



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"**

TESIS

**PARAMETRECTOMIA COMO TRATAMIENTO DE CANCER
CERVICOUTERINO INCIDENTAL EN UMAE GINECO 4 LUIS CASTELAZO
AYALA, IMSS.**

ESPECIALISTA EN MEDICINA (GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

PRESENTA:

DR. PEDRO PANTALEON FIERROS
MEDICO RESIDENTE DE 4º AÑO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

ASESOR:

DR. JOEL BAÑUELOS FLORES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

MEXICO, D.F 2015



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.

INDICE

Título _____	2
Identificación de los investigadores participantes _____	3
Resumen _____	4
Marco teórico _____	5
Justificación _____	12
Planteamiento del problema _____	13
Hipotesis _____	14
Objetivos _____	15
Material y métodos _____	16
Variables _____	17
Recursos humanos y materiales _____	18
Aspectos éticos _____	19
Resultados _____	20
Discusión _____	25
Conclusiones _____	26
Bibliografía _____	28
Anexos _____	30

INVESTIGADORES

DR. JOEL BAÑUELOS FLORES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA DE LA UMAE
GINECO 4 LUIS CASTELAZO AYALA

DR. PEDRO PANTALEON FIERROS

MEDICO RESIDENTE DE 4º AÑO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE LA UMAE
GINECO 4 LUIS CASTELAZO AYALA

DR. JUAN CARLOS MARTINEZ CHEQUER

JEFE DE DIVISION EN EDUCACION Y ENSEÑANZA DE UMAE GINECO 4 LUIS
CASTELAZO AYALA

DR. OSCAR ARTURO JIMENEZ RODRIGUEZ

DIRECTOR DE LA UMAE GINECO 4 LUIS CASTELAZO AYALA

PARAMETRECTOMIA COMO TRATAMIENTO DE CANCER CERVICOUTERINO INCIDENTAL EN UMAE GINECO 4 LUIS CASTELAZO AYALA, IMSS.

INTRODUCCION: En aproximadamente 5.3% de las pacientes con cáncer cervicouterino invasor el diagnóstico se establece en la pieza quirúrgica de histerectomía realizado por patología benigna; en imprescindible el tratamiento complementario pues de no hacerlo implica una menor sobrevida. La mayor parte de los autores han optado por la radioterapia complementaria con sobrevida mayor al 80%; sin embargo el tratamiento quirúrgico con parametrectomía radical y linfadenectomía pélvica y paraortica es preferido por otros, aduciendo la ventaja innegable de establecer la extensión real y de la enfermedad y manteniendo la funcionalidad sexual y hormonal en la mayor parte de las pacientes, además de que puede ser considerado un tratamiento definitivo y no ameritar radioterapia complementaria.

Material y Métodos: Se revisaron los expedientes de pacientes sometidas a parameterectomía radical con LPB y LPA en el servicio de Oncología ginecológica durante el periodo de 1999 a 2013, encontrándose 19 pacientes en total, de las cuales se excluyeron 3 pacientes por no contar con expediente clínico, se analizaron los parámetros demográficos, el diagnóstico preoperatorio, la morbilidad trans y postoperatoria, terapia adyuvante, periodo libre de enfermedad y el estado actual de nuestras pacientes

RESULTADOS: De las 16 pacientes, analizadas: la edad promedio fue de 48 años (24-75 años), los diagnóstico preoperatorio de la histerectomía extrafascial fue miomatosis uterina en 10 casos (62.5%) y LIEAG en 5 casos (31.25%) y un caso por prolapso genital (6.25%). El tipo histológico de cáncer cervicouterino fue: 9 casos epidermoide (56.25%) y 4 casos adenocarcinoma (25%), 2 casos de adenoescamoso (12.5%) y un caso de adenosarcoma (6.25%) El tiempo promedio fue de 53.12 días (28-109 días) entre cirugía por patología benigna y la cirugía complementaria (parameterectomía radical con LPB y LPA). El abordaje de la cirugía: 12 casos laparotomía (75%) y 4 casos laparoscopia (25%). Con un tiempo quirúrgico promedio 247 min(100-490min). El sangrado transoperatorio promedio 872.5ml (120-3000ml), 5 pacientes (31.25%) ameritaron transfusión sanguínea.

Se presentaron complicaciones transoperatoria: 2 pacientes (12.5%): lesiones incidentales de vejiga en abordaje de laparotomía, la cuales se suturaron sin complicaciones. Se reportaron 4 pacientes (25%) complicaciones postquirúrgicas: 2 dehiscencias de heridas quirúrgicas, un acodamiento de ureter y una fistula uterovaginal. La etapa clínica de cáncer cervicouterino posterior parameterectomía radical con LPB y LPA fue de 13 casos EC 1B1 (81.25%), 3 casos EC 3B(18.75%). En 3 pacientes (18.75%) se encontró enfermedad residual; 2 en ganglios pélvicos y uno en vagina y parametrios, 2 pacientes (12.5%) recibieron radiación adyuvante y un paciente recibió radioterapia y braquiterapia. En ninguna de las 16 pacientes se reportaron ganglios retroperitoneales positivos.El promedio de vigilancia de pacientes es 33.31 meses (1-103 meses). No se ha reportado ninguna paciente con recurrencia de enfermedad.El estado actual de 16 pacientes; 15 viven sin actividad tumoral, y 1 paciente falleció a 103 meses de seguimiento sin evidencia de actividad tumoral por causa externa a patología maligna.

CONCLUSIONES: Con base en nuestros resultados parameterectomía radical con LPB y LPA debe considerarse como primera opción terapéutica en cáncer cervicouterino invasor oculto posterior a tratamiento de patología benigna, ya que solo 12.5 % requieren terapia adyuvante; esto implica que 87.5% de las pacientes mantendrán su función hormonal y sexual, con mejor calidad de vida y sin menos cabo de la sobrevida ni el periodo libre de enfermedad.

