



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UMAE HOSPITAL DE ONCOLOGÍA

**“MORBI - MORTALIDAD ASOCIADA A HISTERECTOMIA RADICAL PIVER III
MAS LINFADENECTOMIA PELVICA BILATERAL EN MUJERES CON CANCER
CERVICOUTERINO EN EL SERVICIO DE TUMORES GINECOLOGICOS DEL
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”**

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE
GINECOLOGIA ONCOLOGICA PRESENTA:
ALUMNO: LIZETTE PEREZ HERNANDEZ

ASESOR

DR. JOSE ALBERTO ABREGO VASQUEZ

México, DF. Marzo de 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.

DR. GABRIEL GONZALEZ AVILA

División de Educación en Salud

DR. JOSE ALBERTO ABREGO VASQUEZ

Médico Adscrito al servicio de Tumores de Cabeza y Cuello

DRA. LIZETTE PEREZ HERNANDEZ

Médico Especialista en formación en Ginecología Oncológica

MEXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3602
HOSPITAL DE ONCOLOGIA, CENTRO MEDICO NACIONAL, SIGLO XXI, D.F. SJR

FECHA 14/03/2014

DR. JOSE ALBERTO ABREGO VASQUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

morbilidad en pacientes con cáncer cervicouterino tratadas con HTA PIVER III de enero 2008 a julio 2013 en el servicio de Ginecología de la UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3602-9

ATENTAMENTE


DR. (A) PEDRO ESCUDERO DE LOS RÍOS
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3602

IMSS

SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a DIOS por darme la sabiduría y fortaleza para mantenerme en pie en estos años de estudio, por ser mi luz cuando todo parecía estar en tinieblas, dudas e incertidumbres. Por mis fracasos y el éxito de culminar y cumplir mis sueños. Sin ti padre mío no hubiera sido posible. Gracias señor, padre y amigo Jesús.

A mis Padres, Gracias por estar infinitamente a mi lado, aunque no ha sido posible estar físicamente, siempre los llevo a los dos en mi corazón. Madre gracias por tu paciencia, por atender a mi llamados, por escucharme y estar más presente en los momentos más tristes y felices. Te Amo con Todo mi ser. Papito Gracias por siempre estar pendiente de mí, por tu apoyo incondicional, eres mi ejemplo de ser humano, gracias por ser el más noble ser. Te Amo inmensamente.

A mis hermanas, por siempre estar apoyándome en todas mis decisiones, por hacerme feliz, no hay mayor bendición que he tenido, que ser parte de una hermosa familia. Gracias Yose por ser mi ejemplo de mujer, amiga y hermana. Mi negrita hermosa gracias por escucharme, aconsejarme y jamás dejarme sola, Las amo.

A mis niños hermosos Emmanuel y Marquitos, son mi mayor motivación de lucha y entrega para darles el mejor ejemplo de vida. Siempre están en mi pensamiento.

A mi asesor, amigo y compañero, Dr. José Alberto Abrego Vázquez por tus consejos, tu apoyo, tu paciencia y dedicación para la realización de esta tesis, sabes bien que te quiero mucho y tienes una amiga incondicional.

A Jimmy Gracias por tu apoyo enorme en este último paso de mi vida, haberte conocido a sido una bendición. Gracias por todo lo que has hecho por mí y por haberme apoyado cuando, lo más cercano a una familia ha sido necesario. Te quiero mucho. Como Nunca y Para siempre.

A todos mis compañeros que me acompañaron en estos años de carrera incansable.

INDICE

1. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	6
I. ANTECEDENTES	7
II. JUSTIFICACIÓN	9
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
V. OBJETIVOS	9
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	11
VII. RESULTADOS	14
VIII. DISCUSIÓN	17
IX. CONCLUSIONES	18
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

RESUMEN

Antecedentes: El Cáncer Cervicouterino (CaCu) es la neoplasia maligna más frecuente en nuestro país después del Cáncer de mama.

En las naciones altamente desarrolladas, la tendencia es hacia la detección de las lesiones del cérvix en etapas más tempranas y su tratamiento quirúrgico oportuno, contrariamente a lo que sucede con las enfermas vistas en los centros hospitalarios de nuestro país, donde presentan lesiones avanzadas y cuyo manejo principalmente es a base de radioterapia.

En el servicio de tumores Ginecológicos del hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, se atienden en promedio de 300 a 400 pacientes por año con Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino, de las cuales el 15 % corresponden a etapas tempranas, siendo candidatas a tratamiento quirúrgico con histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía pélvica bilateral, este es un procedimiento contemplado para el manejo de las lesiones invasoras del cérvix en etapas clínicas IB1 y IIA 1, como todo tratamiento quirúrgico, no se encuentra exento de complicaciones que si bien, no afectan directamente la supervivencia de las pacientes, sin embargo si impacta en la calidad de vida de las mismas.

Justificación: Es poca la información disponible en esta institución, sobre la morbi-mortalidad de las pacientes con Cáncer Cervicouterino asociadas a histerectomía radical Piver III más linfadenectomía pélvica bilateral durante este periodo de tiempo.

Planteamiento del problema: Conocer la morbi-mortalidad de las pacientes tratadas en nuestro servicio es útil, como medida de la calidad de los servicios ofrecidos.

