



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIONES MÉDICAS

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

UMAE HOSPITAL DE ONCOLOGÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO ONCOLOGO

Morbi- mortalidad asociada a la histerectomía radical laparoscópica más disección pélvica bilateral; en mujeres con cáncer cervico uterino en etapas tempranas tratadas en el servicio de Ginecología Oncológica de Centro Médico Nacional Siglo XXI

ALUMNO:

ARTURO NAVA LACORTE.

TUTOR:

JOSÉ ALBERTO ÁBREGO VASQUEZ.

MEXICO DISTRITO FEDERAL, 2014.



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.

HOJA DE DATOS.

TESISTA:

Arturo Nava Lacorte. Residente de 7º año de Cirugía oncológica. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Tel. 5554023117. Mail: navalacorte@gmail.com

TUTORES:

- Dr. José Alberto Ábrego Vásquez. Cirujano Oncólogo. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Tel. 5530757774. Mail: abregopepe@hotmail.com

INDICE:

NUMERO DE PAGINA

CAPITULO

6	RESUMEN
7	ANTECEDENTES
11	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
12	JUSTIFICACION
13	OBJETIVO GENERAL
14	OBJETIVOS ESPECIFICOS
15	MATERIAL Y METODOS
21	CRONOGRAMA ACTIVIDADES
22	RECURSOS
23	RESULTADOS
25	DISCUSION
28	CONCLUSIONES
29	BIBLIOGRAFIA
31	ANEXO

Hoja de firmas

Alumno:

Dr. Arturo Nava Lacorte

Asesor:

Dr. José Abrego Vázquez.

Médico Adscrito Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Gabriel González Ávila

Director de educación e investigación en salud

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Hospital de Oncología

AGRADECIMIENTOS:

A dios por haberme permitido finalizar esta nueva etapa de mi vida que en un principio no fue sencilla.

A Mama y Papa por las enseñanzas de toda la vida que me han permitido lograr mis objetivos.

Dedicado a mis hermanos los cuales son parte de mi vida: Fher, Ángel y Angélica.

Al Angelito que me observa y cuida desde el cielo; siempre estuviste conmigo en los mejores y en los momentos más difíciles de esta etapa.

RESUMEN:

INTRODUCCION: El cáncer cervico uterino, es la primera causa de mortalidad por neoplasia maligna en el mundo; en nuestro país en segunda posición solo después del cáncer de mama. El tratamiento depende principalmente del estadio clínico; las etapas tempranas invasoras se tratan con cirugía predominantemente, el tratamiento estándar es la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral.

A partir del año 1990 se comenzó con la utilización del abordaje laparoscópico de la histerectomía aunque inicialmente en cáncer de endometrio, a partir de entonces se ha tratado de utilizar dicho abordaje de mínima invasión para el cáncer cervico uterino; ya que en estudios previos se ha comparado contra el tratamiento convencional sin encontrar diferencias en relación a resultados oncológicos y con los beneficios de la laparoscopia.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de una cohorte histórica, de mujeres con cáncer cervico uterino en etapa temprana, tratadas con histerectomía radical laparoscópica y linfadenectomía pélvica bilateral en el periodo del año 2000 al año 2008; en el Centro Médico Nacional Siglo XXI.

La información se revisó y codifico dentro de una base de datos para el análisis de las variables cuantitativas se analizó mediante valores como la media y la desviación estándar y para las variables en las que se mida la presencia o ausencia del evento así como las ordinales se hizo el análisis por frecuencias.

En el siguiente trabajo se reportan los resultados del tratamiento estándar de cáncer cervico uterino invasor en etapas tempranas pero con el abordaje laparoscópico para determinar la factibilidad (éxito del abordaje contra cambio de procedimiento a abierto) y seguridad (complicaciones más frecuentes).

PALABRAS CLAVE: Cáncer cervico uterino, complicaciones, sobrevida global.