MARCO TEORICO

El cáncer cervicouterino es un problema mundial de salud. Ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer, con más de 500,000 casos cada año. El 75 al 86%% de los diagnósticos corresponde a países en vías de desarrollo, donde llega a representar 20 a 30% de los cánceres femeninos. El cáncer cervicouterino es responsable de más de 250,000 defunciones anuales en el mundo, sobre todo en países subdesarrollados.^{1, 8, 26,27,2829,30}

En el 2008, 525,800 mujeres fueron diagnosticadas con CCU, representando el 9% de los casos nuevos de cáncer y el 8% del total de muertes entre la población femenina 275,100 muertes fueron reportadas, de las cuales el 88% fueron en países en vías de desarrollo con un total de 31, 400 fallecimientos en América Latina y el Caribe.^{3,27}

Las principales causas de muerte por tumores malignos en mujeres de 20 y más años en 2011 son por cáncer de mama (13.8%) y cervicouterino (10.4 por ciento). El cancer cervicouterino afecta principalmente a las mujeres de 40 a 49 (27 de cada 100 mujeres de 20 y más años). Para el caso del cáncer cervicouterino, pasa de 10 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años, a 30 de cada 100 mil de 65 a 74 años, hasta llegar a 55 en las mujeres adultas mayores de 80 años y más. La segunda causa de morbilidad hospitalaria entre las mujeres es por cáncer cervicouterino, en el grupo de 65 a 74 años se ubica la tasa más alta (53 casos de cada 100 mil mujeres de ese grupo de edad), le siguen las mujeres de 50 a 59 años (51 de cada 100 mil mujeres de este grupo de edad).²

En nuestro país, los factores de riesgo de cáncer cervicouterino son: inicio temprano de la actividad sexual en 692 enfermas (57%), multiparidad en 772 (63%) y nunca haberse realizado un estudio de citología cervical en 629 (55%). En 1,090 casos (89%) el diagnóstico histopatológico correspondió a carcinomas epidermoides, y en 127 (11%) a adenocarcinomas; 990 casos (81%) se diagnosticaron como carcinomas invasores y 227 (19%) como carcinomas *in situ*; 580 pacientes de las 1,135 clasificables (51%) tenían carcinomas *in situ* y estaban en estadio I y 555 (49%) estaban en etapas avanzadas. Las pacientes con carcinoma *in situ* tenían edad promedio de 35 años, las de estadio I de 42 años, las de estadio II de 50 años, las de estadio III de 54 años y las de estadio IV de 51 años.¹

En nuestro país una gran mayoría de casos son diagnosticados en etapas localmente avanzadas lo cual conlleva a utilizar tratamiento más agresivos³

En el Distrito Federal según los informes del Registro Histopatológico de neoplasias malignas (RHNM) del 2004 - 2006 se reportaron un total de 7817, casos nuevos de cáncer cervical, de los cuales 4623 (59.1%) fueron cáncer invasor y 3194 (40%) fueron cáncer in situ, lo cual difiere a otras entidades federativas en donde el cáncer in situ se diagnostica con mayor frecuencia.

En nuestro hospital UMAE GINECO 4 LUIS CASTELAZO AYALA, IMSS se refiere que el cáncer cervicouterino por grupo etario de mayor relevancia es de los 46 a 50 años, con el 15%, y la etapa clínica con mayor prevalencia es la etapa clínica 1B (de acuerdo a la clasificación del FIGO para cáncer cervicouterino 2009) con el 53.35%⁶

El tratamiento en estos casos puede ser con cirugía radical o radioterapia. La mayoría de los casos de etapa clínica temprana de la enfermedad (estadio IA1 - IIA según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) se tratan y curan con histerectomía o radioterapia primaria. Histerectomía simple es curativa para los pacientes con enfermedad microinvasiva. Para los pacientes con cánceres en estadio IB1 - IIA, el tratamiento puede ser con histerectomía radical o radioterapia primaria.^{3,31}

Según las estadísticas de la Sociedad Americana del Cáncer, la tasa de supervivencia de cinco años por etapa es: Etapa IB - 80%, Estadio IIA - 63 %, Etapa IIB - 58%, Etapa III - 30%, Etapa IVA - 16 %.^{5,25}

El tratamiento tradicional del CaCU ha sido la cirugía o la radioterapia, en ciertas situaciones la combinación de ambas. Para casos localmente avanzados en los cuales existe riesgo de enfermedad extrauterina (etapas IIB a IVA), la radioterapia es el tratamiento primordial. Sin embargo, el porcentaje de curación disminuye en etapas avanzadas y con tumores voluminosos.³

La Histerectomía Radical (HR) y la Radioterapia (RT) primaria difieren significativamente en la morbilidad asociada y las complicaciones. La cirugía permite la preservación de la función ovárica y una mejor evaluación de los nódulos linfáticos, la variable más importante para la supervivencia.

La HR se relaciona con una mejor tasa de supervivencia global y específica para cáncer. En mujeres con tumores cervicales menores a 6cm de diámetro, el realizar una HR se asocia a una reducción del 49% en la tasa de mortalidad comparado con la RT primaria.¹⁰

En 1968 Durrance informó por primera vez que la radioterapia postoperatoria fue bien tolerada después de la histerectomía simple, y que el pronóstico de estos pacientes fue excelente, sobre todo si no había evidencia de enfermedad grave en el momento de la cirugía.²³

La radioterapia primaria - Aunque los datos son limitados, RT primaria no parece ser un tratamiento adecuado para el cáncer de cuello de útero en comparación con la cirugía primaria. En un estudio retrospectivo de más de 4.000 mujeres con cáncer de cuello uterino en etapa temprana identificados en el registro SEER, cirugía primaria resultó en una reducción del 59% en el riesgo de muerte en comparación con RT primaria. Por lo tanto, se recomienda no administrar RT en pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio temprano.¹⁰

La sobrevida global fue del 82% en pacientes tratadas con radioterapia y quimioterapia para el cancer cervicouterino. No encontramos diferencia estadísticamente significativa entre terapia combinada vs radioterapia sola. La toxicidad es similar entre ambos grupos, no encontramos diferencia estadísticamente significativa en supervivencia entre HDR vs LDR.³

El carcinoma invasivo se encuentra después de la histerectomía simple puede tratarse segura y eficazmente con radioterapia postoperatoria, Sin embargo Tanto la parametrectomía radical y la radioterapia parecen ser eficaces en la prevención de la recurrencia pélvica después de la histerectomía simple para el carcinoma invasivo oculto.^{7,15}