Objetivo: Describir cuál es la morbi - mortalidad asociada a histerectomía radical Piver III más linfadenectomía pélvica bilateral en mujeres con Cáncer Cervicouterino en el servicio de Tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI

Material y Métodos: Se realizó un estudio de forma retrospectiva, descriptiva, transversal y observacional. (Encuesta). Previa solicitud y autorización por las autoridades del hospital, se procedió a la revisión de expedientes clínicos obtenidos del departamento de archivo clínico de las pacientes con cáncer Cervicouterino tratadas con histerectomía radical tipo PIVER III y Linfa pélvica bilateral de enero 2008 a julio 2013 en el servicio de tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI y se recabó la información mediante una hoja e recolección de datos.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes en el estudio, la edad promedio fue de 53 años, el 92% pertenecieron a la etapa clínica IB1; el 52% que fueron tratadas con HTA radical mas linfa pélvica bilateral tenían histología del tipo Adenocarcinoma; el tiempo quirúrgico promedio fue de 5 horas en un 76% , el sangrado promedio fue de más de 500 ml en 68% de las pacientes; el 52% de las mujeres que fueron sometidas al procedimiento mostraron complicación transoperatoria siendo la hemorragia la más importante, y en un 80% no se presentaron complicaciones postoperatorias. Solo el 20% presento morbilidad postoperatoria, siendo la fistula uretero vaginal y la disfunción vesical las únicas que se presentaron en este grupo de pacientes. Únicamente 1 muerte fue reportada durante el procedimiento quirúrgico a causa de hemorragia y shock hipovolemico.

Conclusiones: realizar la HTA PIVER III más linfadenectomía pélvica bilateral en pacientes con Diagnóstico de CaCu en etapa operable en nuestra unidad, muestra que el 20 % puede presentar alguna complicación y que la mortalidad se encuentra del 4%, siendo por lo tanto un procedimiento seguro.

Palabras Clave: Histerectomía Radical PIVER III, Cáncer Cervicouterino, Morbilidad

ABSTRACT

Introduction: Cervical Cancer (CC) is the most common in our country after breast cancer malignancy. In highly developed nations, the trend is towards detecting cervical lesions at earlier stages and timely treatment , contrary to what happens with sick views hospitals in our country, where the sick have advanced lesions and whose management is primarily based radiotherapy. In service tumors Gynecologic Oncology Hospital, National Medical Center XXI Century , is serving an average of 300 to 400 patients per year with Cervical Cancer Diagnosis , of which 15 % are early, being candidates for surgical treatment III radical hysterectomy with PIVER bilateral pelvic lymphadenectomy more .

Radical hysterectomy is a procedure established for the management of invasive cervical lesions in clinical stages IB1 and IIA 1 as any surgical treatment is not without complications that although not directly affect the survival of patients, however if impacts quality of life of the same.

Justification: There is little information available in this institution, the morbidity and mortality of patients with Cervical Cancer associated Piver III radical hysterectomy plus bilateral pelvic lymphadenectomy during this period. Problem: To determine the morbidity and mortality of patients treated in our department is useful as a measure of the quality of services offered.

Objective: To describe what the morbidity - mortality associated Piver III radical hysterectomy plus bilateral pelvic lymphadenectomy in women with Cervical Cancer in service Tumor Hospital Gynecologic Oncology XXI National Medical Center Century .

Material and Methods: A retrospective study was performed, descriptive, cross-sectional and observational. Upon request and approval by the hospital authorities, proceeded to review medical records department obtained clinical records of patients with Cervical cancer treated with radical hysterectomy type III PIVER and bilateral pelvic lymph from January 2008 to July 2013 in the service of tumors Gynecologic Oncology Hospital, National Medical Center XXI century and the information was collected through a sheet and data collection.

Results: 25 patients were included in the study , the average age was 53 years , 92% belonged to the IB1 clinical stage , 52 % were treated with radical HTA more bilateral pelvic lymph had histology of adenocarcinoma type , operative time average was 5 hours by 76 % , the average blood loss was more than 500 ml in 68 % of patients , 52 % of women who underwent the procedure showed intraoperative complication being the most important bleeding , and, in 80 % no postoperative complications. Only 20 % showed postoperative morbidity , with uretero vaginal fistula and the only bladder dysfunction that occurred in this group of patients . Only one death was reported during the surgical procedure because of bleeding and hypovolemic shock.

Conclusions: HTA PIVER III perform more bilateral pelvic lymphadenectomy in patients with cervical cancer diagnosis in our unit in operable stage, shows that 20 % can present complications and mortality is 4% , thus being a safe procedure .

Keywords: Radical Hysterectomy PIVER III, Cervical Cancer Morbidity.

I. ANTECEDENTES

El Cáncer Cervicouterino representa un problema mundial de salud, ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer, correspondiendo al 9% de las neoplasias malignas en mujeres a nivel mundial (529,800 casos) y 8% (275,100) de las muertes por cáncer. Con una cifra aproximada de 450 000 casos diagnosticados al año, la mayoría en países en vías de desarrollo donde los registros suelen ser incompletos. (1)

En estados unidos se informa una incidencia global en cáncer Cervicouterino de 8.7 por 100,000 con predominio en las mujeres de raza negra, en quienes la cifra es de 14.3 por 100,000. (2)

En México, las actividades gubernamentales encaminadas a atender el problema epidemiológico del cáncer se inició en el año 1942, época en que se instituyó la Campaña de la Lucha contra el Cáncer la cual dio importantes logros bajo gestiones por varios oncólogos mexicanos. Por este motivo y ante tal problema de salud pública en 1980 se creó el Registro Nacional de Neoplasias y se publicaron las primeras cifras con base en señalamientos obtenidos de instituciones oficiales y privadas fundamentalmente en la ciudad de México. Hasta esa época la fuente de información principal, consistía en el análisis de certificados de defunción.(2,3)

