

11217

122

2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

HISTERECTOMIA RADICAL
ANALISIS DE LA EXPERIENCIA EN
EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA N^o. 3 DEL CENTRO
MEDICO LA RAZA. IMSS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. LUIS REYNOSO AGUIRRE

ASESOR DE TESIS:

DR. DE LA FUENTE MANTLEY JOSE LUIS

DR. RAMON DELGADO

COLABORADOR: DR. LOPEZ MUÑOZ RUBEN



IMSS

MEXICO, D. F.

1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11217
122
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

HISTERECTOMIA RADICAL
ANALISIS DE LA EXPERIENCIA EN
EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA No. 3 DEL CENTRO
MEDICO LA RAZA, IMSS



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
**ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A
DR. LUIS REYNOSO AGUIRRE

ASESOR DE TESIS:
DR. DE LA FUENTE MANTEY JOSE LUIS
DR. RAMON DELGADO
COLABORADOR: DR. LOREZ MUÑOZ RUBEN



IMSS

MEXICO, D.F.



1995

CENTRO MEDICO LA RAZA
Unidad de Gineco-Obstetricia
Jefe de Enseñanza e Investigaciones

TESIS: HISTERECTOMIA RADICAL

Análisis de la experiencia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico La Raza. IMSS.

PRESENTA: DR. REYNOSO AGUIRRE LUIS.

Médico residente del 3er. año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.

ASESORES: DR. DE LA FUENTE MANTEY JOSE LUIS.
ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA GINECOLOGICA.
DR. RAMON DELGADO.
ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA.

COLABORADOR: DR. LOPEZ MUÑOZ RUBEN.
MEDICO RESIDENTE DE 3er. AÑO.

DEPARTAMENTO: ONCOLOGIA GINECOLOGICA DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3 DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA". IMSS. 1995.

HISTERECTOMIA RADICAL:

**Análisis de la experiencia en el Hospital
de Ginecología y Obstetricia No. 3 del
Centro Médico " La Raza ". IMSS.**

A mí padre y hermanos, quienes orientaron y respaldaron mi educación.

A mí comprensiva esposa Lety y mi hija Ana Paola, quienes me apoyaron en esta empresa, y - porque también es una forma de decirles que las amo.

Al Dr. Ramon Delgado, por su inspiración como maestro, colega y amigo. En prueba de reconocimiento y cordial afecto.

Lo que ha sucedido, sucederá de nuevo
Lo que se ha hecho, está aún por hacer
Nada bajo el sol es eternamente nuevo.

Eclesiastes 1:9

El que no sabe lo que busca
no entiende lo que encuentra.

C. Bernard.

INDICE DE CONTENIDO

1- Presentación.....pp	1
2- Título.....	2
3- Dedicatorias y agradecimiento..	3
4- Introducción.....	5
5- Planteamiento del problema.....	8
6- Hipotesis de trabajo.....	9
7- Material.....	10
8- Método.....	11
9- Resultados.....	12
10- Análisis de resultados.....	25
11- Bibliografía.....	29.

INTRODUCCION

Desde el tamaño del trabajo de Joe V. Meigs, de la Universidad de Harvard, quien inició en 1944 el uso de la histerectomía radical en los Estados Unidos, adaptandose poco tiempo después la técnica de la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica. Algunos investigadores confirmaron que la histerectomía radical parece ser más efectivo y aceptable método para el tratamiento selecto de pacientes con estadios IB y IIA del CaCu.

En 1974, Piver y Rutledge, definieron 5 clases de histerectomías ampliadas, definiendo los criterios para cada una de ellas, a saber: la clase I está indicada generalmente para el CaCu in situ y en los verdaderos carcinomas del cuello uterino; clase II, el objetivo es la extirpación de más tejido paracervical preservando la mayor parte de la vascularización de los ureteres y vejiga, ligando la arteria uterina medialmente al ureter; la clase III supone una excisión amplia radical de los tejidos parametriales y paravaginales, además de la extirpación del tejido linfático pélvico. Se liga la arteria uterina en su punto de origen desde la arteria iliaca interna. En la disección del ureter del ligamento paravesical se toman precauciones para preservar el ligamento manteniendo con ello cierto aporte sanguíneo adicional al ureter. El riesgo de formación de fístulas se ve reducido por la conservación de la arteria vesical superior, junto con aporte del ligamento pubovesical asociado. Se extirpan los ligamentos uterosos en la pared lateral de la pelvis. Se extirpa la mitad superior de vagina. Indicada en estadios IB y IIA del CaCu. Las histerectomías tipo IV y V son indicadas en estadios mayores, requiriendo una mayor disección de tejidos. (1).

Con el incremento de la educación de las pacientes y programas extendidos de protección, el CaCu es detectado en estadios tempranos, como resultado, más pacientes pueden ser candidatas para cirugía para eliminar estos tumores por histerectomía radical más linfadenectomía pélvica, esto es auxiliar y esencial en pacientes jóvenes en quienes se desea preservar la función de los ovarios y/o vagina (2).