ANTECEDENTES:

El cáncer cervicouterino es un problema importante de salud en el mundo, es la segunda causa de muerte por enfermedad maligna entre las mujeres, y es la segunda causa de muerte después del cáncer de mama en el mundo y el 80% ocurre en países en vías de desarrollo. (1)

En nuestro país la frecuencia de cáncer cervicouterino registrado en el 2006 es de 7,840 casos con un porcentaje de 7.38%. En México en el 2008 es la segunda causa de muerte en mujeres con un porcentaje de 11.8% solo por detrás de cáncer de mama; 14.1%. (2)

La histerectomía radical es el tratamiento quirúrgico recomendado para cáncer cervicouterino estadios; IA1 con involucro linfovascular, así como bien estadios IA2, IB y hasta IIA. (3)

Con los avances en la detección temprana, más pacientes con cáncer cervical invasivo son diagnosticados en etapas más tempranas y son candidatas a tratamiento quirúrgico primario con histerectomía radical y linfadenectomía pélvica. (4)

La histerectomía radical implica la resección del útero, ligamentos cardinales, ligamentos uterosacros, arterias uterinas y tercio superior de la vagina. Piver et al. Describe 5 tipos de histerectomía radical abdominal; cada requiere resecciones más extensas. Los tipos II modificada y tipo III son las más comúnmente utilizadas. (3)

Desde hace tiempo la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica está siendo desarrollada con modificaciones en la técnica quirúrgica como tratamiento quirúrgico mayor para cáncer cervicouterino en estadio temprano. (4)

En 1898 Ernst Wertheim de Viena describe la operación de la histerectomía radical que incluya la remoción del parametrio y los ganglios linfáticos pélvicos. El reporta en 1905 el seguimiento de sus primeros 270 pacientes con morbilidad de 31% y mortalidad de 18%. (4)

En 1940, Meigs reintroduce el procedimiento de Wertheim combinándolo con linfadenectomía pélvica completa incrementando la eficacia terapéutica y se convierte en el estándar de tratamiento en EU para cáncer cervical. (5)

Hasta cerca de 1990 la práctica estándar para el tratamiento de estadios tempranos de cáncer cervicouterino; fue histerectomía radical abdominal y linfadenectomía pélvica. En 1990 los ginecólogos oncológicos inician con el abordaje laparoscópico, utilizando la misma cirugía con menor morbilidad. (6)

El primer reporte de histerectomía laparoscópica se dio a inicios de 1990 por Canis et al. Y posteriormente otros reportes observaron que era una técnica segura y posible de realizar. (7)

En 1986 el Profesor Daniel Dargent desarrollo la primera traquelectomía radical vía vaginal asociada a linfadenectomía pélvica vía laparoscópica (Operación de Dargent); la cual consiste en la resección radical del cuello uterino, parte proximal del parametrio y parte superior de la vagina en un intento de preservar la fertilidad. (8)

El papel de la cirugía de mínima invasión mínima en el tratamiento del cáncer ginecológico continúa en expansión, y actualmente la mayoría de los procedimientos de etapificación y tratamiento pueden realizarse por laparoscopia. (9)

Se ha demostrado decremento del 50% en la respuesta inmunológica humoral en animales sometidos a laparotomía en comparación a laparoscopia; disminución de la respuesta inflamatoria, determinada con la medición de la proteína reactiva C e interleucina 6. (10)

Incluso en recientes años, se han hecho numerosos esfuerzos para que los cirujanos laparoscópicos realicen abordajes mínimamente invasivos; reduciendo el acceso de los puertos a tan solo 3mm o desarrollando abordajes de un solo puerto. (11)

Hasta ahora la histerectomía radical laparoscópica es más ampliamente practicada, ya que la factibilidad y aplicación del procedimiento ha sido evaluada través de estudios retrospectivos. (12)

Se han reportado inicialmente mayor tiempo quirúrgico con el abordaje laparoscópico, desde 292 minutos en series retrospectivas, así como 270 minutos en histerectomía radical vaginal, hasta los 205 minutos reportados en estudios recientes de los trabajos de Spirtos. (13)

En relación a la pérdida hemática también se observa una ventaja reportes de 200-300 ml en relación con más de 400 ml en laparotomía. (12)

Las ventajas reportadas, son menor pérdida hemática, menor tiempo de hospitalización y una recuperación más rápida, así como en términos de ganglios removidos en comparación con la vía por laparotomía son sustancialmente equivalentes. (14)

El porcentaje global de conversión a laparotomía varía de 12 a 15% y puede ser secundario a enfermedad metastásica extrauterina, adherencias intra abdominales, complicaciones transoperatorias, o intolerancia del procedimiento; la conversión solo por complicaciones transoperatorias es de 3.5%. No hay duda acerca del riesgo de implantación tumoral en el sitio de inserción de los trocares, pero no es mayor al riesgo de implantación tumoral en una incisión de laparotomía o del sitio de punción para una paracentesis. (10)

Visco et al. Encontró una disminución en el rango de conversión a un procedimiento abierto en relación al incremento de la experiencia, como se ha demostrado en estudios de colecistectomía laparoscópica y laparoscopia avanzada ginecológica. (13)