Un beneficio de parametrectomía radical es que puede seleccionar a los pacientes que no tienen enfermedad residual identificable, y lo suficientemente bajo riesgo de recurrencia que puede obviar la morbilidad de la radioterapia.²³

Utilizando la cirugía radical o la radioterapia en etapa IB rendimientos enfermedad las tasas de supervivencia a 5 años del 87% al 92%.³¹

Después de la cirugía sola, la tasa de recaída es al menos 30%, y cinco años las tasas de supervivencia intervalo de 80 por ciento para la enfermedad en estadio IB a 30 por ciento para la enfermedad en estadio III.²⁴

La histerectomía radical es superior a la radiación primaria. en las mujeres con cáncer de cuello uterino con lesiones menores de 6 cm¹⁰

El CCU puede ser un hallazgo incidental después de practicar una histerectomía simple indicada por condiciones ginecológicas benignas o lesiones preinvasoras. La incidencia del CCU invasivo oculto no es clara, en un estudio realizado por Park y colaboradores se reportó una incidencia del 5.3% de todos los cánceres cervicales. La mayoría de los pacientes con cáncer de cuello uterino en etapa temprana se someten a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica y paraaortica, con tasas de supervivencia a 5 años del 75% al 90%.⁷

Las tasas de supervivencia a los 5 años correspondientes relativos para la enfermedad en etapa temprana fue del 92% cuando la enfermedad se ha limitado al cuello uterino. Las tasas de supervivencia se reducen a 56% para la enfermedad regional y el 17% para la enfermedad a distancia cuando estas no son tratadas.¹⁰

Ante un CCU invasor oculto, después de realizar una histerectomía simple, las opciones de tratamiento incluyen una segunda cirugía radical o radiación adyuvante. El cáncer cervicouterino invasivo oculto después de realizada una histerectomía simple puede ser a consecuencia de diversas causas, la ausencia de lesiones invasivas en la muestra de conización de pacientes con NIC o Cís, citología cervical falsa-negativa, no revisar el resultado de la citología cervical previo a la cirugía, la evaluación inadecuada de una citología cervical o biopsia anormales, al no ser posible realizar cono-biopsia o curetaje endocervical cuando está indicado, error en la evaluación colposcópica o cuando no existe evidencia clínica de cáncer.^{7, 15.}

Las pacientes en etapas tempranas avanzadas (Etapa Ia2- IIA) requieren de un tratamiento definitivo, ya sea radioterapia, quimioradioterapia concomitante o parametrectomía radical, debido al incremento en el riesgo de recurrencia y muerte.⁷

Cuando el cáncer oculto se descubre después de la histerectomía simple para indicaciones benignas o cáncer cervical preinvasiva, las opciones para estos pacientes incluyen la segunda cirugía con parametrectomía radical, colpectomía parcial y linfadenectomía pélvica o radiación adyuvante^{7,15.}

Histerectomía simple es una opción quirúrgica ampliamente aceptada para FIGO etapa IA1, pero para las mujeres con etapa FIGO IA2 al IIA, la supervivencia después de la histerectomía extrafascial a los 5 años es inferior al 50% en comparación con el 89% después de cualquier cirugía radical o radioterapia¹¹

El problema radica en la elección de la modalidad de tratamiento adecuado para esta enfermedad rara. Histerectomía Radical se realiza como tratamiento primario para el cáncer de cuello uterino en estadio IIA o IB. Las tasas de supervivencia global y libre de enfermedad a los 5 años para el tratamiento quirúrgico primario de cáncer de cuello uterino se registraron un 83% y 74%, respectivamente.

Parametrectomía radical como tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer invasivo del cuello uterino recurrente que fueron inicialmente tratados con histerectomía simple fue descrita por primera vez por Daniel y Brunschwig en 1961¹⁵

La parametrectomía radical (PR), que consiste en una resección del parametrio, vaginectomía del tercio superior y linfadenectomía pélvica paraórtica, puede realizarse como un tratamiento definitivo en las pacientes a las que se realizó una histerectomía simple con el hallazgo incidental de un CCU invasor.

La mayoría de las pacientes con diagnóstico de CCU en etapa temprana son sometidas a Histerectomía radical (HR) junto con linfadenectomía pélvica +/- paraórtica, con una tasa de supervivencia a 5 años de 75-90%.⁷

Los pacientes con cáncer invasivo que son buenos candidatos para la cirugía y que no tienen la enfermedad del parametrio pueden tratarse con parametrectomía radical y vaginectomía superior con linfadenectomía pélvica y para-aórtica y pueden ser consideradas tratamientos definitivos en estas pacientes.¹⁵

La reintervención quirúrgica radical es una alternativa aceptable excluyendo a las pacientes con CCU de alto grado y compromiso del espacio linfovascular positivo.¹⁵

Estudios institucionales individuales han demostrado que parametrectomía radical es factible y los resultados en las tasas de recurrencia de entre 0 a 11 por ciento y una tasa de supervivencia global a los cinco años más del 96%.

La selección cuidadosa de Parametrectomía radical para los pacientes con poca probabilidad de que tenga un tumor residual será obviar la necesidad de la radiación en la mayoría de los casos.²¹

El tratamiento quirúrgico puede ser ventajoso, sin embargo, debido a que permite la evaluación de la medida real de la enfermedad pélvica, permite un pronóstico más preciso, y preserva más tejido vaginal y, en consecuencia, las relaciones sexuales²²

Un beneficio de la Parametrectomía Radical cuando se realiza en pacientes en las cuales no se identifica enfermedad residual cuenta con el suficiente bajo riesgo de recurrencia que se puede evitar la morbilidad de la radioterapia.²³

En un estudio que incluyó 594 pacientes con CCU en etapa temprana (IA-IIA) y que fueron sometidas a HR, Wright y colaboradores observaron que el 11% presentó metástasis parametrial. La presencia de metástasis parametrial es un fuerte predictor de supervivencia. La realización de un parametrectomía radical parece ofrecer un control local de la enfermedad y una disminución en el riesgo de recurrencia.¹³