Refinamientos de técnica quirúrgica, complementadas con avances de anestesia, monitoreo hemodinámico e invasivo y un componente sanguíneo reducen sustancialmente la morbilidad de la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica. La histerectomía radical con linfadenectomía pélvica es curativa en 75-90% en pacientes con estadio IB de la FIGO, presentando recurrencia tienen mal pronóstico y para el estadio IIA 54%. (3).

Puesto que la realización de la cirugía implica una mayor extirpación de tejido, esto acarrea complicaciones dentro de las cuales se encuentran: aumento de la temperatura, neumonía, infección de la herida, infección de cúpula vaginal, trombosis venosa profunda, linfocitosis, hematomas, atonía rectal, embolia pulmonar, abscesos intrabdominales fístulas. Dentro de las alteraciones urodinámicas se encuentran las lesiones del músculo detrusor y lesiones del esfínter uretral como resultado directo de lesiones a ambos niveles con pérdida de soporte vesico-uretral, que también puede ser provocada por lesión del nervio motor sensorial y del plexo hipogástrico, las cuales pueden manifestarse clínicamente por disuria con volumen residual de orina así como incontinencia, es real que se presente una disfunción en el postoperatorio y de este modo hacer posible la prevención de algunas complicaciones como la distensión e infección, se hace necesario el uso de drenajes, cateterización intermitente así como el uso de colinérgicos en caso de denervación. (4).

Otros factores que influyen en la morbilidad son problemas médicos previos existentes en las pacientes como son la hipertensión arterial sistémica crónica, diabetes mellitus, cardiopatías, pulmonares, renales así como malignidad previa. De acuerdo a estudios en obesas, estas contribuyen a una mayor morbilidad. La edad no influye en la realización de la histerectomía no habiendo contraindicación. (5)(6).

Los factores de riesgo más significativos son los ganglios linfáticos metastásicos siendo de peor pronóstico, con 1-4 disminuye la supervivencia a 43% a 5 años y más de 5 a 19%. El volumen (mayor o igual a 4 cm) muestran un incremento local de recurrencia de 5 para 40%, con penetración del estroma (4 de 27%), cuando abarca el segmento uterino inferior decrece los 5 años de supervivencia de 95 a 55%, la permeación vascular y linfática también reduce de 93 a 70%. El tipo histológico también tienen impacto, el diámetro de la lesión, los tumores de 1 cm y con 1-2 ganglios envueltos tienen excelente pronóstico, no así, a los de más de 4 cm y/o más de 2 ganglios ya que son de alto riesgo para recurrencia, el grado de diferenciación, márgenes claros. (7)(8)(9).

En la literatura, la supervivencia a 5 años es de aproximadamente 26% en pacientes con metastásis ganglionar periaortica hasta reportes que alcanzan 50% con una media de tiempo de 10 a 29 meses tras cirugía y radioterapia. Con un 10.6% de incidencia de ganglios periaorticos en estadios IB y IIA. Con 75% de recurrencia a distancia. La quimioterapia es propuesta en pacientes con ganglios periaorticos positivos.(10).

Cuando las metastásis de ganglios periaorticos son descubiertos por laparatomía para histerectomía radical planeada, la cirugía generalmente es abandonada y la radiación es indicada. El desarrollo de metastásis a distancia tempranamente sugieren presencia de enfermedad sistémica al tiempo del diagnóstico, la radioterapia con campo amplia- do puede mejorar la supervivencia. (11)(12).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se busca analizar la experiencia en el tratamiento con cirugía radical y linfadenectomía pélvica bilateral en pacientes portadoras de carcinoma cervicouterino, tratadas en el - Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza", en un lapso comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1994. Dando continuidad al estudio previo realizado en la misma unidad que comprendió un período de 5 años previos.

HIPOTESIS

Dado que las pacientes con Carcinoma Cervicouterino se presentan en etapas ó estadios avanzados y pocas en iniciales (IB menor de 5 centímetros) para su tratamiento, se trata de valorar los resultados de la cirugía, su seguimiento, así como su correlación clínico patológica, formación de curvas de sobrevida y su comparación con la literatura mundial.

MATERIAL

Se analizarán todos los expedientes clínicos de las pacientes a las cuales se les sometió a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica (Operación de Werthein/Meigs) efectuadas en el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico La Raza, entre febrero de 1990 a diciembre de 1994, analizando datos en relación a indicación de cirugía, condiciones médicas, evolución, complicaciones, sobrevida, reportes histopatológicos, causas de defunción actividad tumoral, del servicio de Oncología.