Los informes actuales generados por el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, muestran que la incidencia del cáncer Cervicouterino para el año 2000 fue de 9801 casos, de un total de 91,913 neoplasia malignas (10.6%), ocupando en ese entonces el primer lugar entre las neoplasias del sexo femenino (20.1%) y constituyo el 69.7% de los cánceres del tracto genital femenino. El último registro que corresponde al 2003, el Cáncer Cervicouterino ocupó el primer lugar de incidencia con 24 094 casos nuevos (43 casos por cada 100 000 mujeres), representando el 23.5% de los tumores malignos y de los cuales el 61.7% correspondió a los casos de carcinoma in situ . Durante el mismo año se notificaron 4 326 defunciones con una tasa de incidencia de 8.7 por cada 100 000 mujeres. (3)

La elección del tratamiento para las pacientes con cáncer Cervicouterino depende de factores pronósticos como el tamaño del tumor, etapa clínica de acuerdo a la FIGO, grado histológico, metástasis a ganglios linfáticos, paridad satisfecha y preferencia de la paciente. (5,6)

La idea inicial del manejo quirúrgico del cáncer Cervicouterino fue de J Marion Sims en 1870 y el procedimiento como tal fue descrito por Werthein en 1895 en esa época, la mortalidad era elevada principalmente atribuida a la linfadenectomia pélvica bilateral, motivo por el que después sólo se realizó muestreo ganglionar.(7)

Los primeros informes sobre la histerectomía radical fueron publicados por Clark y Reis en 1895. Bonney en 1935 y Meigs en 1944 realizaron modificaciones a la técnica original de Werthein y muestran la histerectomía radical como un procedimiento no tan mórbido como inicialmente se demostró.(7)

La histerectomía radical involucra la remoción en bloque de el útero, cérvix, la totalidad del tejido para cervical, parametrial y paravaginal hasta la pared pélvica de forma bilateral, los ligamentos pubovesicales y uterosacros, la arteria uterina es ligada desde su origen en la arteria hipogástrica y el tercio proximal de la vagina y tejido paracolpos y los cuatro niveles ganglionares de la pelvis, los ganglios iliacos, los obturadores, los hipogástricos y los ureterales. La decisión de si remover o no los ovarios deberá ser individualizado y basado en la edad de la paciente, estado menopáusico entre otros factores. Para mujeres Premenopáusicas (por ejemplo menor de 50 años), los ovarios generalmente no son removidos. Las metástasis a ovarios son muy raras en ausencia de metástasis a ganglios linfáticos o a otros sitios. (8)

En las pacientes en las que se detecta tempranamente el cáncer Cervicouterino, el enfoque del tratamiento quirúrgico es curativo y se puede lograr mediante tratamiento quirúrgico o radioterapia, sin que se hayan podido encontrar diferencias en la supervivencia global o en el tiempo libre de enfermedad entre estas dos modalidades, pero la radioterapia tiene una morbilidad diferente respecto la cirugía ya que esta última, por su naturaleza, no deja de ser un procedimiento que pueda tener complicaciones, en especial del tracto urinario.

En el caso de Cáncer Cervicouterino In situ y micro invasor (IA1), el tratamiento puede ser preservador mediante Cono terapéutico o histerectomía abdominal extrafascial (HTA PIVER I) sin disección ganglionar ya que menos del 3% de las pacientes en esta etapa presentan afección ganglionar y la tasa de curación es del 95%. En lesiones invasoras que clínicamente se estadifican como etapa temprana (IB1 y IIA1 y algunos IIA2 FIGO 2009) la Histerectomía Radical tipo PIVER III y la linfadenectomía pélvica bilateral son el tratamiento estándar, además de ser el tratamiento preferente en pacientes Premenopáusicas, en quienes es necesario conservar la función ovárica y en aquellas que padecen simultáneamente enfermedad pélvica que requiere intervención quirúrgica. Las pacientes de mayor edad con reserva funcional óptima pueden ser sometidas a cirugía, a condición de comorbilidades, obesidad o edad avanzada que contraindique la realización del procedimiento ya que en este caso las pacientes se benefician de tratamiento con Quimioterapia y radioterapia concomitantes. (9)

La histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral y la radioterapia pélvica radical suministran resultados oncológicos equiparables con tasas de curación de 85-95%, estado libre de enfermedad a los 5 años en 80-90%. Esta intervención implica un alto grado de dificultad y no está exenta de complicaciones transoperatorias ni postoperatorias, por lo que deben realizarla cirujanos expertos en cirugía pélvica. En general la operación tiene una duración de 3 horas, con una pérdida hemática promedio de 0.8 lts por lo que comúnmente requiere transfundir por lo menos una unidad de sangre y la mortalidad atribuible al procedimiento es menor a 1%. (9, 10,11)

Entre las complicaciones más graves de ésta intervención está la disfunción vesical, que desarrollan 20% de las pacientes y que se debe a la lesión de los nervios sensoriales y motores que inervan el músculo detrusor de la vejiga (la disfunción suele ser transitoria y cede en un lapso menor de 6 meses); la atonía vesical grave (4% de los casos); las fístulas urinarias, presentes en 4% de las pacientes (vesico-vaginal 2% y uretero-vaginal 2%); los linfoquistes (3%) ; tromboembolia pulmonar (1-2%) oclusión intestinal (1-2%) y fiebre

postoperatoria secundario a trombosis venosa profunda, infección pulmonar, celulitis pélvica, infecciones del tracto urinario o infección a partes blandas (25-50%). (11)