Los reportes retrospectivos que comparan la operación abierta contra laparoscópica confirman porcentajes similares de recurrencia tumoral y supervivencia global que hacen pensar que los abordajes laparoscópicos en el cáncer cervico uterino son igual de inocuos, desde el punto de vista oncológico, que los abordajes abiertos. (9)

Sin embargo la mayoría de estas experiencias reportadas son de series pequeñas de pacientes siendo las más largas las reportadas por Spirtos (70 pacientes consecutivos) y Li (90 pacientes). (14)

Las complicaciones intraoperatorias del tracto urinario puedan ser tan altas en la histerectomía laparoscópica radical cuando es comparada con la laparotomía. Existen técnicas preservadoras de inervación de la histerectomía radical, que varía dependiendo de la extensión de la resección parametrial. Algunos autores insisten que a pesar de dichas modificaciones la radicalidad del tradicional abordaje puede ser preservado. (3)

Sirtos et al. Reporto un trabajo de 10 pacientes en los que se desarrolló histerectomía laparoscópica radical donde todos los procedimientos se realizaron sin conversión a procedimiento convencional; con una media de ganglios linfáticos aórticos resecados de 6.5, y de ganglios pélvicos 18.3, márgenes parametriales de 3.3 cm y vaginales de 2.15 cm, con las ventajas de menor día de estancia hospitalaria, menor pérdida hemática (300 ml), sin reportar transfusiones ni complicaciones posquirúrgicas. (15)

El propio Sirtos corrobora dichos datos al publicar un estudio de 78 pacientes con cáncer cervicouterino en etapas IA2 y IB; pudiendo realizar los procedimientos vía laparoscópica menos en 5 pacientes. Obteniendo márgenes macroscópicamente negativos y al final solo 3 de ellos resultando márgenes positivos o cercanos. 6 pacientes con ganglios positivos; las complicaciones reportadas en su trabajo solo 7 pacientes (9.1%). Dándole seguimiento cada 3 meses por un mínimo de 3 años y solo documentó 4 recurrencias: 5.1 % (16)

Silveira et al. revisó este abordaje radical por video-laparoscopia en una experiencia de 10 años en número de 29 pacientes; dentro de estas hasta el 40% tenía el antecedente de cirugía previa pélvica o abdominal, ninguno de sus pacientes se convirtió a procedimiento abierto; todos tuvieron márgenes libres. En solo 4 pacientes se observaron complicaciones las cuales se corrigieron adecuadamente con cirugía, en un seguimiento promedio de 20 meses el 67% de pacientes estaban libres de enfermedad: concluyendo que este abordaje era seguro y con un rango de complicaciones aceptable. (17)

En otra revisión de 8 años de experiencia Pomel et al. En el lapso de 1993- a 2001 una serie de 50 pacientes con un carcinoma confinado al cérvix de menos de 4 cm de tamaño.

Con una media de ganglios obtenidos en la cirugía de 13.22 por cada paciente, tiempo promedio de procedimiento de 258 minutos, y días estancia media de 7.5. Solo dos pacientes con complicaciones mayores una fístula de vejiga y una estenosis uretral; el seguimiento medio fue de 44 meses con resultado de sobrevida a 5 años de para estadios IA2 y IB1 fue de 96%. (13)

Pellegrino revisa una experiencia en cáncer cervicouterino específicamente en estadio Ib1, en el periodo del 2001 al 2007 en un record de 107 pacientes a los que se les realizó histerectomía radical laparoscópica y linfadenectomía pélvica. Solo en 6 pacientes se realizó conversión del procedimiento encontrando que la duración del procedimiento dentro de los rangos promedio así como la pérdida hemática aproximadamente de 300 ml. Encontrando una sobrevida similar del estudio previo comentado de 95% (14)

En otras modificaciones de la técnica es la asistida por vía vaginal; de la cual en un trabajo de Mehra et al. Estudio 53 mujeres en estadio Ib. en un lapso de 8 años, en un seguimiento medio de 41 meses con resultados de 4 pacientes con recurrencia de las cuales 3 fallecieron finalmente y una sobrevivió de 89%. (18)

Se comentaba la curva de aprendizaje en donde se mejoran los resultados como en el trabajo realizado en la India por Shailesh P. et al con la experiencia de 248 pacientes con tiempos promedio de 92 minutos por cirugía y pérdidas hemáticas de 167 ml por procedimiento, solo 15 complicaciones las cuales se resolvieron por laparoscopia sin necesidad de convertir ningún procedimiento sin defunciones en esta serie y solo 7 pacientes con recurrencia en un tiempo promedio de 36 meses. (7)