Una vez obtenidos los datos, se efectuara un análisis comparativo entre los diversos factores para buscar correlaciones de interés entre factores en la selección o manejo operativo, aparición de complicaciones y la realización de curvas de sobrevida.

METODO

Se analizarán todos los expedientes clínicos sometidos a Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral, sus reportes histopatológicos en un período comprendido de 1990 a 1994.

Se analizarán las siguientes variables:

I-Preoperatorios

Edad

Factores predisponentes

Diagnóstico Histológico (estirpe)

Volumen tumoral

Estadio clínico

Presencia de padecimientos médicos asociados y cuales, si se encuentran estables o no, riesgo quirúrgico.

Estudio preoperatorio completo de las vías urinarias.

Obesidad.

II-Intraoperatorios

Hallazgos

Pérdida hemática transoperatoria

Transfusiones

Accidentes intraoperatorios (lesiones vesicales, urinarias, intestinales, nerviosas, etc.)

Sistema de drenaje retroperitoneal: Abierto o cerrado.

Sistema de drenaje urinario utilizado.

Manejo antibiótico.

III-Postoperatorias

Evolución postoperatoria: morbilidad febril, días estancia.

Evolución postoperatorio tardío: aparición de complicaciones

urinarias (estrecheces, fístulas, infecciones repetidas y manejo).

Intestinales y su manejo.

Otras complicaciones: Ileo, infección de la herida quirúrgica, eventraciones.

Reporte Histológico:

Reporte definitivo

Corroboración diagnóstica

Variedad histológica

Número de ganglios extirpados por linfadenectomía

Número de ganglios afectados.

Evolución a largo plazo:

Pacientes vivas, libres de actividad tumoral y tiempo de evolución.

Vivas con actividad tumoral.

Muertas con actividad tumoral.

Muertas sin actividad tumoral.

Estado actual.

Fecha de detección.

Intervalo libre de enfermedad.

Forma de detección.

Monitorización de las respuestas al tratamiento.

Tratamiento instituido.

Evolución con el manejo.

Cuántas pacientes se encuentran con nosotros.

Cuántas se encuentran pérdidas.

Análisis estadístico con datos obtenidos, con presentación de barras y datos numéricos.

RESULTADOS

TABLA 1

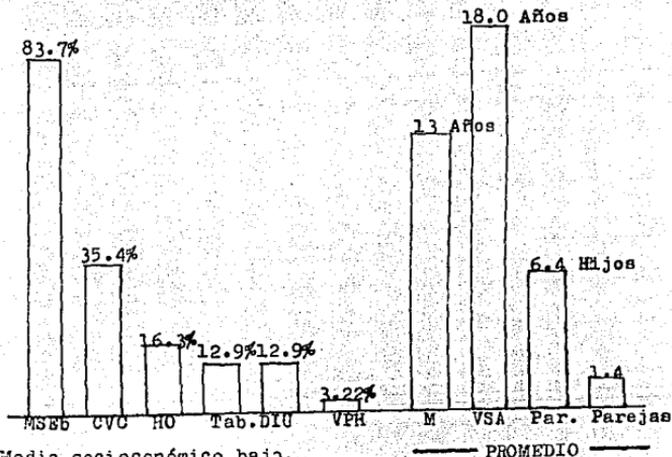
GRUPOS EPIDEMIOLOGICOS FEMENINOS

GRUPOS ETARIOS	FEMENINO	%	TOTAL
+ 65 años	-	-	-
45 - 64	15	48.3	15
25 - 44	16	51.7	16
15 - 24	-	-	-
TOTAL:	31	100%	31

Fuente: expediente clínico de las pacientes.

GRAFICAL

FACTORES DE RIESGO

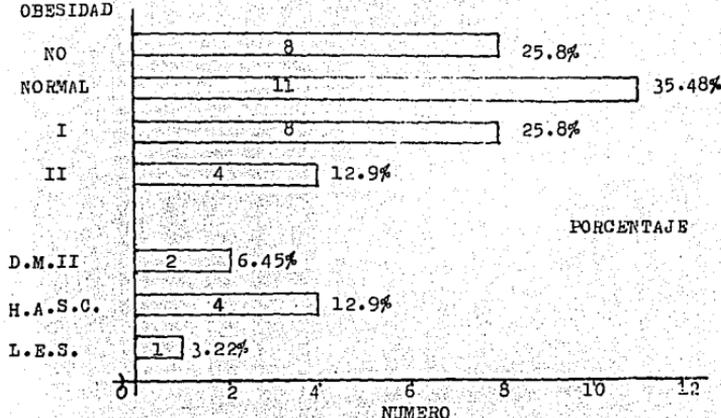


MSB=Medio socioeconómico bajo.
 CVC =Cervico-vaginitis crónica.
 HO =Hormonales orales.
 Tab.=Tabaquismo.
 VPH =Verruga.
 Par.=Paridad.

