 1999;15 (1) :19-25.
- 17.-Escudero de los R. P., González L.G., Bañuelos F.J., Alvarez B.M., et al.Histerectomía radical en cáncer cervicouterino invasor. Informe de 150 casos. *Rev.inst Nal Cancerol (Méx)* 1999; 45(4): 254-255.
- 18.-Chul K. W., Eon K. G., Ok CH. S. and Loh J.J.;High Versus Low Dose Rate Intracavitary Irradiation for Adenocarcinoma of the Uterine Cervix. *Jpn J Clin Oncol* **2001**; 31 (9): 432-437.
- 19.-Montalvo E.G., García R.F., Herrera G.A., Alcalá P.F.,Histerectomía radical. Presentación de 24 casos y revisión de la literatura. *Rev Inst Nal Cancerol* **2000**; 46(2): 99-103.
- 20.-Torres L.A., Cancer del cérvix. Algunas consideraciones acerca de la cirugía radical. *Cir Ciruj* **2002**; 70(3): 183-187.

- 21.-Hernandez A.D., Medina V.E., Ybarra Y.R., et al. Histerectomía radical en cáncer cervicouterino recurrente, posterior a radioterapia primaria. *Gamo* 2005; 4(6): 152-158.
- 22.-Mohar A., Frias M.M., Suchil B.L., et al. Epidemiología descriptiva del cáncer en el instituto Nacional de Cancerologia de México. *Salud publica de México* 1999; 39 (4): 1-5.
- 23.-Escudero de los R.PM. ,Severino M., González LG.,et al. Morbilidad de histerectomía radical en el tratamiento de cáncer cervicouterino invasor. *Rev Inst Nal Cancerol (Méx)* 1999; 45(4): 254.
- 24.-Sefre FA., Chee N., Spencer c., Menon u., Shepherd JH.,Surgical Morbidity associated with radical trachelectomy and radical hysterectomy.*Gynecologic Oncology* **2006**; 101: 450-454.