La estadificación quirúrgica del cáncer cervical oculta descubierta después histerectomía simple es necesario para indicar un tratamiento adyuvante. La laparoscopia combinada con la cirugía vaginal es factible y segura, la inducción de un menor número de adherencias lo cual es importante para la radioterapia adyuvante.¹⁴

Parametrectomía radical laparoscópica con linfadenectomía pélvica y para-aórtica para el carcinoma de muñón cervical o vaginal se puede realizar con éxito y seguridad.¹⁵

Las ventajas de TLRP incluyen la realización de la cirugía bajo observación directa, una identificación más fácil del uréter, mejor hemostasia, y la falta de cuerpo uterino ocupar espacio en la pelvis, lo que hace la tarea totalmente factible. Nuestras experiencias preliminares sugieren que TLRP puede ser una alternativa útil en el tratamiento del cáncer cervical oculta poshisterectomía.¹⁸

Se puede reducir la posibilidad de lesión de un órgano visceral durante los procedimientos vaginales y podría minimizar el sangrado vaginal de la disección vaginal.²⁰

La cirugía mínimamente invasiva evita las complicaciones de la radiación en el intestino, la vejiga y la vagina y preserva la función ovárica. Cuando los pacientes reciben una dosis de radiación de más de 60 Gy con un haz externo, 6% -10% de los pacientes desarrollan complicaciones que requieren la intervención.¹¹

Los pacientes que no son candidatos a la radical parametrectomía y que pudiera tener una enfermedad más extensa pueden ser tratados con radioterapia con o sin quimioterapia.¹⁵

La Parametrectomía Radical (PR) es generalmente un procedimiento con mayor dificultad que una Histerectomía Radical (HR), debido a que la cicatrización hace que los planos sean más difíciles de distinguir y la ausencia de útero no permite la tracción. Las pacientes con enfermedad metastásica en los nódulos retroperitoneales deben recibir terapia adyuvante, la PR está contraindicada en estos casos ya que la terapia adyuvante que se requiere y la reintervención quirúrgica incrementan las adherencias y las complicaciones pos radiación.¹⁹

El cáncer cervical tiene una alta tasa de mortalidad, El tratamiento con la terapia de radiación local incluye la aplicación intravaginal de radio, que parece mejorar la tasa de supervivencia. Sin embargo, la falta de un útero significa la pérdida de la protección a los intestinos de la exposición radiación. Por lo tanto, se han reportado graves complicaciones rectosigmoideas después del tratamiento de radiación, incluyendo síntomas graves de proctitis con larga duración y fistula rectovaginal. Como consecuencia, las modalidades de tratamiento para el cáncer de cuello de útero oculta siguen siendo controvertidos.²⁰

Radioterapia adyuvante primario no es una buena opción para los pacientes que son jóvenes y tienen miedo de la aparición de los síntomas de la menopausia como los bochornos ya que la radioterapia tiene un efecto tóxico sobre la reserva ovárica. La parametrectomía radical, más de 1/3 vaginectomía superior con linfadenectomía terapéutica es una opción controvertida y razonable para el tratamiento de estos pacientes. Si la parametrectomía radical revela alto grado (grado 3), LVSI positivos, la radioterapia adyuvante primario es la indicada. Las tasas de supervivencia a 5 años en los casos de carcinoma invasor del cuello uterino descubrió después de la histerectomía simple y tratados con radioterapia adyuvante se informó de que entre el 30% y el 93%. Aunque la radioterapia primaria es otra modalidad de tratamiento para el cáncer de cuello uterino invasivo que se encuentra en la histerectomía simple, la reoperación radical es otra opción para los pacientes que son jóvenes y el deseo de preservar la función ovárica y puede ser una alternativa aceptable excluir a los pacientes LVSI de alto grado y positiva. Radioterapia adyuvante primaria se puede recomendar en casos seleccionados con los resultados de alto grado, LVSI positivo.¹⁵

No hubo diferencia en la supervivencia libre de enfermedad y en supervivencia total. Grupo RT/CCRT: 32 pacientes recibieron RT y 12 recibieron CCRT. A diez años la supervivencia libre de enfermedad fue de 93 % y supervivencia total fue de 94%. Se obtuvieron resultados de supervivencia similares en los grupos de RT/CCRT y RP; pero el bajo rango de complicaciones tardías después de RP, la hace preferible en comparación con RT/CCRT.⁷

Parametrectomía radical es una opción aceptable para los pacientes diagnosticados con un carcinoma de cuello uterino oculto en el momento de la histerectomía extrafascial²⁰

Debido a los altos índices de morbilidad a largo plazo posterior a radioterapia o radioquimioterapia concomitante, la parametrectomía radical es preferible en pacientes seleccionadas con CCU invasor oculto en etapa Ia2 – IIA, siendo de mayor beneficio en aquellas que desean conservar la función ovárica y sexual.⁷

JUSTIFICACION

El cancer cervicouterino continua siendo un problema nacional de salud en nuestro país. Implica repercusiones en la morbilidad y mortalidad de nuestras pacientes; como tal, requiere de nuestra participación responsable y profesional en cada una de las circunstancias clínicas que su atención exija.

En algunas ocasiones las pacientes son sometidas a histerectomía por patológica benigna o preinvasora del cervix uterino, y en el estudio histológico definitivo nos encontramos con la sorpresa de que se albergaba una neoplasia invasora del cervix uterino, ello nos plantea un dilema terapéutico sobre ¿cual es la mejor alternativa?; si la radioterapia o la reintervención quiúrgica para completar el procedimiento radical. Las dos conductas médicas ofrecen resultados similares en cuanto a periodo libre de enfermedad y sobrevida; sin embargo es imprescindible evaluar y analizar las repercusiones en cuanto a morbilidad de cada modalidad terapéutica. Hasta el primer semestre del 2004 nuestra conducta era optar por la primera alternativa: sin embargo, posterior a esa fecha, hemos considerado a la cirugía como primera opción, siempre y cuando los reportes del estudio histológico apoyen que el tumor se encuentra confinado al cervix uterino.