Existen trabajos previos realizados en nuestra unidad con el abordaje laparoscópico; en el primero 25 pacientes dentro de las cuales 10 se realizó histerectomía laparoscópica por cáncer cervicouterino in situ y 7 procedimientos radicales por cáncer cervicouterino invasor con resultados similares en cuanto a tiempo y sangrado transoperatorio son similares a los reportados en la literatura, con una estancia intrahospitalaria de 2.5 días. Dentro del mismo concluye que el abordaje laparoscópico es una técnica segura y factible; pero que aún no hay resultados que evalúen la supervivencia a largo plazo y recurrencia para validar la técnica. (10)

El otro trabajo trata pacientes con cáncer cervicouterino pero de diferentes etapas y técnicas de histerectomía que van desde Piver I al Piver III, divididas en 3 grupos para diferentes tratamientos desde el cáncer in situ hasta solo procedimiento para etapificación encontrando que los resultados son concluyentes para demostrar que es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de cáncer cervicouterino en diferentes etapas. (9)

En este estudio se reportarán los resultados a largo plazo de los pacientes tratados en nuestra unidad específicamente cáncer cervicouterino invasor etapas tempranas; que se les realiza histerectomía radical laparoscópica, reportar los resultados en cuanto a supervivencia actual, pacientes con recurrencia que periodo libre de enfermedad tuvieron, las defunciones hasta el momento y las complicaciones más frecuentes; para tratar de dar más resultados que validen esta técnica en cuanto al tratamiento de dicha entidad patológica y ayudar al auge de la misma y se considere como un estándar de tratamiento en nuestra unidad de alta especialidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la morbi- mortalidad asociada a la histerectomía radical laparoscópica más disección pélvica bilateral; en mujeres con cáncer cervico uterino en etapas tempranas tratadas en el servicio de Ginecología Oncológica de Centro Médico Nacional Siglo XXI?

JUSTIFICACION:

Describir los resultados de la experiencia de nuestra unidad de alta especialidad, en relación a este tipo de abordaje y tratamiento de nuestros pacientes con cáncer cervico uterino, y demostrar que en relación a sobrevida y periodo libre de enfermedad los resultados son equiparables a los reportados en la literatura.

Reportar, los resultados para la demostración y de cierta manera avalar con este tipo de trabajos que el abordaje laparoscópico es seguro y factible de realizar en este subgrupo de pacientes con esta neoplasia, para que en nuestra unidad que ya se había probado dicho tratamiento se considere un tratamiento estándar por todos los beneficios ofrecidos por la laparoscopia.

Relacionando también con la experiencia en dicho procedimiento observar los cambios en cuanto al tiempo de duración de la cirugía de los primeros procedimientos en relación a los últimos así como la cantidad de perdida hemática.

Por ultimo en base al cálculo de muestra en relación a la sobrevida que es aproximadamente más del 80% con este tipo de tratamiento a 5 años se calcula la muestra, con resultado de 28 pacientes para muestra de este trabajo.

OBJETIVO GENERAL:

Describir la morbi- mortalidad asociada a la histerectomía radical laparoscópica más disección pélvica bilateral; en mujeres con cáncer cervico uterino tratadas en el servicio de Ginecología Oncológica de Centro Médico Nacional Siglo XXI?

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir la media de pérdida hemática transoperatoria de la histerectomía laparoscópica en cáncer cervico uterino servicio de Ginecología Oncológica; Centro Médico Nacional Siglo XXI.
2. Determinar la media de ganglios resecaados en la histerectomía laparoscópica por cáncer cervico uterino servicio de Ginecología Oncológica; Centro Médico Nacional Siglo XXI
3. Describir el promedio de días de estancia hospitalaria posterior al procedimiento en la histerectomía laparoscópica por cáncer cervico uterino servicio de Ginecología Oncológica; Centro Médico Nacional Siglo XXI.
4. Describir el tiempo promedio de duración del procedimiento quirúrgico en la histerectomía laparoscópica por cáncer cervico uterino servicio de Ginecología Oncológica; Centro Médico Nacional Siglo XXI.
5. Describir el número y porcentaje de procedimientos que se convirtieron a cirugía abierta por cáncer cervico uterino servicio de Ginecología Oncológica; Centro Médico Nacional Siglo XXI.
6. Determinar el número de pacientes fallecidas por causa asociada al procedimiento quirúrgico en la histerectomía laparoscópica por cáncer cervico uterino servicio de Ginecología Oncológica; Centro Médico Nacional Siglo XXI

MATERIAL Y METODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO

Cohorte descriptiva

Se revisaron expedientes clínicos de pacientes que fueron tratados con histerectomía radical laparoscópica en el lapso del año 2000 al 2008

Se recabaron los datos mediante una hoja de recolección de datos (anexo 1), se capturaron y se codificaron los datos para su análisis.