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA 2
OBESIDAD

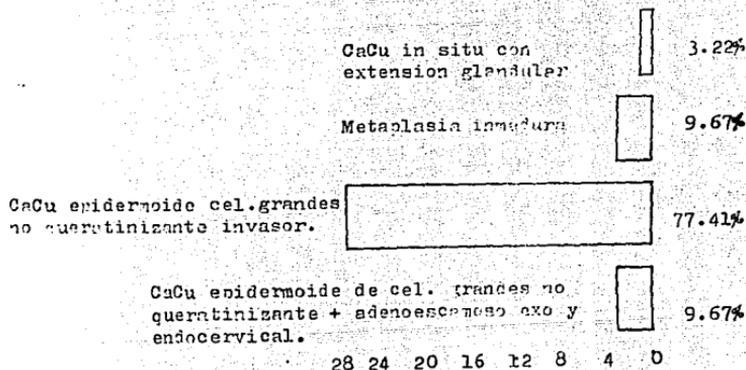
PADECIMIENTOS ASOCIADOS



Fuente: expediente clínico de las pacientes.

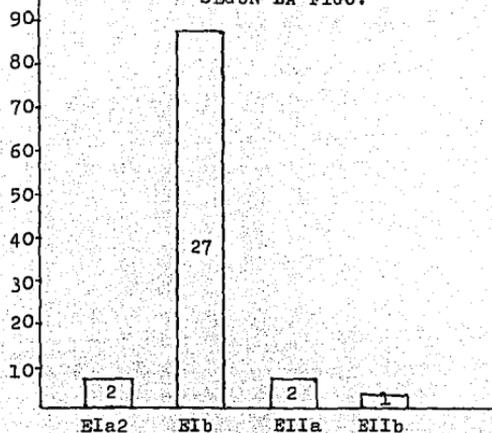
GRAFICA 3:

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO



Fuente: libros de archivo, del servicio de Patología, del H.G.O. No.3 CMR.

GRAFICA 4: ESTADIAJE CLINICO
SEGUN LA FIGO.



ESTADIAJE

Fuente: expediente clínico de las pacientes. IMSS.

GRAFICA 5: HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

PADECIMIENTO	No. CASOS	%
Organos pélvicos nl.	21	67.7%
Enfermedad adherencial.	4	12.9%
Poliquistosis ovarica.	3	9.6%
Parametrio indurado izq.	1	3.22%
Hidrocolecisto	1	3.22%
Organos atroficos	1	3.22%

Fuente: Hojas 4-30-59/72 de expedientes IMSS.

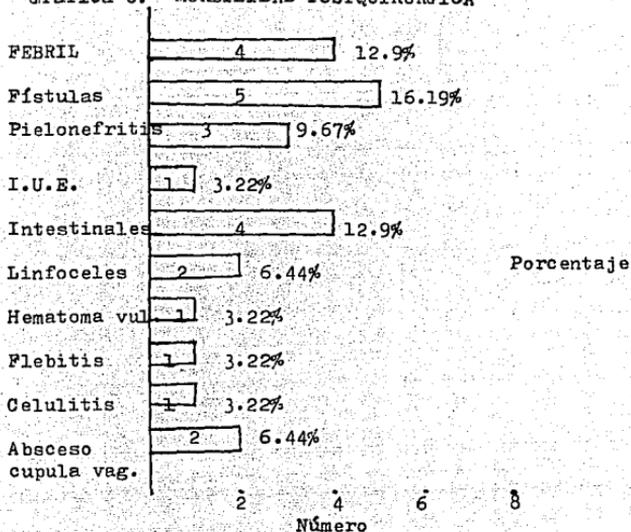
CUADRO 2:
Tamaño tumoral en relación a ganglios positivos y
estado IA2 - IIA.

Tamaño	Negativos	Positivos	Total
-1 cm	0/5	0/5	0/5
1 cm	0/16	1/16	1/16
2 cm	0/2	0/2	0/2
3 cm	0/2	0/2	0/2
5 cm	0/2	0/2	0/2
	0/27	1/27	1/27

Nota: en 4 pacientes no se encontro reporte del tamaño tumoral en expedientes.

Fuente: reportes de archivo del servicio de patología del H.G.O. No. 3 del CMR.IMSS.

Gráfica 6: MORBILIDAD POSTQUIRURGICA



Fuente: Hojas de evolución de expedientes, IMSS.

Cuadro 3:

DRENAJES

PERFIL	ABIERTO	GERRADO
	15	14
Edad (promedio)	46.73	43.64
Tipo celular tumoral:		
Garcinoma de cel.escam.	14 (93.3%)	12 (85.7%)
Adenocarcinoma	1 (6.6%)	2 (14.2%)
Sangrado estimado (promedio)	1236.6 c.c.	1467.8 c.c.
Transfusiones (promedio)	213.3 c.c.	535.7 c.c.
Morbilidad:		
Infec. pélvicas	0	0
Fébril	2	2
Fístula V-V	3	0
Fístula trígono	1	0
Pielonefritis	0	3
Linfocelos	2	0

Fuentes: expedientes de las pacientes, IMSS.