Es necesario analizar los resultados obtenidos con esta conducta médica para sustentar, si la cirugía debe ser, de acuerdo a los resultados, la mejor opción de terapia en las pacientes confinadas a nuestro cuidado.

Para lo anterior es fundamental revisar los resultados de las pacientes tratadas con parametrectomía radical y linfadenectomía pélvica y/o retroperitoneal en esta circunstancia clínica a partir del 2004. Con base en ello podremos tener bases sólidas para determinar cual debe ser nuestro planteamiento terapéutico en estos casos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tratamiento del cáncer cervicouterino invasor diagnosticado posterior a una histerectomía extrafascial implica una dicotomía difícil de dilucidar en el tratamiento posterior de esta circunstancia clínica; por un lado existen autores que abogan por complementar el tratamiento mediante radiaciones ionizantes, sustentando buenos resultados oncológicos en cuanto a sobrevida y periodo libre de enfermedad; sin embargo, algunos otros, respaldan que la mejor opción es complementar la cirugía radical mediante parametrectomía radical con linfadenectomía pélvica y/o retroperitoneal, para que, de esta manera, se sustente, perfectamente, que pacientes deben recibir terapia complementaria sin sacrificar los resultados finales, pero; sin agregar la morbilidad potencial que conlleva la radiación complementaria

Por lo anterior; y dado que no conocemos, a nivel nacional, cuales son los resultados logrados con la conducta quirúrgica complementaria es imprescindible analizar nuestros resultados y, de esta manera, ofrecer a la comunidad oncológica nacional bases para normar la mejor conducta ante esta eventualidad clínica

Nuestra interrogante parte de las siguientes premisas:

¿La parametrectomía radical es la primera alternativa terapéutica en el cáncer cervicouterino incidental?

¿Qué ventajas ofrece sobre la radioterapia adyuvante como primera opción?

HIPOTESIS

La parametrectomía radical es un tratamiento quirúrgico radical que ofrece los mismos resultados que la radioterapia en pacientes con cáncer cervicouterino incidental, sin embargo se puede preservar la función ovárica y obviar las complicaciones de la radioterapia.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los resultados de la parametrectomía radical (PR) con linfadenectomía pélvica bilateral (LPB) y paraortica (LPA) en el tratamiento del cáncer cervicouterino incidental (CCI) de las pacientes tratada en la UMAE Gineco 4 LUIS CASTELAZO AYALA, IMSS en el periodo de 2004 - 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar la extensión real de la enfermedad en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino incidental

Conocer la morbi-mortalidad transoperatoria y postoperatoria de la parametrectomía radical

Contrastar los resultados obtenidos con lo reportado en la literatura mundial, tanto en la cirugía como con la radioterapia

Identificar los parámetros histológicos y clínicos que fundamenten los criterios de selección; indicativos de parametrectomía radical

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es retrospectivo, descriptivo y analítico, Se revisaron los expedientes de pacientes sometidas a parametrectomía radical con LPB y LPA en el servicio de Oncología ginecológica de la UMAE Gineco 4 LUIS CASTELAZO AYALA, IMSS durante el periodo de 1999 a 2013

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes sometidas a parametrectomía radical con LPB y LPA en el servicio de Oncología ginecológica de la UMAE Gineco 4 LUIS CASTELAZO AYALA, IMSS durante el periodo de 1999 a 2013
- Pacientes a quienes se les corrobore el diagnóstico por el servicio de patología de nuestro hospital
- Pacientes que tengan los parámetros de análisis completos en el expediente
- Pacientes que tengan seguimiento mínimo de 3 meses

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con segundo primario

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no cuenten con expediente clínico completo

VARIABLES

- Edad
- Diagnóstico preoperatorio,
- Sangrado transquirurgico
- Tiempo quirurgico
- Abordaje quirurugico
- Morbilidad trans y postoperatoria,
- Etapa clinica final
- Terapia adyuvante
- Periodo libre de enfermedad
- Estado actual de nuestras pacientes

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizo estadistica descriptiva, medidas de tendencia central y porcentajes.
Se analizaran las variables para ver si hay diferencia con la X^2

RECURSOS HUMANOS

Jefe del servicio de Oncología Ginecológica de la UMAE Gineco 4 LUIS CASTELAZO AYALA, IMSS

Médico Residente de Ginecología y Obstetricia de la UMAE Gineco 4 LUIS CASTELAZO AYALA, IMSS

RECURSOS MATERIALES

Base de datos del servicio de Oncología Ginecológica de la UMAE Gineco 4 LUIS CASTELAZO AYALA, IMSS

Expedientes clínicos del archivo

Hoja de captura de datos

Equipo de cómputo propiedad de los investigadores

ASPECTOS ETICOS

El estudio no involucra directamente a las pacientes de acuerdo a los principios de justicia, equidad, beneficencia y no mal eficiencia. El presente estudio cumple con los lineamientos establecidos en la declaracion de Helsinki y los lineamientos de la oms, asi como las recomendaciones de las guias de la buena practica clinica.

De acuerdo con lo estudiado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigacion para la salud, titulo segundo "De aspectos eticos de investigacion en seres humanos" , capitulo I, "Disposiciones comunes" Articulo 17 seccion I de dicha Ley, la investigacion actual se considera como "investigacion sin riesgo" para las pacientes, puesto que los datos se obtuvieron de expedientes clinicos.

RESULTADOS

De las 16 pacientes, analizadas: la edad promedio fue de 48 años (24-75 años), los diagnosticos preoperatorios de la histerectomia extrafascial fue miomatosis uterina en 10 casos (62.5%) y LIEAG en 5 casos (31.25%) y 1 caso por prolapso genital (6.25%), el tipo histologico de cancer cervicouterino fue: epidermoide con 9 casos (56.25%) y adenocarcinoma 4 casos (25%), 1 caso de adenosarcoma (6.25%) y 2 casos de epidermoide con adenocarcinoma (12.5%).

El tiempo promedio entre cirugia por patologia benigna y la cirugia complementaria(parameterectomia radical con LPB y LPA) fue de 53.12 dias (28 - 109 dias), el abordaje de la cirugia fue: 12 casos laparotomia (75 %) y 4 casos laparoscopia (25 %).