La proximidad del tracto urinario bajo , anatómicamente relacionado al cervix , incrementa considerablemente el riesgo de complicaciones y el desarrollo de fistulas.asi mismo la porción terminal del tracto digestivo , en posición contigua al útero requiere de especial atención durante la cirugía; finalmente la remoción del drenaje linfático , relacionado en intimo contacto con grandes vasos sanguíneos hace de esta una cirugía con riesgo de complicaciones, con una tasa de Morbilidad reportada de 37.5% y mortalidad menor al 1%. A nivel mundial se he prestado especial interés a los resultados de diferentes instituciones en cuanto su experiencia en el manejo quirúrgico de las pacientes tratadas con Cirugía HTA PIVER III en mujeres con CaCu en etapas operables.

En una revisión de 14 años realizada por los investigadores Breitbarg y Oliveira de pacientes con CaCu donde se analizo cuales fueron las complicaciones de la HTA PIVER III y linfadenectomia pélvica bilateral, notaron que la principal causa de morbilidad Intraoperatoria es el sangrado durante el procedimiento quirúrgico correspondiendo al 7.8% de las pacientes tratadas, con 1 muerte reportada a causa de esta misma complicación ; el 1.34% presento lesión ureteral y 1.34% lesiones al tubo digestivo. De las complicaciones postquirúrgicas la infección urinaria fue la que mas sobresale correspondiendo al 20.8%, 9.2% disfunción vesical, 2.9% fistula uretero vaginal y 0.6% fistula vesico vaginal, por último se obtuvo que los linfoquistes representan el 1.9% dentro de las complicaciones postoperatorias tardías. (12)

Este estudio es un ejemplo de que la histerectomía radical, es un procedimiento con porcentaje de complicaciones bajas y un método seguro para tratar a las pacientes con cáncer Cervicouterino en estadios operables. En Tailandia donde se realizó la revisión de casos de 290 mujeres con estadios 1B1, 1B2 y algunas IIA fueron sometidas a dicho procedimiento y se observó que en el postoperatorio el 19 % de las pacientes requirieron cateterización uretral por disfunción vesical al menos durante 2 semanas, el 14.5% durante 4 semanas sin embargo, más del 80% recupero la funcionalidad normal vesical. El 1.4% presento vejiga neurogénica y linfoquistes no complicados en 9.3%, los cuales únicamente requirieron manejo médico. Durante este estudio no se reportaron muertes por complicaciones inherentes del procedimiento. (14)

Finalmente , en un estudio publicado en Colombia con una revisión de 199 pacientes tratadas con HTA PIVER III y linfadenectomia pélvica bilateral con estadios IB y algunos IIA , se encontró que el tiempo quirúrgico estimado fue de 188 minutos, con un sangrado transoperatorio promedio de 316 ml ; de las pacientes tratadas el 9 % presento complicaciones intraoperatorias tales como lesiones a grandes vasos la arteria iliaca externa, vena iliaca primitiva con sangrado de más de 1 litro en estas pacientes. No se evidencio lesiones ureterales, ni a tubo digestivo. El 36.6 % presento complicaciones postoperatorias: la más frecuente correspondió a las fistulas urinarias en un 6.5%, linfedema en un 6% e infección en un 5%. 5 pacientes fueron reintervenidas en postoperatorio tardío por peritonitis. (15)

II. JUSTIFICACION

En el servicio de tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI, no se cuenta con estadísticas actualizadas y específicas, que demuestren cuáles han sido los resultados de las pacientes tratadas con histerectomía radical y cuáles son las principales complicaciones asociadas al procedimiento durante los últimos años.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tratamiento quirúrgico estándar en el manejo del cáncer Cervicouterino invasor con dimensiones iguales o menores de 4 cm es la histerectomía radical (PIVER III) con linfadenectomía pélvica bilateral. Este procedimiento no está exento de morbi-mortalidad y dentro de sus complicaciones más frecuentes destacan el sangrado transoperatorio, disfunción vesical, lesión ureteral, formación de fistulas entre otras.

Sin embargo, desconocemos las estadísticas en esta institución durante los últimos años. Dado que es un centro de referencia a nivel nacional, donde se atienden de 300 a 400 pacientes por año con cáncer Cervicouterino y de las cuales el 15% corresponden a etapas tempranas, consideramos es muy importante conocer cuáles son los resultados de las pacientes tratadas con histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral en nuestra institución.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la morbi - mortalidad asociada a Histerectomía Radical Piver III mas linfadenectomía pélvica bilateral en mujeres con Cáncer Cervicouterino en el servicio de Tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI?

V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Describir la morbi-mortalidad asociada a Histerectomía Radical Piver III más linfadenectomía pélvica bilateral en mujeres con Cáncer Cervicouterino en el servicio de Tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir cuál es la edad promedio en mujeres con Cáncer Cervicouterino tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía pélvica bilateral.