DEFINICION DE UNIVERSO

Todo paciente con diagnóstico de cáncer cervico uterino estadio IB1 registradas en el "Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Oncología, México, D.F. en el lapso del año 2000 al 2008.

UNIDADES DE OBSERVACION:

Pacientes con cáncer cervico uterino estadio temprano, que hayan sido sometidas a tratamiento con la modalidad de histerectomía radical laparoscópica más linfadenectomía pélvica bilateral.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes con diagnóstico clínico de cáncer cervico uterino estadio IB1

Pacientes sometidas a histerectomía radical laparoscópica mas linfadenectomia pélvica bilateral del año 2000 al 2008

Edad de 18 – 80 años

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes en los que no se cuente con el expediente y además no se tenga la información mínima requerida para la recolección de datos en el expediente clínico.

Pacientes que hayan sido tratadas fuera de la unidad.

DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Mortalidad	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinado en relación del el total de la población	Número de pacientes que fallecen hasta 30 días después de la cirugía y que este directamente asociada a la cirugía	Cuantitativa	Dependiente	Número de pacientes muertos
Sangrado transquirurgico	Fuga de sangre fuera de su camino normal dentro del sistema cardiovascular	Cantidad de mililitros de sangre que se pierden durante el procedimiento quirúrgico	Cuantitativa	Dependiente	Mililitros
Numero de ganglios linfáticos resecados	Estructuras nodulares que forman parte del sistema linfático que actúan como filtro de la linfa	Cantidad de ganglios resecados durante el procedimiento quirúrgico.	Cuantitativa	Dependiente	Numero de ganglios

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Tiempo quirúrgico	Tiempo transcurrido durante el procedimiento quirúrgico realizado.	Duración de la cirugía desde la incisión de la piel hasta que el paciente sale de la sala de operaciones	Cuantitativa	Dependiente	Minutos
Días estancia hospitalaria	Tiempo que el paciente transcurre desde su internamiento o a partir de que el paciente sale de quirófano	Días transcurridos después de la cirugía	Cuantitativa	Dependiente	Días

ESTRATEGIA DE ESTUDIO:

- 1.- Recolección de los datos: Se solicitara autorización a la dirección del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Oncología para la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes y recabar los datos en la hoja de recolección.
- 2.-Realizar una base de datos
- 3.-La información recolectada se revisara para su análisis mediante el programa SPSS, para posteriormente elaborar tablas y cuadros de la información.
- 4.-Reportar los resultados.

Análisis estadístico.

Una vez captada la información por medio de la hoja de recolección de los datos, se harán las bases de los mismos para hacer el análisis de las variables; siendo el análisis de la siguiente manera las variables cuantitativas se analizaran mediante valores como la media y la desviación estándar y para las variables en las que se mida la presencia o ausencia del evento así como las ordinales se hará el análisis por frecuencias.

ASPECTOS ETICOS:

El siguiente estudio es retrospectivo y de revisión de expedientes, por lo que al no tener contacto directo con los mismos para este estudio, el riesgo de alterar el estado de salud de dichos pacientes no existe, estando de acuerdo con lo estipulado en la Ley General de Salud en su artículo 17 referente a la investigación médica en seres humanos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

AÑO 2013

AÑO 2014

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	TIEMPO						
		SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
INVESTIGADOR PRINCIPAL	PLANEACION	X						
INVESTIGADOR PRINCIPAL	DISEÑO		X					
TUTOR E INVESTIGADOR PRINCIPAL	REVISION POR TUTOR			X				
TUTOR E INVESTIGADOR PRINCIPAL	REVISION METODOLOGICA			X				
COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION	REVISION POR COMITÉ LOCAL				X	X	x	
INVESTIGADOR PRINCIPAL	EJECUCION Y RECOLECCION DE DATOS						X	
TUTOR, ASESOR METODOLOGICO, INVESTIGADOR PRINCIPAL	ANALISIS DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION							X
INVESTIGADOR PRINCIPAL	PRESENTACION Y DIFUSION							X

RECURSOS HUMANOS:

Médicos adscritos del Hospital de Oncología "Centro Médico Nacional Siglo XXI"

Residente de Oncología de séptimo año

Personal de Archivo clínico

RECURSOS MATERIALES:

Hoja de recolección de datos, equipo de cómputo, hojas de papel, silla, escritorio, lápiz, lapicero, goma, fotocopiado, dispositivo de almacenaje masivo tipo USB.