RESULTADOS

Se incluyeron en el presente estudio a 14 pacientes a las cuales se les realizó Histerectomía Radical con linfadenectomía pélvica bilateral, entre febrero de 1990 a diciembre de 1994, así como a 19 pacientes que se les realizó el mismo procedimiento quirúrgico - entre enero de 1985 a enero de 1990, dando un total de 31 pacientes para poder llevar a cabo el análisis comparativo entre los diversos factores de interés y la realización de curvas de supervivencia.

La edad encontrada en las pacientes fue como mínima 29 años y máxima de 63 años, con un promedio de 43.22 años, por grupo epidemiológico se encontró 16 pacientes entre edades de 25 a 44 años representando un 51.62% y 15 pacientes entre los 45 a 64 años con un 48.38%.

De los factores de riesgo encontrados figuran el medio socioeconómico bajo en 26 pacientes de las 31 pacientes con 83.87%, con medio socioeconómico medio bajo a 5 de las 31 pacientes con 16.31%; El tabaquismo se encontró en 4 de las 31 pacientes con un 12.9%; la cervicovaginitis crónica en 11 de las 31 pacientes con un 35.48%; virus del papiloma humano en 1 paciente con 3.22%; en cuanto a la aparición de la Menarca se encontró una aparición mínima a los 9 años de edad y una máxima a los 17 años, con un promedio de 13.06 años; El inicio de las relaciones sexuales, se encontró una mínima a edad de 13 años y una máxima a los 25 años, con un promedio de 18.06 años, de las cuales 19 iniciaron antes de los 18 años con 61.29% con un promedio de 16.15 años, mientras que 12 la iniciaron posterior a los 18 años con un promedio de 21.08 años y un 38.7%; El número de parejas sexuales, un mínimo de 1 y un máximo de 3, con un promedio de 1.48 parejas, se encontró 13 pacientes con 2 parejas sexuales, 1 con 3 y 17 con 1 pareja arrojando un porcentaje de 41.94%, 3.22% y 54.84% respectivamente; Paridad mínima de 1 y una máxima de 16 con un prome

dio de 6.48 hijos.

Padecimientos asociados se encontraron 2 pacientes con Deabetes Mellitus tipo II, 5 con hipertensión arterial sistémica crónica y 1 lupus eritematosi sistémico, todas controladas.

En planificación familiar usado previo a la cirugía se encontró que 14 pacientes no llevaba método alguno, con un 45.16%, 8 se les efectuó OTB con 25.8%, DIU en 4 con 12.9% y uso de hormonales orales en 5 con 16.31%.

En cuanto a diagnóstico histológico se encontró a 24 pacientes de 31 pacientes con Carcinoma de cuello uterino epidermoide de células grandes no queratinizante invasor arrojando un porcentaje de 77.41%, de las cuales en definitivo se corroboró en 95.8% ya que 1 fue CaCu in situ; 3 de 31 pacientes con 9.67% con diagnóstico de CaCu epidermoide de células grandes no queratinizante invasor más adenocarcinoma exo y endocervical, de los cuales en definitivo resultaron ser adenocarcinomas; 3 de 31 pacientes con diagnóstico de CaCu in situ con extensión glándular; 1 de 31 pacientes con metaplasia inmadura. Por otra parte, se encontró en el grupo 24 pacientes 1 doble primario siendo CaCu epidermoide de células grandes no queratinizante invasor y adenocarcinoma endocervical y otro doble primario siendo CaCu epidermoide de células grandes no queratinizante invasor y Ca de vulva in situ.

En estadio clínico según nomenclatura de la FIGO, se les clasificó de la siguiente manera: E1a2 a 2 pacientes con 6.45%; E1b a 27 con 37.09%; E1Ia a 2 pacientes con 6.45% y E1Ib a 1 paciente con 3.22%.

En cuanto a la obesidad encontrada en las pacientes tenemos a 11 pacientes de 31 con peso normal con 35.48%; grado I a 8 pacientes con 25.8%; grado II a 4 pacientes con 12.9%; ninguna en grado III; y 3 pacientes con 25.3% a las cuales no se les tomó o peso antes de la cirugía.

Dentro de los hallazgos transoperatorios se encontraron a 21 pacientes de 31 con órganos intrapelvicos normales con 67.7%; 4 con enfermedad adherencial con 12.9%; 3 pacientes con poliquistosis ovarica con 9.67%; 1 parametrio indurado izquierdo con Diverticulo de Meckel; 1 hidrocolecisto y 1 paciente con órganos atróficos.