- Describir cuál es el tipo histológico más frecuente en mujeres con Cáncer Cervicouterino tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía pélvica bilateral.
- Describir cuál es el tiempo quirúrgico promedio en mujeres con Cáncer Cervicouterino tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía pélvica bilateral.
- Describir cuál es el sangrado transoperatorio promedio en mujeres con Cáncer Cervicouterino tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía pélvica bilateral.
- Describir cuales son las complicaciones transoperatorias y su frecuencia de presentación en mujeres con Cáncer Cervicouterino tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía pélvica bilateral.
- Describir cuales son las complicaciones postoperatorias y su frecuencia en las pacientes con cáncer Cervicouterino tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía Pélvica bilateral.
- Describir la mortalidad asociada en mujeres con Cáncer Cervicouterino tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía Pélvica bilateral

VI. MATERIAL Y METODOS

A .DISEÑO DEL ESTUDIO

Cohorte Descriptiva.

B. TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Retrospectivo, Retrolectivo, Descriptivo

C. POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes con Cáncer Cervicouterino tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía Pélvica bilateral atendidas en el servicio de Tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional siglo XXI de enero 2008 a julio 2013.

UNIVERSO

Todas las pacientes derechohabientes del IMSS con diagnostico histopatológico de Cáncer Cervicouterino que fueron tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía Pélvica bilateral de enero 2008 a julio 2013 en el servicio de Tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El muestreo se realizara a conveniencia de todos los casos a partir del mes de enero del 2008 a julio 2013.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cervicouterino que fueron tratadas con Histerectomía radical PIVER III más linfadenectomía Pélvica bilateral de enero 2008 a julio 2013 en el servicio de Tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI.

E. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no contaron con expediente clínico completo al momento de la recolección de datos
- Pacientes a quienes se les realizó histerectomía radical en otras unidades médicas y fueron referidas para recibir tratamiento adyuvante a esta unidad
- Pacientes con enfermedad recurrente que previamente hayan recibido tratamiento con QT y RT.
- Pacientes que hayan sido intervenidas mediante HTA PIVER III por abordaje laparoscópico.
- Pacientes con reporte histopatológico de origen diferente al Cáncer Cervicouterino (por ejemplo Endometrio).

F. VARIABLES

Universales: Edad, Estadio Clínico, Tipo histológico, sangrado transoperatorio, tiempo quirúrgico, complicaciones transoperatorias y postoperatorias, mortalidad.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte del mismo	Edad cumplida en años desde el nacimiento hasta la consulta	universal	cuantitativa	Número de años 1.-menores de 40 años 2.- mayores de 40 años
Estadio clínico	cantidad o grado de diseminación del cáncer en el cuerpo	Estadio determinado por exploración física y de acuerdo a la cual se determina el tratamiento de acuerdo a la FIGO 2009.	universal	Cualitativa ordinal	1. IB1 2. IIA
Tipo histológico	relativo a la <u>histología</u> , ciencia que estudia los tejidos orgánicos	De acuerdo a la clasificación de la OMS de los tipos histológicos de Ca Cu.	universal	Cualitativa nominal	1. Epiderm oide 2. Adenocar cinoma 3. Mixto
Sangrado	Pérdida de sangre que puede ser dentro o fuera del cuerpo	Cantidad de sangrado ocasionado desde el inicio de la cirugía hasta el término de la misma y que es ocasionado por el procedimiento quirúrgico.	universal	Cuantitativa	1.- menos de 500 ml 2.- mas de 500 ml
Tiempo quirúrgico	Tiempo que dura un procedimiento quirúrgico estimado desde la apertura de la piel hasta el cierre de	Duración del procedimiento quirúrgico	universal	Cualitativa nominal	1.- Menos de 5 hrs 2.- Más de 5 hrs

	la misma				
Complicaciones transoperatorias	Complicaciones que afectan a un paciente durante un procedimiento quirúrgico y pueden o no estar asociadas a la enfermedad de fondo.	Alteraciones secundarias al procedimiento quirúrgico y se presentan durante el desarrollo de la misma	universal	Cualitativa Nominal	1.- hemorragia 2.-lesion ureteral 3.-lesion vesical 4.-lesión a grandes vasos
Complicaciones postoperatorias	Es toda desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica	Toda aquella alteración inherente al procedimiento quirúrgico, pueden ser inmediatas (primeras 24 hrs a 1 semana) y tardías (1 semana a 40 días posterior a la cirugía)	universal	Cualitativa nominal	1.- fistulas uretero vaginales 2.- disfunción vesical 3.-linfocelos 4.-infeccion
Transfusión sanguínea	Es la transferencia de un componente sanguíneo de una persona (donante) a otra (receptor)	Transfusión de hemoderivados o sus componentes durante el procedimiento quirúrgico.	universal	Cualitativa nominal	1.- si 2.- no

G. METODOLOGIA

Previa solicitud y autorización por las autoridades del hospital para tener acceso a la fuente primaria de información, se utilizaron los expedientes clínicos obtenidos del departamento de archivo de todas las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral del mes de enero 2008 a julio 2013 en el servicio de Tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS.

H. ANALISIS ESTADISTICO

Los datos fueron recogidos por el médico residente titular de este estudio en un formato elaborado previamente (ver anexo 1), que contenía las variables necesarias para recabar la información y fue analizada en una base de datos que muestran una estadística de todos los casos, para ello se analizaron los datos mediante el uso de medidas como Media, Mediana y Moda los cuales serán presentados en forma de tablas y gráficas.

VII. RESULTADOS

Se revisaron un total de 41 expedientes, de los cuales únicamente fueron incluidos para el estudio 25 que correspondían a pacientes con Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino y las cuales fueron sometidas a Histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral del mes de enero 2008 a julio 2013 en el servicio de Tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS.

Se eliminaron 16 expedientes, ya que 8 resultaron ser pacientes sometidas al mismo procedimiento, en el mismo periodo sin embargo, el abordaje fue de tipo laparoscópico; 4 más correspondieron a pacientes quienes fueron sometidas a Histerectomía radical con Linfadenectomía pélvica bilateral, sin embargo estas tenían Diagnóstico de Cáncer endometrial EC II; 3 pertenecían a pacientes que fueron programadas para dicho procedimiento y durante el abordaje fueron re-estadificadas por involucro a ganglios retroperitoneales e invasión a pared pélvica y 1 expediente incompleto lo cual es un criterio de exclusión para entrar al estudio.

La edad promedio fue de 53 años con una mediana de 56.08 (rango 30-70). Para este estudio se dividieron en dos grupos a partir de los 40 años, por lo que el 88% correspondió a mayores de esta edad y el 12% en edad Joven (<40 años). Tabla 1.

Dentro de las comorbilidades se encontró que el 68% de las pacientes no presentaron ninguna comorbilidad, el resto (32%) presentaron hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2.

Con respecto a la etapa clínica (Tabla 2) en la que las pacientes se encontraban al momento del Diagnóstico, el 92% se encontraba en IB1 y 8% IIA1.

De la sintomatología previa al diagnóstico de CaCu reportada por las pacientes, 11 de ellas (44%) presentó hemorragia genital anormal; 10 pacientes no mostraron ninguna sintomatología (40%) , 2 manifestaron descarga genital (8%) ; 1 presentó disuria (4%) y 1 más (4%) refirió hemorragia postcoital.

Para el tipo histológico de las pacientes estudiadas, 52% pertenecieron al tipo histológico Adenocarcinoma del cérvix y el 48% al tipo epidermoide. (Tabla 3).

Del tipo de grado de diferenciación, 18 pertenecieron a pacientes con un tumor moderadamente diferenciado, 4 poco diferenciado y 3 al grupo de pacientes con tumor bien diferenciado. (Tabla 4)

En la tabla 5 se muestra el tiempo quirúrgico promedio que fue de más de 5 horas en 19 pacientes y en 6 con menos de 5 horas.

El sangrado promedio fue de más de 500 ml en 17 pacientes y menor a esta cantidad en 8.

Las complicaciones transoperatorias del procedimiento quirúrgico, en 12 casos no se reportó ninguna complicación y en 10 se presentó la hemorragia como principal evento transoperatorio, 2 pacientes tuvieron lesión a vasos iliacos y 1 paciente presentó lesión ureteral.

En el estudio se presentaron 20 casos de pacientes sin ninguna complicación postoperatoria y únicamente en 2 pacientes se observó la presencia fistula uretero vaginal como la principal complicación postquirúrgica y en 3 con disfunción vesical.

De acuerdo a la revisión de casos, se encontró que 15 pacientes requirieron transfusión de hemoderivados como parte del manejo transoperatorio y en 10 pacientes no se llegó a requerir esta medida.

Finalmente de las 25 pacientes estudiadas, sólo 1 defunción se reportó durante el transoperatorio a causa de shock hipovolemico.

Tabla 1. Edad de las pacientes.

EDAD	# PACIENTES	%
<40 años	3	12
>40 años	22	88

Tabla 2. Etapa Clínica al momento del Diagnóstico.

ETAPA CLINICA	# PACIENTES	%
A) IB 1	23	92
B) IB 2	0	0
C) IIA 1	2	8

Tabla 3. Tipo Histológico.

TIPO HISTOLÓGICO	# PACIENTES	%
A) Epidermoide	12	48
B) Adenocarcinoma	13	52
C) Mixto	0	0

Tabla 4. Grado de Diferenciación del tumor.

GRADO DE DIFERENCIACION	# PACIENTES	%
A) Bien diferenciado	3	12
B) Moderadamente diferenciado	18	72
C) Poco diferenciado	4	16

Tabla 5. Tiempo quirúrgico.

TIEMPO QUIRURGICO	# PACIENTES	%
A) <5 hrs	6	24
B) >5 hrs	19	76

Tabla 6. Sangrado durante el procedimiento quirúrgico.

CANTIDAD DE SANGRADO	# PACIENTES	%
A) < 500 ml	8	32
B) >500 ml	17	68

Tabla 7. Complicaciones transoperatorias.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	# PACIENTES	%
A) Hemorragia	10	40
B) Lesión Ureteral	1	4
C) Lesión vesical	0	0
D) Lesión a grandes vasos	2	8
E) Lesión intestinal	0	0
F) Ninguna	12	48

Tabla 7. Complicaciones postquirúrgicas.

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS	# PACIENTES	%
A) Fistula Uretero vaginal	2	8
B) Disfunción vesical	3	12
C) Linfocele	0	0
D) Infeccion	0	0
E) Ninguna	20	80

VIII. DISCUSION

En el servicio de tumores Ginecológicos del Hospital de Oncología Centro medico Nacional Siglo XXI del IMSS, se realizaron 25 Histerectomías Radicales con linfadenectomía pélvica bilateral para tratar a pacientes con Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino en etapa clínica IB1 y IIA1 en el periodo comprendido del mes de enero 2008 a julio 2013.

La edad promedio de nuestras pacientes estudiadas se encuentra entre los 53 años (rango 30-72 años) , en relación a los artículos publicados, en una serie de 346 pacientes del MD Anderson en el 2009 , donde se analizaron los resultados de pacientes sometidas al mismo procedimiento, el promedio de edad fue de 45.3 años con rango de 26 a 73 años. (5)

La etapa clínica al momento del Diagnóstico predominó la 1B1 correspondiendo al 92% de las pacientes estudiadas. Esto es comparable a lo reportado por Urrejola y Pierotic en un reporte de 153 pacientes sometidas a Histerectomía radical y linfadenectomia pélvica bilateral, donde el 75% de las pacientes se encontraban en EC 1B1. (6)

En la mayor serie de casos de morbilidad de la Histerectomía radical, se observó que el 60% de casos de cáncer Cervicouterino, corresponde a la histología de tipo Epidermoide y el 30% a Adenocarcinoma endocervical ; no así en nuestro estudio, en donde curiosamente encontramos que el 52% de los casos tenían CaCu de tipo Adenocarcinoma y el 48% a la estirpe epidermoide.(7)

El tiempo promedio de el procedimiento quirúrgico en la revisión de casos fue de más de 5 hrs (> 300 minutos), caso contrario a todas las series reportadas , con un tiempo promedio para el procedimiento de 3 hrs. (9,10,11).

La cantidad de sangrado promedio que se encontró en nuestra revisión fue de más de 500 ml (68%) esto relacionado al tiempo quirúrgico de más de 5 hrs ya mencionado (76%) y comparable en una de las series reportadas de Landoni en el 2001, con 109 pacientes donde se reportó un sangrado promedio de 800 ml ; podría suponerse, que para las pacientes de nuestro estudio por tener, mas sangrado y más tiempo quirúrgico, se esperaría mayor tasa de complicaciones transoperatorias, sin embargo representó el 52% , siendo la hemorragia como la principal complicación, el 4% presentaron lesión ureteral , y en 2 pacientes (8%) , tuvieron lesión a grandes vasos , en esta caso a vasos iliacos ; El 48% no presento ninguna complicación.

A nivel internacional se encuentra demostrado que la disfunción vesical, es la principal complicación postoperatoria, correspondiendo a un 20% de los casos y las fistulas ureterales menos de 2%, vesicales 2% y linfoquistes del 3%. Cuando realizamos la revisión de las complicaciones postoperatorias, en nuestras pacientes tratadas, encontramos que únicamente 2 pacientes de 25 (8%) presentaron fistulas uretero vaginales y en 3 mostraron disfunción vesical, principalmente retención urinaria en el posoperatorio (12%) ; todas las pacientes, recibieron el adecuado manejo y tratamiento, posteriormente y durante el seguimiento sin más complicaciones y actualmente en seguimiento multidisciplinario. Caí y colaboradores reportaron en una serie de 480 pacientes en una revisión durante 2009, a la disfunción vesical como principal complicación siendo del 12.9% , lesión ureteral 0.8% ,

lesión vesical 0.8% , fistulas ureterales del 1%. Pudiendo notar que la tasa de complicaciones en nuestras pacientes, no se encuentran lejos de lo ya publicado y revisado en otros estudios internacionales.

IX. CONCLUSIONES

El cáncer Cervicouterino, ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad en mujeres por Cáncer en nuestro país. El 15% de las pacientes Diagnosticadas, se encuentran en estadios tempranos operables, correspondiendo a la EC 1B1 como la más importante representando el 92% de las pacientes tratadas con Histerectomía Radical (PIVER III) y linfadenectomía pélvica bilateral en nuestro estudio.

El promedio de edad fue de 53 años. Correspondiendo el 88% a pacientes en estado postmenopáusico (mayores de 40 años). Durante el estudio notamos que el 68% de las pacientes no tenía ninguna comorbilidad al momento del diagnostico.

El procedimiento quirúrgico, no se encuentra libre de complicaciones, por lo que representó el 8% de la frecuencia de morbilidad.

El tipo histológico que más se presentó fue de tipo Adenocarcinoma, contrario a lo que se esperaba encontrar, en relación a las series de casos internacionales, donde se ha observado que la estirpe histológica más frecuente ha sido la de tipo Epidermoide y en segundo lugar, al Adenocarcinoma.

El sangrado promedio encontrado fue de más de 500 ml, con un promedio de tiempo de cirugía de más de 5 horas (300 minutos).

La principal complicación transoperatoria fue la hemorragia, requiriéndose en un 60% de los casos, al menos la transfusión de 1 concentrado eritrocitario. Únicamente 2 pacientes requirieron manejo por el servicio de Terapia intensiva. El 4% presentó lesión ureteral en el transoperatorio y el 8% presentó lesión a grandes vasos durante el procedimiento.

Se observó que similar a lo reportado el 8% de las pacientes presentaron fistula uretero vaginal, 12% manifestó disfunción vesical en el postoperatorio tardío y el 80% fue egresada sin ninguna complicación. Ninguna de las pacientes requirió la utilización de catéter uretral más allá de los 40 días de postoperatorio. Durante el análisis de los resultados, se pudo observar que se presentó una muerte en este período por hemorragia y shock hipovolemico durante el transoperatorio. Correspondiendo a lo reportado a nivel internacional con un promedio de mortalidad del 4%.

Podemos concluir a nuestro estudio, que la Histerectomía radical (PIVER III) más linfadenectomía pélvica bilateral ,que se le ofrece a las pacientes con Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino en etapas IB1 y IIA1 (algunos casos) , es un procedimiento seguro y que el promedio de complicaciones en nuestro hospital, no dista de los reportes internacionales.

X. BIBLIOGRAFIA

1. International Agency for Research in Cancer. Globocan 2008. Estimated Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-adjusted life years (DALYs) Worldwide in 2008. Visitado 2013 Dic 23. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
2. Abrão FS, Breitbart RC, Oliveira AT, Vasconcelos FA. Complications of surgical treatment of cervical carcinoma. *Braz J Med Biol Res* 1997;30:29-33.
3. Pikaart DP, Holloway RW, Ahmad S, Finkler NJ, Bigsby GEt, Ortiz BH, et al. Clinical-pathologic and morbidity analyses of Types 2 and 3 abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2007;107:205-10.
4. Powell JL, Burrell MO, Franklin EW 3rd. Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 1981; 12:23.
5. Symmonds RE. Morbidity and complications of radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection. *Am J Obstet Gynecol* 1966;94:663-78.
6. Timmer PR, Aalders JG, Bouma J. Radical surgery after preoperative intracavitary radiotherapy for Stage IB and IIA carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1984;18:206-12.
7. Zander J, Baltzer J, Lohe KJ, Ober KG, Kaufmann C. Carcinoma of the cervix: an attempt to individualize treatment. Results of a 20-year cooperative study. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:752-9.
8. Sivanesaratnam V, Sen DK, Jayalakshmi P, Ong G. Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy for early invasive cancer of the cervix - 14-year experience. *Int J Gynecol Cancer* 1993;3:231-8.
9. Bosze P, Meszaros I, Palfalvi L, Ungar L. Perioperative complications of 116 radical hysterectomies and pelvic node dissections. *Eur J Surg Oncol* 1993;19:605-8.
10. Ware RA, van Nagell JR. Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy: indications, technique, and complications. *Obstet Gynecol Int* 2010:1-9.
11. Monk, BJ, Tewari, KS. Invasive cervical cancer. In: *Clinical Gynecologic Oncology*, 7th ed, DiSaia, PJ, Creasman, WT (Eds), Mosby Elsevier, Philadelphia 2007. p. 81.
12. Manchana T, Sirisabya N, Lertkhachonsuk R, Worasethsin P, Khemapech N, Sittisomwong T, et al. Long term complications after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy. *J Med Assoc Thai* 2009;92:451-6
13. Averette HE, Nguyen HN, Donato DM, Penalver MA, Sevin BU, Estape R, et al. Radical hysterectomy for invasive cervical cancer. A 25-year prospective experience with the Miami technique. *Cancer* 1993; 71:1422-37.
14. Matsuura Y, Kawagoe T, Toki N, Tanaka M, Kashimura M. Long-standing complications after treatment for cancer of the uterine cervix--clinical significance of medical examination at 5 years after treatment. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:294-7.

15. Mann WJ, Vogel F, Patsner B, Chalas E. Management of lymphocysts after radical gynecologic surgery. Gynecol Oncol 1989; 33:248.

ANEXO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA:

NOMBRE DE LA PACIENTE:

EXPEDIENTE:

1.-EDAD:

2.- COMORBILIDADES:

A) OBESIDAD B) HAS C) DM2 D) NINGUNA

3.-ETAPA CLINICA AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO:

- A) IB1 Lesión clínicamente visible menor o igual a 4 cm en su dimensión mayor.
- B) IB2 Lesión clínicamente visible mayor de 4cm en su dimensión mayor.
- C) IIA1 tumor menor de 4 cm con o sin extensión a fondos de saco , sin invasión parametrial

4.-SINTOMATOLOGIA:

- A) ASINTOMATICA B) DOLOR C) HEMORRAGIA GENITAL ANORMAL
- D) HEMORRAGIA POSTCOITO E) DESCARGA GENITAL
- E) OTRO: _____

5.-EXAMEN DIAGNOSTICO:

- A) CITOLOGIA CERVICAL B) COLPOSCOPIA
- C) BIOPSIA D) LEC
- E) OTRO: _____

6.-TIPO HISTOLOGICO:

- A) EPIDERMOIDE B) ADENOCARCINOMA C) MIXTO
- D) OTRO: _____

7.-GRADO DE DIFERENCIACION:

- A) BIEN DIFERENCIADO B) MODERADAMENTE DIFERENCIADO
- C) POCO DIFERENCIADO

8.- FECHA DE HISTERECTOMIA RADICAL: _____

9.-SANGRADO TRANSOPERATORIO: A) MENOR A 500 ML B) MAYOR A 500 ML

10.-TIEMPO QUIRURGICO PROMEDIO: A) MENOS DE 5 HRS B) MAS DE 5 HRS

11.-COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS: A) .- HEMORRAGIA B) .-LESIÓN URETERAL C) .-LESIÓN VESICAL
D).-LESIÓN A GRANDES VASOS E) LESIÓN INTESTINAL F) NINGUNO

12.- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: A) FISTULAS URETERO VAGINALES B) DISFUNCIÓN VESICAL
C) LINFOCELES D) INFECCIÓN E) NINGUNA

13.- ¿REQUIRIO TRANSFUSIÓN? A) SI B) NO

14.- INGRESO A UCI: A) SI B) NO

C)ESPECIFIQUE

EL

MOTIVO: _____

15.- LA PACIENTE PRESENTO FALLECIMIENTO A CAUSA DIRECTA DEL PROCEDIMIENTO?

A) SI B) NO