RECURSOS FINANCIEROS:

Los propios del investigador.

RESULTADOS:

Se incluyeron 28 pacientes en total para el siguiente trabajo, todas las pacientes con diagnóstico de CACU etapa clínica Ib1y tratadas con histerectomía PIVER III mas disección pélvica bilateral por abordaje laparoscópico.

Del total de las pacientes la media de edad fue 47.8 años con un rango de 33 a 64 años. Así como se calculó el índice de masa corporal quedando en un promedio de 25.78. De las histologías solo 4 pacientes con histología de adenocarcinoma es decir 14.2%: el resto fueron histología de carcinoma epidermoide.

El tamaño del tumor en todos los casos fue menor de 4 cm con la siguiente división en 19 pacientes menor de 2 cm y 9 pacientes con tumores de 2.1 a 4 cm; en porcentajes 67.8% y 32.2% respectivamente.

El tiempo quirúrgico promedio para este procedimiento fue de 282 minutos; con los siguientes rangos el mínimo de 100 minutos y el máximo de 660 minutos. La conversión del procedimiento fue de 14.28% (4 casos) de las cuales 2 lesión de vejiga, una lesión de sigmoides y una lesión de uréter.

En relación al sangrado durante el procedimiento quirúrgico el máximo fue un procedimiento con sangrado de 2,200 ml y el mínimo de 150 ml; obteniendo un promedio general de 475 ml.

La media de días de estancia intrahospitalaria fue de 4.37 días se incluyeron los pacientes que presentaron complicaciones durante la cirugía en los cuales su estancia fue mayor teniendo como máximo 9 días en el caso de lesión de sigmoides.

Encontramos en nuestro grupo de estudio 9 complicaciones para un porcentaje de complicación de 32.14%, de las cuales fueron 1 lesión de sigmoides, 3 lesiones vesicales, 3 ureterales, 2 hematomas en el lecho quirúrgico todas ellas tempranas, se presentaron 3 complicaciones tardías 2 hernias incisionales y una vejiga neurogenica.

La media de ganglios resecaados por abordaje laparoscópico fue de 16.9, solo 2 pacientes tuvieron ganglios positivos en la pieza quirúrgica en el reporte definitivo de patología para un porcentaje de 7.14% del total.

Ningún paciente falleció por complicaciones quirúrgicas, reportando cero mortalidad para este trabajo.

Todos los pacientes en el reporte definitivo de patología se obtuvieron márgenes quirúrgicos negativos

TABLA 1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

VARIABLE	PACIENTES N: 28
EDAD MEDIA (AÑOS)	47.8
TAMAÑO DEL TUMOR CM (%)	
0- 2 CM	19 (67.8)
2.1 – 4 CM	9 (32.2)
TIPO HISTOLOGICO	
EPIDERMOIDE	24 (85.8)
ADENOCARCINOMA	4 (14.2)
NUM. GANGLIOS MEDIA	16.9
NUM. PACIENTES GANGLIOS POSITIVOS	2 (7.14%)
SANGRADO MEDIA (ML)	475
DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA MEDIA	4.3

TABLA 2. RESULTADOS

VARIABLE	PACIENTES N: 28
MARGENES QUIRURGICOS POSITIVOS	0
NUMERO GANGLIOS RESECADOS MEDIA	16.9
COMPLICACIONES PACIENTES (%)	4 (32.14%)

TABLA 3. MORBILIDAD

N: 9	TIPO DE LESION	PORCENTAJE
3	LESION VESICAL	10.71%
3	LESION URETERAL	10.71%
2	HEMATOMA LECHO QUIRURGICO	7.142%
1	LESION DE SIGMOIDES	3.571%

DISCUSION

El presente estudio muestra los resultados obtenidos de las pacientes tratadas con histerectomía tipo Piver III mas disección pélvica bilateral por abordaje laparoscópico, con diagnóstico de cáncer cervico uterino etapa clínica Ib1, se incluyeron 28 pacientes en el periodo de 2000 al 2008.