La pérdida hemática transoperatoria, se encontró una mínima de 150 c.c. y una máxima de 3500 c.c. con un promedio de 1 272 c.c. . Mientras que en cuanto a transfusiones, una mínima de 300 c.c. y una máxima de 1200 c.c., con un promedio de 665 c.c. por cirugía.

Se presentaron 5 pacientes de 31 con un 16.12%, con accidentes transoperatorios a saber: 1 lesión incidental de vejiga, una ligadura de la arteria vesical anterior derecha, 1 lesión de uretero izquierdo, 1 sangrado de plexos venosos y 1 lesión incidental de vena iliaca externa. No hubo muertes transoperatorias.

En cuanto al sistema de drenaje utilizado ya sea abierto o cerrado, se encontró a 15 de 31 pacientes con sistema abierto con 48.4%, de las cuales 2 se complicaron con linfocèle al octavo y novenos días postoperatorios, este sistema una permanencia de 3 días como mínimo y una máxima de 6 días con un promedio de 4.8 días. En cuanto al sistema cerrado, fué aplicado en 14 pacientes con 45.16%, con un mínimo de 3 días y máxima de 10 días con un promedio de 6.28 días, en la cual no hubo complicaciones. En 2 pacientes no se encontró reporte alguno sobre sistema aplicado.

El sistema de drenaje de las vías urinarias en el 100% de las pacientes fué la sonda Foley, teniendo como mínimo 4 días y máxima de 35 días, con un promedio de 11.2 días.

El manejo antibiótico empleado fué ampicilina y gentamicina en 14 pacientes con mínima de 3 días y máxima de 10 días con un promedio de 6.4 días. Cefotaxima en 6 pacientes con mínima de 3 días y máxima de 10 días con un promedio de 4.16 días. Gentamicina en 5 pacientes con

Mínima de 3 días y máxima de 9 días con un promedio de 5.8 días en 3 pacientes no se aplicó ningún antibiótico.

En el postoperatorio inmediato, la morbilidad fébril encontrada en 4 pacientes las cuales representaron 12.9%, 1 debida a faringoamigdalitis aguda al 3er día de estancia hospitalaria - postquirúrgica, 1 a absceso de cúpula vaginal manejándosele médicamente, en 2 no se encontro causa alguna y en una de ellas se prolongo su estancia por 13 días en el postoperatorio a ambas - se les manjo con doble esquema de antimicrobianos (ampicilina y gentamicina).

Los días de estancia hospitalaria encontrada fué como mínimo 4 días y máxima de 13, con un promedio de 7.5 días.

Dentro de las complicaciones tardias se encontraron 5 fístu las representando un porcentaje de 16.12%: 1 uretrovaginal que se presento al 22o. día del postoperatorio y manejada con sonda de Foley actualmente; 1 uretrovaginal a los 30 días del postope- ratorio 1 año después de la cirugía radical y actualmente con - sonda Foley suprapubica; 1 fístula también uretrovaginal acceci da 2 meses tras la cirugía a la cual se le efectuo uretostomía y actualmente con hidronefrosis; y otra uretrovaginal también - manejada con uretostomía a los 3 meses de la cirugía radical - con buena evolución; y una última a nivel de trigono vesical en la cual no se reporta el manejo. 3 Pielonefritis: de las cuales 2 evolucionaron a hidronefrosis (una a los 2 años y otra a los 11 meses tras la cirugía) y de éstas a n-frectomía en 1, y otra que evoluciono satisfactoriamente a manejo médico con doble es- quema de antibióticos (ampicilina y gentamicina). Disuria oca cional a los 9 meses tras cirugía a la cual se le mantiene en observación. Una paciente con incontinencia urinaria, tras cirugía

al 3er día de la misma, al 5o. mes presenta retención aguda de orina e hidronefrosis la cual es manejada actualmente con sonda Foley suprapúbica. L vejiga neurogénica que es manejada por Urología.

Dentro de las complicaciones intestinales encontramos: 2 distensiones abdominales, 1 estreñimiento, 1 rectorragia postradioterapia que cedieron a manejo conservador. 2 linfocelos, los cuales se presentaron al 9o. día tras la cirugía radical y la otra 3o. mes a las cuales se les reintervino quirúrgicamente con drenaje abierto.

Vaginalmente se encontraron tras la cirugía radical 2 granulomas vaginales que requirieron extirpación; 1 absceso de cúpula vaginal al 5o. día que requirió drenaje y manejo con doble esquema de antibióticos (Cefotaxima y Gentamicina).

Una flebitis de miembro pélvico izquierdo y hematoma vulvar las cuales requirieron manejo con heparina y la segunda además de drenaje. Una celulitis en herida quirúrgica que cedió a manejo local.

En cuanto al número de ganglios extirpados por linfadenectomía pélvica se encontró una mínima de 1 y máxima de 46, arrojando un promedio de 14.93, de los cuales solo en 1 paciente se reporto por patología afectación tumoral, en estadio EIIb, y que falleció por metástasis a distancia a los 4 años de realizada la cirugía radical.