El tiempo quirurgico promedio fue de minutos 247.18 minutos(100 - 490 minutos). El sangrado transoperatorio promedio fue de 872.5 ml (120 - 3000 ml), 5 pacientes ameritaron transfusion sanguinea (31.25%): 1 paciente amerito 6 concentrados eritrocitarios, 1 paciente amerito 3 concentrados eritrocitarios, 1 paciente 2 concentrados eritrocitarios y 2 pacientes 1 concentrado eritrocitario.

Se presentaron complicaciones transoperatoria: en 2 pacientes (12.5%): lesiones incidentales de vejiga en abordaje de laparotomomia, la cuales se suturaron sin complicaciones. Se reportaron 4 pacientes (25%) complicaciones postquirurgicas: 2 dehiscencias de heridas quirurgicas, 1 acodmiento de ureter y 1 fistula uterovaginal.

La etapa clinica de cancer cervicouterino posterior parameterectomia radical con LPB y LPA fue de 13 casos E C 1B1 (81.25 %), 3 casos E C 3B(18.75%). En 3 (18.75%) pacientes se encontró enfermedad residual; 1 en vagina y parametrios y 2 en ganglios pelvicos, 2 pacientes recibieron radiación adyuvante y 1 paciente recibio radioterapia y braquiterapia.

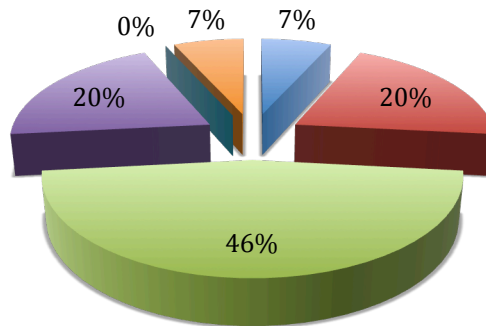
En ninguna de las 16 pacientes se reportaron ganglios retroperitoneales positivos.

El promedio de vigilancia de pacientes es 33.31 meses (1-103 meses). No se ha reportado ninguna paciente con recurrencia de enfermedad.

El estado actual de 16 pacientes; 15 viven sin actividad tumoral, y 1 paciente fallecio a 103 meses de seguimiento sin evidencia de actividad tumoral por causa externa a patologia maligna.