El tiempo quirúrgico reportado para el procedimiento vario desde 100 minutos como el dato mínimo encontrado y hasta 660 minutos en el procedimiento que se prolongó más, calculando una media para el total de procedimientos de 282 minutos, según los resultados previos como el de Frumovitz en el 2007; quien compara ambos abordajes de la histerectomía radical, reporta para la opción laparoscópica 334 minutos, y Pomel (13) reporta 258 minutos ambos tiempos similares a nuestro actual reporte.

La variable de sangrado transoperatorio reportada en este trabajo es de 475 ml como media, que en comparación con otros reportes como el de King en el 2008 (12) que tiene un rango de 200-300 ml, similares casos para los reportes de Abu-Rustum en 2003; 301 ml, aún estamos por encima de esos resultados, sin embargo comparado contra los reportes por abordaje a cielo abierto es menor esta cantidad.

Los procedimientos que pasaron de abordaje laparoscópico a convencional las causas fueron complicaciones transoperatorias en total 4 casos (14.2%); dos lesiones vesicales, una lesión de uréter, y finalmente una lesión de colon sigmoides. El porcentaje global de conversión a laparotomía varia de 12 a 15% y puede ser secundario a enfermedad metastasica extrauterina, adherencias intraabdominales, complicaciones transoperatorias, o intolerancia del procedimiento; la conversión solo por complicaciones transoperatorias es de 3.5%. Dicho esto en nuestra serie el porcentaje de conversión es alto, puede estar en relación a la falta de habilidad para reparar complicaciones transoperatorias, ya que en nuestro reporte en los 4 casos se convirtió por lesiones a vísceras huecas.

Los días de estancia intrahospitalaria documentados en nuestra serie, la media es de 4.3 que se encuentra en relación con los reportes de la literatura mundial que varía entre 3-4 días, inclusive habiendo estancias mucho menores, por ejemplo el reporte de Abu-Rustum de 4.5 días para histerectomía radical laparoscópica.

En relación a el número de ganglios resecaados por procedimiento obtuvimos una media de 16.9 lo cual en relación a los reportes de Pomel (13) 13.2 ganglios promedio por procedimiento en

abordaje laparoscópico totalmente en concordancia con nuestros resultados, otro comparativo es el de Frumovitz quien reporta un intervalo de 14 a 19 ganglios obtenidos por laparoscopia.

Finalmente en el reporte de las complicaciones fue de 9 complicaciones en porcentaje de 32.14%, de las cuales fueron 4 lesiones vesicales, 3 ureterales, 2 hematomas en el lecho quirúrgico todas ellas tempranas, se presentaron 3 complicaciones tardías 2 hernias incisionales y una vejiga neurogenica. Silverira reporta en su trabajo sus complicaciones que fueron en porcentaje de 13.7% y todas reparadas por laparoscopia, en contraste con las reportadas de Xiaojian en 2009 de 38.5% tomando en cuenta estos parámetros, nuestros datos están dentro de el mismo rango.

CONCLUSIONES

1.-La morbilidad en nuestro estudio es aceptable en relación a los demás reportes internacionales al procedimiento de histerectomía radical laparoscópica más disección pélvica bilateral.

2.-No hubo fallecimientos en relación al procedimiento quirúrgico, ni en relación a las complicaciones quirúrgicas.

3.-El número de ganglios resecaados por el abordaje laparoscópico; esta dentro del rango de lo reportado en otros estudios.