Se encuentran 28 pacientes de las 31 libres de actividad tumoral lo que representa un 90.32%, en 1 paciente se encontró recidiva detectada por Papanicolaou y biopsia como CaCu in situ que fué manejada con 5-FU por 3 semanas teniendo buena respuesta con control posterior con Papanicolaou sin evidencia de maligni

dad y actualmente asintomática, en otra paciente se le detecto por Papanicolaou CaCu in situ y bajo exploración armada t toma de biopsia vaginal Ca Vaginal in situ a los 5 meses tras cirugía radical requiriendo vulvectomía y actualmente en control libre de actividad. A todas las pacientes se les ha monitorizado por medio de Papanicolaous periódicos.

Actualmente se encuentran con nosotros, en el servicio de Ginecología Oncológica 22 pacientes, asintomáticas, 4 en el -- centro médico siglo XXI en radioterapia, 3 fueron egresadas a su hospital general de zona a 2 que se les efectuó cirugía radical con linfadenectomía pélvica por EIB y en definitivo se reporto CaCu in situ y otra paciente que en definitivo se reporto como metaplasia inmadura. 2 se encuentran pérdidas.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se efectuó un estudio retrospectivo, descriptivo, sobre histerectomía radical, para analizar la experiencia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico "La Raza" IMSS de enero de 1990 a diciembre de 1994, con la inclusión de pacientes de estudio previo realizado 5 años anteriores, así aplicado a carcinoma del cuello uterino hasta estadios EIIa la Histerectomía Radical con linfadenectomía pélvica bilateral correspondiendo a la histerectomía tipo II de Piver.

Aunque el carcinoma invasor del cuello uterino no es tan frecuente entre mujeres jóvenes como entre las de edad avanzada, el número de mujeres con cáncer invasor durante la tercera y cuarta décadas de la vida va en aumento, como lo muestran los datos arrojados en este estudio en donde el mayor porcentaje se presenta en el grupo epidemiológico comprendido de los 25 a 44 años con 51.7% y sólo 48.3% en mujeres entre los 45 a 64 años y sólo muestra la inversión de la frecuencia que se está reportando en la literatura mundial.

En cuanto a factores de riesgo, numerosos estudios epidemiológicos publicados en la literatura han establecido la asociación positiva entre el cáncer del cuello uterino y el medio socioeconómico bajo, también corroborado en este estudio con una frecuencia de un 83.7%. También se aumenta la probabilidad de desarrollar CaCu con el inicio de las relaciones sexuales en menores de 18 años, demostrado en este estudio en 19 pacientes con un 61.29%, así como el tener múltiples compañeros sexuales obteniendo en el estudio un promedio de 1.4 parejas, en pacientes múltiples tiene importancia la edad del matrimonio y del primer hijo los cuales no fueron reportados en los expedien-

tes, pero se obtuvo un promedio de paridad de 6.4 hijos. El tabaquismo como factor de riesgo independiente ya que produce mutación, sólo se demostró en el estudio en 12.9% en pacientes con uso crónico del mismo y de menos de 5 cigarrillos al día. También se encontraron factores de inmunosupresión local como lo son las cervico-vaginitis crónica representando un 35.4%. El VPH solamente se encontró en el 3.22% de las pacientes y el uso de contraceptivos orales en el 16.3%

La edad de detección de las pacientes fué de 32.2% en la tercera decadas de la vida, un 35.48% en la cuarta, un 29% en la quinta y 3.22% en la sexta decadas de la vida, lo que nuevamente demuestra que hay una tendencia a la aparición del CaCu en épocas tempranas y en la vida reproductiva de las pacientes en 58% de las pacientes.

La paridad, se encontro que sólo el 3.22% de las pacientes presentaban un hijo y el 98.78% más de 3 hijos, además de que el 35.48% habían tenido relaciones sexuales antes de los 16 años de edad y un 74.19% antes de los 20 años de edad, un 41.94% presentaban 2 compañeros sexuales.

No se encontraron datos referentes a la vida sexual de los compañeros sexuales de las pacientes, dato que deberá de buscarse en estudios posteriores.

En el presente estudio se encontro un 90.3% con diagnóstico histológico de carcinoma del cuello uterino, de tipo escamoso de células grandes, no queratinizante invasor y un 9.67% adenocarcinoma del cuello uterino, lo que esta de acuerdo a lo reportado en la literatura.

Dentro de la morbilidad postquirúrgica mostrada en este estudio, es la misma encontrada y reportada en la literatura mundial e inherente a la técnica quirúrgica empleada en la realización de la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral, uso de antibióticos y drenajes.

Ahora bien, el uso de los drenajes es controversial en la literatura, inicialmente fueron recomendados para disminuir la morbilidad febril, fístulas y linfocelulitis. Se calculó recientemente en la literatura el uso de drenajes una frecuencia para fístulas del orden del 1-2%, morbilidad febril entre el 25 y 30% y linfocelulitis menor del 5%. En los resultados obtenidos en cuanto al uso de drenajes abiertos y cerrados no hubo diferencia entre edad de las pacientes, peso, tipo histológico, sangrado transoperatorio ni en transfusiones así como en días hospitalarios, la morbilidad febril se presentó en 12.9% en igual proporción por tipo de drenaje, siendo inferior a la reportada en la literatura; en cuanto a la frecuencia de fístulas es de 13.7% mayor a la reportada en la literatura, pero, todas aparecieron con el uso de drenajes abiertos y ninguna en drenajes cerrados; el linfocelulitis mostró un porcentaje de frecuencia de 6.8% también siendo mayor a la reportada en la literatura pero todos aparecieron en pacientes con uso de drenajes abiertos, por lo que se deduce que el drenaje cerrado en este estudio muestra los mejores resultados.

La sobrevida mostrada de las pacientes es en estadio EIIa2 del 100% con histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral, en estadio EIIb del 85% a 5 años igual a la reportada en la literatura mundial, asimismo se encontró una recurrencia en EIB en 7.5% inferior a la reportada en la literatura.

El número de ganglios estirpados por histerectomía radical es de 14.93, siendo sólo un 3.22% de afectación ganglionar en estadio EIIb, mientras que para estadios EIIa2, EIIb y EIIa no presentaron ninguna afectación, cosa contradictoria a la reportada en la literatura mundial que situa para EIIa2 un 5% en EIIb un 15% y para estadios EII un 25%.

El índice de curación global encontrada en este estudio lo presentaron sólo las pacientes en quienes se reporto CaCu in situ con un 100%.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Photopulos, C.J., Vander, R.Z. " Class II Hysterectomy Shows Less Morbidity and Good Treatment Efficacy to Class III". Gynecologic Oncology, 1991, vol. 40 , pp 21-24.
- 2-Fiorica, J.V., Roberts, W. S., y cols. " Morbidity and Survival Patterns in Patients after Radical Hysterectomy and Postoperative Adjuvant Pelvic Radiotherapy". Gynecologic Oncology, vol.36, 1990, pp 343-347.
- 3-Burke, T.W., Koskins, W.J., Heller, P.W., " Prognostic Factors Associated with Radical Hysterectomy Failure". Gynecologic Oncology, vol. 26, 1987, pp 153-159.
- 4-Carenza, L., Nobili, F., y Giacobini, S. " Voiding Disorders after Radical Hysterectomy ". Gynecologic Oncology, vol 13, 1982, pp 213-219.
- 5-Shuster, P.A., Barter, J.F., y cols. " Radical Hysterectomy Morbidity in Relation to Age " Obstetrics and Gynecology, July 1991 vol. 78, No. 1, pp 77-79.
- 6-Fuchtner, C., Manetta, A., y cols. " Radical Hysterectomy in the elderly patient; Analysis of morbidity ". Am. J. Obstet. Gynecol. Febrero 1992, vol. 166, No. 2, pp 593-597.
- 7-Alvarez, R.D., Scong, S-J., Kinney, W.K., y cols. " Identification of Prognostic Factors and Risk Groups in Patients Found to Have Nodal Metastasis at the Time of Radical Hysterectomy for Early-Stage Squamous Carcinoma of the Cervix". Gynecologic Oncology. 1989, vol. 35, pp 130-135.
- 8-Fuller, A.F., Elliot, N.B.S., y cols. " Lymph Node Metastases of the Carcinoma Cervix, Stages IB and IIA: Implications for Prognosis and Treatment". Gynecologic Oncology 1982, vol. 13, pp 165-174.

- 9-Hopkins, M.P., Morley, G.W. " Stage IB squamous cell of the cervix: Clinicopathologic features related to survival".
Am.J. Obstet. Gynecol, Junio 1991, vol 164, No 6 part 1
pp 1520-1529.
- 10-Cunningham, M.J., Dunton, CH, J., cols. " Extended Field Radiation Therapy in Early-Stage Cervical Carcinoma: Survival and Complications". Gynecologic Oncology. 1991, vol. 43
pp 51-54.
- 11-Lovechio, J.L. Averette, H.E. y cols. " 5-Years survival of Patients with Periaortic Nodal Metastases in Clinical Stage IB and IIA Cervical Carcinoma". Gynecologic Oncology. 1989
vol. 34. pp 43-45.
- 12-Scisson, A.P., Soper, J.T., y cols. " Adjuvant Radiotherapy following Radical Hysterectomy for patients with Stage IB and IIA Cervical Cancer ". Gynecologic Oncology, vol. 37
1990, pp 390-395.