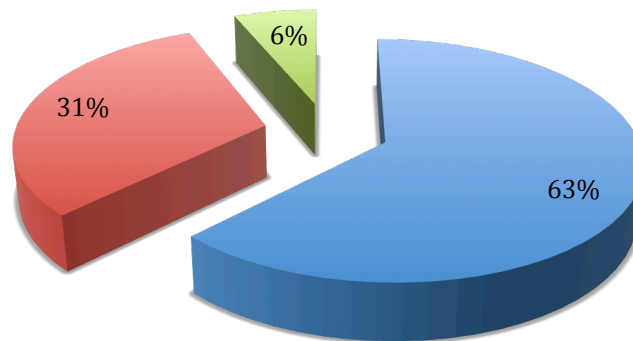
CACU INCIDENTAL FRECUENCIA EDAD

■ 20-30 años ■ 31-40 años ■ 41-50 años ■ 51-60 años ■ 61-70 años ■ 71-80 años



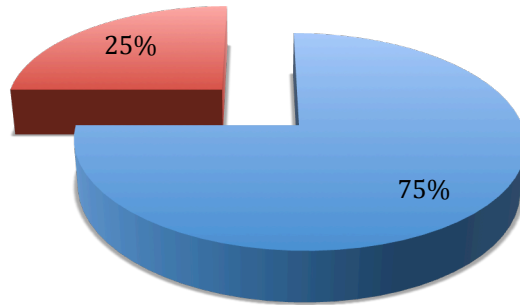
DIAGNOSTICO PRE PARAMETRECTOMIA

■ MIOMATOSIS UTERINA ■ LIEAG ■ PROLAPSO GENITAL



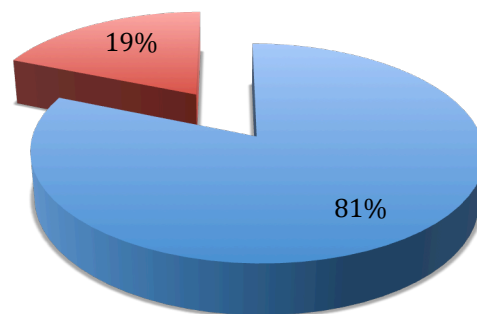
CACU INCIDENTAL ABORDAJE QUIRURGICO

■ LAPAROTOMIA ■ LAPAROSCOPIA



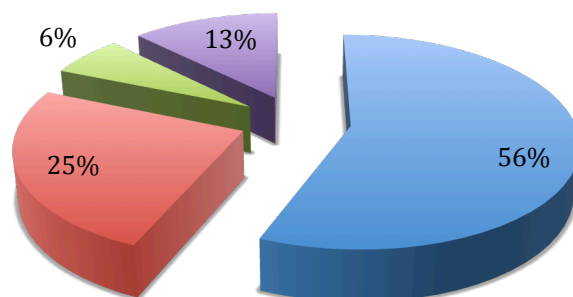
CACU INCIDENTAL ESTADIO CLINICO FINAL

■ EC 1 B1 ■ EC 3B



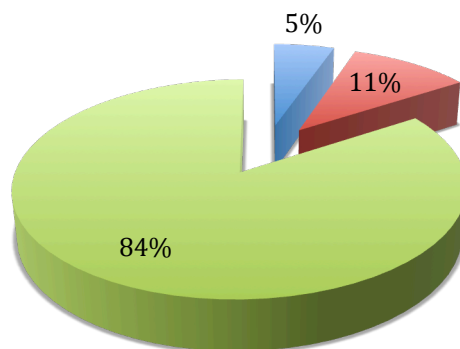
CACU INCIDENTAL TIPO HISTOLOGICO

■ EPIDERMOIDE ■ ADENOCARCINOMA
■ ADENOSARCOMA ■ EPIDERMOIDE/ADENOCARCINOMA



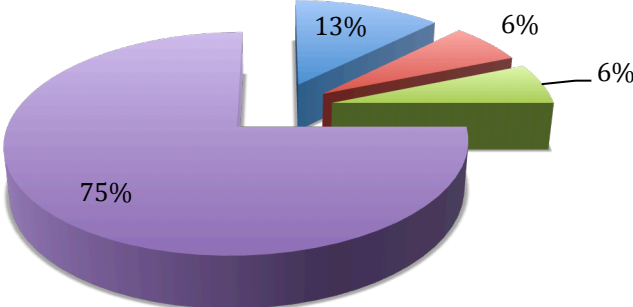
ENFERMEDAD RESIDUAL POSTPARAMETERECTOMIA

■ PARAMETRIOS Y VAGINA ■ GANGLIOS PELVICOS ■ NO RESIDUAL



COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

- DEHISCENCIA HERIDAD QX
- FISTULA URETERO VAGINAL
- ACODAMIENTO DE URETER
- SIN COMPLICACIONES



DISCUSION

Con base en nuestros resultados parameterectomia radical con LPB y LPA debe considerarse como primera opción terapéutica en casos donde se diagnostica cáncer cervicouterino invasor posterior a tratamiento de patología benigna, solo el 9% requieren terapia adyuvante con radiaciones, lo cual las excluye de la morbilidad posradioterapia y mantiene su función hormonal y sexual con buenos resultados en el periodo libre de enfermedad y la sobrevida.

CONCLUSIONES

Cuando el cáncer cervicouterino oculto se descubre después de la histerectomía simple las opciones de tratamiento son 2 cirugía radical o radiación adyuvante. La supervivencia después de la histerectomía extrafascial a los 5 años es inferior al 50% en comparación con el 89% después de cualquier cirugía radical o radioterapia¹¹

Las opciones de tratamiento y que parecen ser eficaces en la prevención son: una segunda cirugía con parametrectomía radical: colpectomía parcial y linfadenectomía pélvica paraortica descrita por primera vez por Daniel y Brunschwig en 1961, o radiación adyuvante^{7, 15}.

Un beneficio de parametrectomía radical puede obviar la morbilidad de la radioterapia, permite la evaluación de la medida real de la enfermedad pélvica, permite un pronóstico más preciso, y preserva más tejido vaginal y, en consecuencia, las relaciones sexuales^{21, 22, 23}

Estudios previos han evaluado el papel de parametrectomía radical en pacientes con cáncer oculto después de la histerectomía: Gori et al. , Leath et al. , A. Buda et al. reportan complicaciones quirúrgicas postoperatorias: que van desde el 7 - 30 % ; como lo son transfusión de sangre, cistotomía incidental e íleo postoperatorio.^{11, 21, 22}

Una evaluación compuesta de todas las series publicadas en parametrectomía radical laparoscópica se observaron menos complicaciones que con el abordaje abierto.¹⁸

La Re-intervención quirúrgica con parametrectomía radical y linfadenectomía pélvica y paraortica debe considerarse en casos de cáncer de cuello de útero oculto después de la histerectomía simple, ya que es un tratamiento seguro y factible en pacientes seleccionados con cáncer de cuello uterino invasivo oculto: es el tratamiento de elección para la preservación de la función ovárica y evitar la posible morbilidad y los efectos secundarios a largo plazo de la radioterapia^{7, 10, 11, 15}.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio se concluye lo siguiente:

La edad promedio al momento del diagnóstico de cáncer cervicouterino incidental fue de 48 años

Los diagnósticos preoperatorios a cáncer cervicouterino incidental más frecuentes fueron miomatosis uterina (62.5 %), seguido de LIEAG (31.25 %)

El tipo histológico más frecuente de cáncer cervicouterino incidental fue: epidermoide 56.25%

El tiempo promedio entre cirugía por patología benigna y la cirugía complementaria (parameterectomía radical con LPB y LPA) fue de 53 días

Se presentaron complicaciones transoperatorias: en 12.5% lesiones incidentales de vejiga en abordaje de laparotomía, las cuales se suturaron sin complicaciones.

La etapa clínica de cáncer cervicouterino posterior a parameterectomía radical con LPB y LPA, más frecuente fue E C 1B1 con 81.25 %

Solo en 3 pacientes se encontró enfermedad residual; que ameritaron terapia adyuvante con radioterapia.

No se ha reportado ninguna paciente con recurrencia de enfermedad.

La parameterectomía radical con LPB y LPA debe considerarse como primera opción terapéutica en cáncer cervicouterino invasor oculto posterior a tratamiento de patología benigna, ya que solo 12.5 % requieren terapia adyuvante; esto implica que 87.5% de las pacientes mantendrán su función hormonal y sexual, con mejor calidad de vida y sin menos esperanza de vida ni el periodo libre de enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Torres-Lobatón A, Bustamante- Iglesias JI, Torres-Rojo A, Oliva-Posada JC y col. **Cáncer cervico-uterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. Seguro Popular.** Ginecol Obstet Mex 2013;81:71-76.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. Mexico, Febrero De 2013
3. Romero-Tejeda D et.al **Radioterapia pélvica y quimioterapia simultánea en cáncer cervicouterino.** GAMO Vol. 11 Núm. 2, marzo – abril 2012
4. Li J, Xu H, Chen Y, et al. **Laparoscopic nerve-sparing radical parametrectomy for occult early-stage invasive cervical cancer after simple hysterectomy.** Int J Gynecol Cancer 2012; 22:1383.
5. Cervical cancer: survival rates by stage <http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/cervical-cancer-survival> (Accessed on June 25, 2012).
6. Tesis: **Caraterísticas Clínico - Patológicas De Las Pacientes Con Cancer De Cervix.** UMAE GINECO 4. MEXICO 2013
7. Park JY, Kim DY, Kim JH, et al. **Management of ocult invasive cervical cáncer found after simple hysterectomy.** Ann Oncol 2010;21:994-1000.
8. WHO/ICO Information Center of HPV and Cervical Cancer (HPV Information Center). **Human Papillomavirus and Related Cancers in the World.** Summary Report 2010. <http://www.who.int/hpvcentre/en/> (Accessed on September 19, 2011).
9. Morales-Palomares MA *et al.* **Histerectomía radical modificada en pacientes con cáncer cervicouterino lb1.** GAMO Vol. 8 Núm. 4, julio – agosto 2009
10. Bansal N, Herzog TJ, Shaw RE, et al. **Primary therapy for early-stage cervical cancer: radical hysterectomy vs radiation.** Am J Obstet Gynecol 2009; 201:485.e1.
11. Buda A et al. Total laparoscopic radical parametrectomy, partial colpectomy, and pelvic lymphadenectomy in patients with occult cervical cancer. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107 (2009) 73–76
12. Cervical Cancer **Incidence, Mortality and prevalence worldwide in 2008: Summary.** <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
13. Wright et al. **Utilidad de Parametrectomia para Etapa temprana del cáncer cervical tratado con histerectomía radical.** Cancer 2007;110:1281–6. 2007 American Cancer Society.
14. Vignancour S. et al. **Laparoscopic management of occult cervical cancer discovered after simple hysterectomy.** Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 297–302
15. Ayhan A. et al. **Radical Reoperation for Invasive Cervical Cancer Found in Simple Hysterectomy.** Journal of Surgical Oncology 2006;94:28–34
16. Liang Z. et al. **Laparoscopic radical trachelectomy or parametrectomy and pelvic and para-aortic lymphadenectomy for cervical or vaginal stump carcinoma: report of six cases.** Int J Gynecol Cancer 2006;16:1713–1716.
17. Rotman M, Sedlis A, Piedmonte MR, et al. **A phase III randomized trial of postoperative pelvic irradiation in Stage IB cervical carcinoma with poor prognostic features: follow-up of a gynecologic oncology group study.** Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006; 65:169.
18. Lee Y. et al. **Total laparoscopic radical parametrectomy.** Journal of Minimally Invasive Gynecology (2005) 12, 168-170
19. Massad LS, **Managing Women Found to Have Invasive Cervical Cancer at the Time of Simple Hysterectomy for Benign Indications,** J Lower Gen Tract

- Dis 2004, 8, (2):91-3
20. Fleisch M.C. Hatch K.D. **Laparoscopic assisted parametrectomy/upper vaginectomy (LPUV)—technique, applications and results.** *Gynecologic Oncology* 98 (2005) 420–426
 21. Leath III C.A. et al. **The role of radical parametrectomy in the treatment of occult cervical carcinoma after extrafascial hysterectomy.** *Gynecologic Oncology* 92 (2004) 215–219
 22. Gori J. et al. **Radical Parametrectomy for Occult Cervical Carcinoma Detected Posthysterectomy.** *Journal of Lower Genital Tract Disease, Volume 8, Number 2, 2004, 102–105*
 23. Crane C. et al. **Occult Carcinoma Discovered After Simple Hysterectomy Treated With Postoperative Radiotherapy.** *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, Vol. 43, No. 5, pp. 1049–1053, 1999
 24. Delgado G, Bundy B, Zaino R, et al. **Prospective surgical-pathological study of disease-free interval in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study.** *Gynecol Oncol* 1990; 38:352.
 25. TNM Classification of malignant tumours. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC International Union against Cancer, Geneva, Switzerland. pp155-157; 6th ed. 2002
 26. Hughes HS, Steller MA. Radical gynecologic surgery for cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 2005;14:607-631.
 27. Hacker FN, Friedlander ML. Cáncer cervical. En: Berek SJ, Hacker FN, eds. *Oncología ginecológica.* 5a ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins, 2010;341-376.
 28. Caro LJ, Zúñiga C. Perfil epidemiológico del cáncer cervicouterino en México. *Rev Enf Inf Ped* 2009;XXIII:36-37.
 29. Tovar GVJ, Ortiz CF, Jiménez GFR, Valencia VG. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México (1980-2004).
 30. *Rev Fac Med UNAM* 2008;51:47-51. Torres PS, Gutiérrez SJ, Morales GJA. Cáncer en México: Correlación entre los factores socioeconómicos y la alimentación. *Med Int Mex* 2006;22:336-343.
 31. Gray HJ. Primary management of early stage cervical cancer (IA1-IB) and appropriate selection of adjuvant therapy. *J Natl Compr Canc Netw* 2008;6:47-52.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE GINECO 4 LUIS CASTELAZO AYALA
HOJA DE CAPTURA DE DATOS
PROTOCOLO PARAMETRECTOMIA**



NOMBRE DEL PACIENTE:

NUMERO DE AFILIACION:

EDAD:

IMC _____

DM: 1 si 2 no

HAS: 1 si 2 no

FECHA DE CIRUGIA:

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

ETAPA CLINICA POSTOPERATORIA

1. IA
2. IB1
3. IB2
4. IIA1

FECHA DE PARAMETRECTOMIA

SANGRADO _____

PAQUETES GLOBULARES

TRANSFUNDIDOS _____

TIEMPO QUIRURGICO:

ABORDAJE QUIRURGICO

1. LAPAROTOMIA
2. LAPAROSCOPIA

MORBILIDAD:

COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS:

1. LESION VESICAL
2. LESION INTESTINAL

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

1. ILEO POSTOPERATORIO
2. INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA
3. INFECCION DE CUPULA VAGINAL

RESIDUAL EN PIEZA QUIRURGICA

1. VAGINA
2. PARAMETRIOS

METASTASIS GANGLIONARES

1. GANGLIOS PELVICOS
2. GANGLIOS PARAORTICOS

RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA

1. SI
2. NO

SEGUIMIENTO _____(meses)

RECURRENCIA. 1. SI 2. NO

SITIO DE RECURRENCIA. _____

ESTADO ACTUAL. 1. VSAT 2. VCAT 3. PSAT 4. PCAT 5. MSAT 6. MCAT

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES 2013	MES							
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
DELIMITAR PROBLEMA A ESTUDIAR	X							
REVISIÓN Y SELECCIÓN DE BIBLIOGRAFÍA		X						
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO			X					
REVISIÓN DE PROTOCOLO			X					
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			X	X	X	X	X	
PROCESAMIENTO DE DATOS							X	
ANÁLISIS DE RESULTADOS							X	
DISCUSIÓN								X
CONCLUSIONES								X
PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN								X