4.-El tiempo quirúrgico, el sangrado transoperatorio y los días de estancia hospitalaria son el beneficio que ofrece este tipo de procedimiento por abordaje laparoscópico.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Parkin DM. Global cancer statics in the year 2000. Lancet Oncol 2001; 2: 533-543
- 2.-Secretaria de Salud. 2011. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México.
- 3.-Konstantin Zakashansky, William H. Bradley and Farr R. Nezhat; New techniques in radical hysterectomy: Curr Opin Obstet Gynecol 2008 20: 14-19
4. - Rachel A. Ware and John R. Van Nagell Jr. Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy: indications, technique, and complications: Obstet Gynecol Inter 2010
- 5.-Meigs J. The Wertheim operation for carcinoma of the cervix. Am J Obstet Gynecol 1945; 40: 542-543
- 6.- Sarah E. Taylor, MD, William C. McBee Jr., MD , Scott D. Richard, MD, Robert P. Edwards, MD. Radical hysterectomy for early stage cervical cancer: laparoscopy versus laparotomy. JSLS 2011: 15: 213-217
- 7.- Shailesh P. Puntambekar, MS, Reshma J. Palep, MS, Seema S. Puntambekar, MD, Girija N. Wagh, MD, Anjali M. Patil, MS, Neeraj V. Rayate, MS et al. Jour Minim Invas Gynecol 2007, Vol. 14 Num 6.
- 8.- Pierangelo Marchiole, Medhi Benchaib, Annie Buenerd, Emeric Lazlo, Daniel Dargent, Patrice Mathevet. Oncological safety of laparoscopic- assisted vaginal radical trachelectomy (LARVT): A comparative study with laparoscopic assisted vaginal radical hysterectomy (LARVH). Gynecol Oncol 2007 106: 132-141
- 9.- Antonio Maffuz, Gustavo Cortes, Daniel Lopez, Félix Quijano. Laparoscopia para la etapificacion y el tratamiento de Cáncer cervico uterino. Ginecol Obstet Mex 2009: 77 (5): 213-8
- 10.-Antonio Maffuz, Gustavo Cortes, Ramón Delgado, Pedro Escudero de los Rios, Felix Quijano, Daniel Lopez. Histerectomía Laparoscópica en el tratamiento quirúrgico de enfermedades ginecológicas malignas y pre malignas. Cir Ciruj 2005; 73:107-112
- 11.- Francesco Fanfani, MD, Valerio Gallota, MD, Anna Fagotti, PhD, Cristiano Rositto, MD, Elisa Piovano, MD, Giovanni Scambia, MD. Total microlaparoscopic radical hysterectomy in early cervical cancer. JSLS 2013; 17:111-115
- 12.- Erin King, MD, Pedro T. Ramirez, MD. Laparoscopic Radical hysterectomy for early stage cervical cancer. US Obstet Gynecol 2008.

- 13.- Chritophe Pomel, MD, David Atallah,MD, Guillaume Le Boudec,MD, Roman Rouzier,MD,Philippe Morice,MD, Damienne Castaigne,MD et al. Laparoscopic radical hysterectomy for invasive cervical cancer: 8 year experience of a pylot study. *Gynecol Oncol* 2003: 534-539
- 14.- A. Pellegrino, E. Vizza, R. Fruscio,A. Villa,G. Corrado,M. Villa. Et al. Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with Ib1 stage cervical cancer: Analysis of surgical and oncological outcome. *EJSO* 2009: 98-103
- 15.- Nick M. Spirtos, MD,John B. Schlaerth,MD, Ronald E.Kimball, MD, Victoria M. Leiphart,MD, Samuel C. Ballon, MD. Laparoscopic Radical hysterectomy (type III) with aortic and pelvic lymphadectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1996: 174: 1763-8.
- 16.- Nick M. Spirtos,MD, Scott M. Eisenkop,MD, John B. Schlaerth,MD, Samuel C. Ballon. Laparoscopic radical hysterectomy (type III) with aortic and pelvic lymphadenectomy in patients with stage I cervical cancer: Surgical morbidity and intermediate follow up. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 187: 340-8
- 17.- Luciana Silveira,MD, Leo Francisco Limberger,MD, Antonio Nocchi,MD, Gabriel Sebastiao,MD, Paulo Agostinho,MD, Fernanda Feltrin,MD. Videolaparoscopic radicalhysterectomy approach a ten year experience. *JLS* 2009: 13:504-508
- 18.- G. Merha, A. Wekees, P. Van Trappen, D. Visvanathan, A. Jerayajha. Laparoscopic assisted radical vaginal hysterectomy for cervical carcinoma: morbidity and long term follow up. *EJSO* 2010

ANEXOS:

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:

AFILIACION:

EDAD:

PESO:

TALLA:

ESTADIO:

SANGRADO TRANSOPERATORIO:

TIEMPO QUIRURGICO:

CONVERSION DEL PROCEDIMIENTO:

SI:

NO:

DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA:

TIPO HISTOLOGICO:

MARGEN QUIRURGICO:

POSITIVO:

NEGATIVO:

NUMERO DE GANGLIOS EN LA PIEZA QUIRURGICA:

COMPLICACIONES:

TEMPRANA:

TARDIA:

FALLECE PACIENTE POR COMPLICACION: SI: NO:

CUAL:

CONTINUA EN SEGUIMIENTO EL PACIENTE:

FALLECIMIENTO DEL PACIENTE (FECHA) :

PRESENTO RECAIDA EL PACIENTE : SI:

NO:

A QUE TIEMPO DE LA CIRUGIA: