

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

76
ZLJ

Facultad de Medicina
División de Estudios de POSTGRADO
Hospital de Ginecoobstetricia No. 4
"Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

"Morbi-mortalidad de la Histerectomía Radical más Linfadenectomía Pélvica Bilateral; Análisis de 8 años"



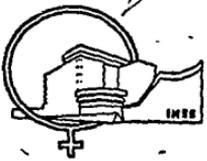
T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

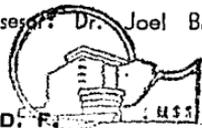
P R E S E N T A:

DRA. ALEJANDRA MARGARITA HIDALGO HERRERA

[Handwritten signature]



Asesor: Dr. Joel Bañuelos Flores



[Handwritten signature]

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

76
2EJ

Facultad de Medicina
División de Estudios de POSTGRADO
Hospital de Ginecoobstetricia No. 4
"Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

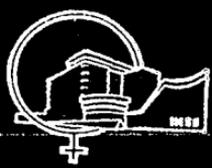
"Morbi-mortalidad de la Histerectomía Radical más
Linfadenectomía Pélvica Bilateral; Análisis
de 8 años."

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. ALEJANDRA MARGARITA HIDALGO HERRERA



MEXICO, D. F.

1995

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina
División de Estudios de POSTGRADO

Hospital de Ginecoobstetricia No. 4
"Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

"Morbi-mortalidad de la Histerectomía
Radical más Linfadenectomía Pélvica
Bilateral; Análisis de 8 años."

T E S I S
para obtener el grado de especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presentada por:

DRA. ALEJANDRA MARGARITA HIDALGO HERRERA

Asesor: Dr. Joel Bañuelos Flores

México D.F., Febrero de 1995

Dr. Joel Bañuelos Flores


DEDICATORIAS

A mis padres:

Con cariño y agradecimiento por ayudarme a lograr una meta más de mi vida.

A mis tíos y primos:

Por el apoyo que siempre me brindaron.

A mis maestros:

Por sus enseñanzas y consejos.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS.....	4
RESULTADOS.....	6
DISCUSION Y CONCLUSIONES	9
BIBLIOGRAFIA.....	12

RESUMEN

De Enero de 1986 a Diciembre de 1993, 171 pacientes fueron sometidas a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral como tratamiento de cáncer cervicouterino en estadios IB y IIA en el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social. El 91.8% correspondió a estadio IB y el 3.5% a estadio IIA.

El rango de edad fue de 24 a 68 años con una media de 42.4. 22.8% presentaron sangrado transvaginal como síntoma más frecuente. El tipo histológico que predominó fue el epidermoide 78.3%. En 11% se tuvieron complicaciones transoperatorias, constituidas por lesión vascular principalmente y vesical. En 3.5% ocurrió fistula del tracto urinario. El sangrado promedio fue de 1200 ml. La mortalidad operatoria fue del 1.1%. Consideramos que a pesar del porcentaje ligeramente elevado de complicaciones, la histerectomía radical ratifica su papel como piedra angular en el tratamiento del cáncer cervicouterino invasor en etapa temprana.

INTRODUCCIÓN

Ya desde fines del siglo XX la cirugía radical para el cáncer cervicouterino fue la piedra angular de la terapéutica impulsada por los pioneros Wertheim y Clark; sin embargo, dados los porcentajes altos de mortalidad y morbilidad, se sustituyó por la radioterapia.⁶ A mediados de los años 40 nuevamente retoma su importancia, respaldada por la experiencia de Meigs que abate la morbi-mortalidad y reporta sobrevida de 80% en la etapa I.⁵ Actualmente hablar del carcinoma cervicouterino invasor en etapas tempranas es casi sinónimo de cirugía como modalidad terapéutica ; esto bajo las siguientes bases:

1. Permite valorar y conocer la extensión de la enfermedad y por ende una terapéutica racional.
2. Preserva la función ovárica y vaginal en pacientes jóvenes, aspectos de gran importancia.
3. En pacientes con miomatosis uterina o alteraciones de la cúpula vaginal, facilita acción de radioterapia y en enfermedad pélvica inflamatoria, colitis ulcerativa y diverticulitis sigmoidea evita el incremento de la morbilidad.⁶

Por tanto, las indicaciones de radioterapia se ajustan a pacientes en las que se determine contraindicación quirúrgica y con tumores mayores de 4 cms.^{5,6}

Según el Registro Nacional de Cáncer en México el 35% de las neoplasias malignas que afectan mujeres atendidas en

centros oncológicos, lo constituye el cáncer cervicouterino y es la principal causa de muerte.¹⁹

Como resultado de las campañas de DOC se detectan lesiones tempranas en mayor porcentaje (13.8%),¹⁹ tributarias de tratamiento con cirugía radical, es menester, entonces conocer el estado actual en la seguridad de esta cirugía. Bajo estas premisas en los servicios de Oncología Ginecológica se elige a la cirugía como primera opción para cáncer cervicouterino IB y IIA.

Durante los 8 años que tiene de existencia el servicio de oncología ginecológica, no se ha analizado la efectividad del tratamiento del cáncer cervicouterino temprano con histerectomía radical abdominal más linfadenectomía pélvica bilateral, situación que se hace necesaria para ratificar o rectificar este enfoque terapéutico, exigiendo esto como meta, un análisis de la morbi-mortalidad, así como establecer si existen grupos con mayor potencial para aumentar la morbilidad.

El objetivo de este estudio es analizar la morbi-mortalidad de la histerectomía radical abdominal más linfadenectomía pélvica bilateral como tratamiento del cáncer cervicouterino temprano y establecer si existen factores de influencia para ésta.

MATERIAL Y MÉTODOS

De Enero de 1986 a Diciembre de 1993, en el hospital de Ginecoobstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, 188 pacientes fueron elegibles para someterse a cirugía radical como tratamiento para cáncer cervicouterino invasor. De ellas únicamente en 171 se realizó el procedimiento planteado, ya que en las 17 restantes la enfermedad se encontró con diseminación fuera del cervix.

De los expedientes se obtuvo información concerniente a edad, síntomas, tamaño tumoral, tipo histológico, etapa clínica, estancia hospitalaria y sobre todo de las complicaciones.

La técnica quirúrgica utilizada se ajustó a lo descrito como tipo III por Piver. Esto incluyó laparotomía media, demostración de ausencia de enfermedad fuera del cervix, disección de ganglios preaórticos e intercavoáorticos desde la bifurcación de la aorta hasta la emergencia de la arteria mesentérica inferior, posteriormente se procedía a la disección pélvica desde el cruce del uretero como límite superior, nervio genitocrural como límite externo y nervio obturador como límite inferior. Los ligamentos uterosacos se seccionaron en su tercio externo, así como los parametrios; se reseco el tercio superior de vagina.¹⁰

Hasta 1988 se usó indistintamente drenaje con canalización tipo penrose a través de vagina o drenaje al vacío con portovac, éste último es la norma de 1989 a la fecha.

La sonda Foley permaneció por un promedio de 15 días, al término del cual se valoraba su retiro, siempre y cuando la orina residual fuera menor de 50 ml. En todas las pacientes se administró antiséptico urinario en tanto permaneciera con drenaje.

Todas las pacientes recibieron tratamiento preoperatorio profiláctico con metronidazol tópico, y en ninguna se administró antibiótico sistémico.

Siete pacientes coincidieron con embarazo y en 4 se realizó cirugía radical en bloque.

Este es un estudio de revisión de casos, observacional, longitudinal, retrospectivo, descriptivo, de causa a efecto. Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico mediante el empleo de la Chi cuadrada.

RESULTADOS

En este estudio 171 pacientes fueron sometidas a histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral. El rango de edad varió de 24 a 68 años con promedio de 42.4 años, el mayor porcentaje correspondió a la cuarta y quinta década de la vida (Fig. 1).

El mayor porcentaje de las pacientes refirieron hemorragia anormal genital (22.8%) o descarga vaginal (15.7%) y en 17.5% concidieron estos dos síntomas. El 23.9% fueron pacientes asintomáticas,(tabla 1) en quien se llegó al diagnóstico por Papanicolaou rutinario.

El tamaño tumoral promedio fué de 1.5 cms. explicado ésto porque en 41 pacientes (33.1%) el diagnóstico se realizó por estudio colposcópico con biopsia dirigida sin medir lesión macroscópica. (tabla 2).

El tipo histológico más frecuente fué el epidermoide con 134 casos (79%) incluyendo un caso catalogado como verrucoso; 16 que corresponde al 9% fueron mixtos y 19 (11%) tuvieron adenocarcinoma y solo se presentó un caso de sarcoma (fig. 2).

La etapa clínica se distribuyó de la siguiente manera: 157 (91.8%) fueron etapa IB; 6 (3.5%) IIA; 3 (4.7%); 4 (2.3%) de persistencia y hubo un caso de etapa IA (0.6%) y 2 de recurrencia (1.1%) respectivamente (fig. 3).

La estancia hospitalaria varió de 1 a 38 días con promedio de 5.6 días; 160 (93.5%) permanecieron menos de 10 días. La permanencia de la sonda foley únicamente se pudo registrar en 89 pacientes, en las cuales el rango varió de 3 a 60 días con promedio de 15 días. (fig.4).

El sangrado transoperatorio fue de 1200 en promedio con rango tan bajo de 300 ml a tan alto de 9000 ml. Aclaramos que en 10 pacientes no se registró la cantidad de hemorragia, por lo cual éste cálculo se realizó sobre la base de 161 pacientes. (fig.5).

Las complicaciones transoperatorias las constituyeron las lesiones vasculares en 16 casos (9.3%) de las cuales una correspondió a lesión de la arteria iliaca externa, la cual se seccionó y se resolvió mediante injerto de safena; en el resto las lesiones se hicieron a las venas; en tres casos (1.7%) hubo lesión vesical, las cuales fueron resueltas en el mismo acto quirúrgico sin complicaciones posteriores. El mayor porcentaje de las complicaciones lo constituyeron procesos infecciosos (tabla 3). Cabe aclarar que algunas complicaciones coexistieron en la misma paciente, así por ejemplo, todas las infecciones de vías urinarias coexistieron con infección de la cúpula vaginal y la única fistula vesicovaginal se presentó en uno de estos casos; en una paciente se presentó infección de herida quirúrgica, peritonitis y neumonía y la paciente con septicemia, ésta fué secundaria a absceso pélvico, de tal manera que aunque las complicaciones se contaron como 48 haciendo un

porcentaje de 28% global, únicamente 36 pacientes se complicaron (21%).

Las fistulas ureterovaginales fueron 5 (2.9%). La mortalidad operatoria se definió como la acaecida dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico, y fue de 1.1% (2 pacientes), una murió por sangrado y la otra por choque cardiogénico.

Las complicaciones se analizaron estadísticamente en relación a su incidencia para lo que se crearon dos grupos de mujeres: mayores de 60 y menores de 60 años. Las diferencias entre los promedios de complicaciones observadas en cada grupo no mostraron significancia estadística. (tabla 4)

Fig. 1

MORBIMORTALIDAD EN HTA RADICAL DISTRIBUCION POR EDAD

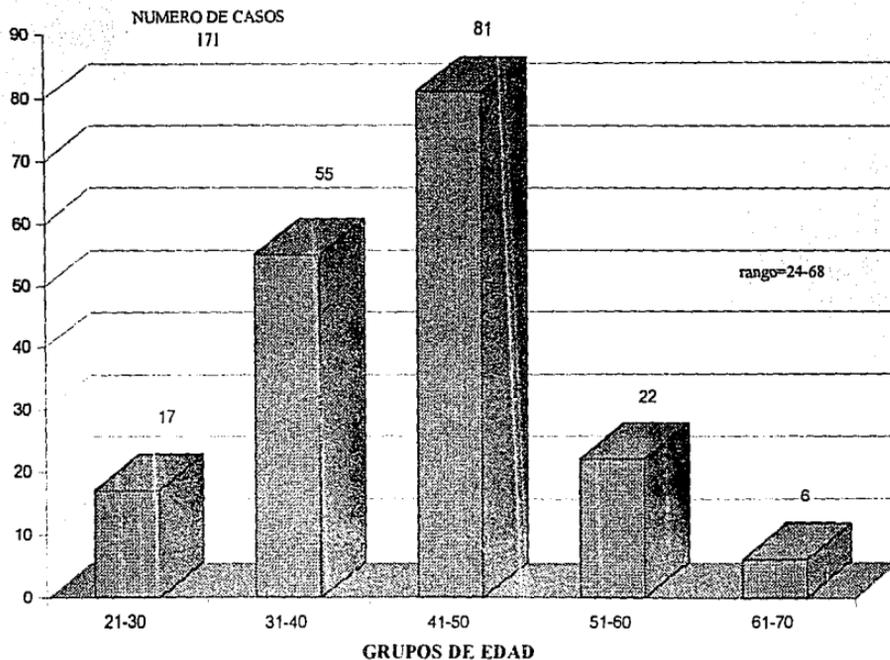
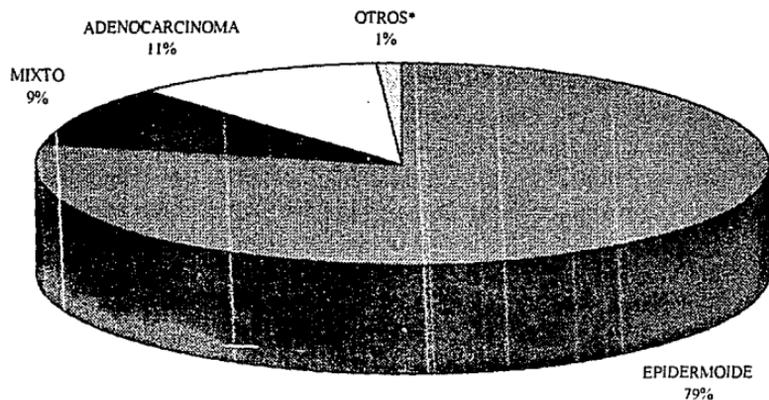


Fig. 2

MORBIMORTALIDAD EN HPA RADICAL TIPOS HISTOLOGICOS



*VERRUCOSO Y SARCOMA

Fig. 3

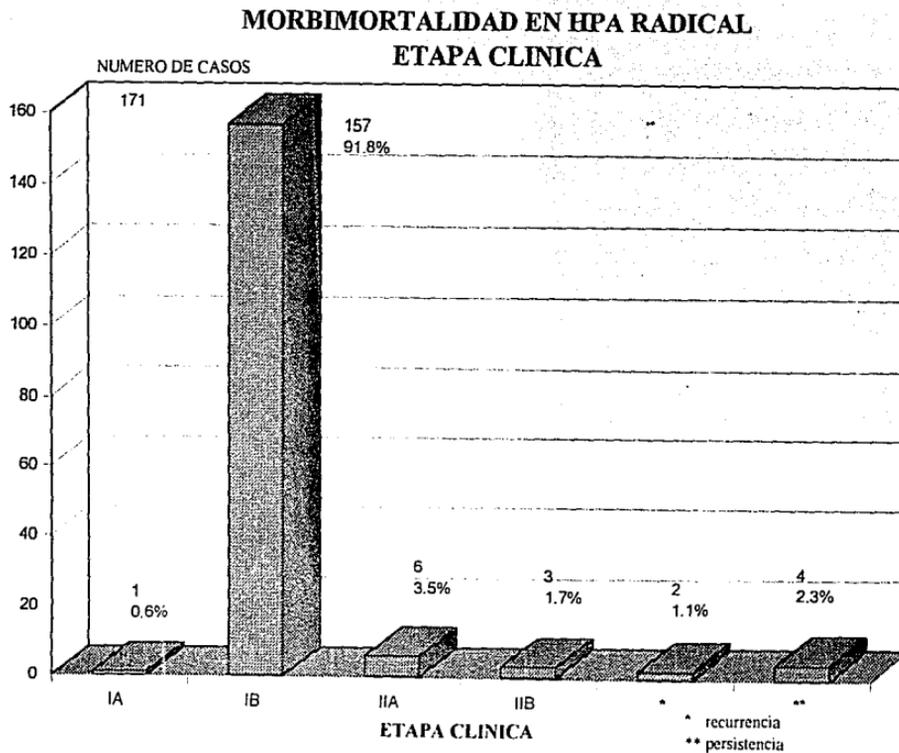


Fig. 4

MORBIMORTALIDAD EN HTA RADICAL DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA

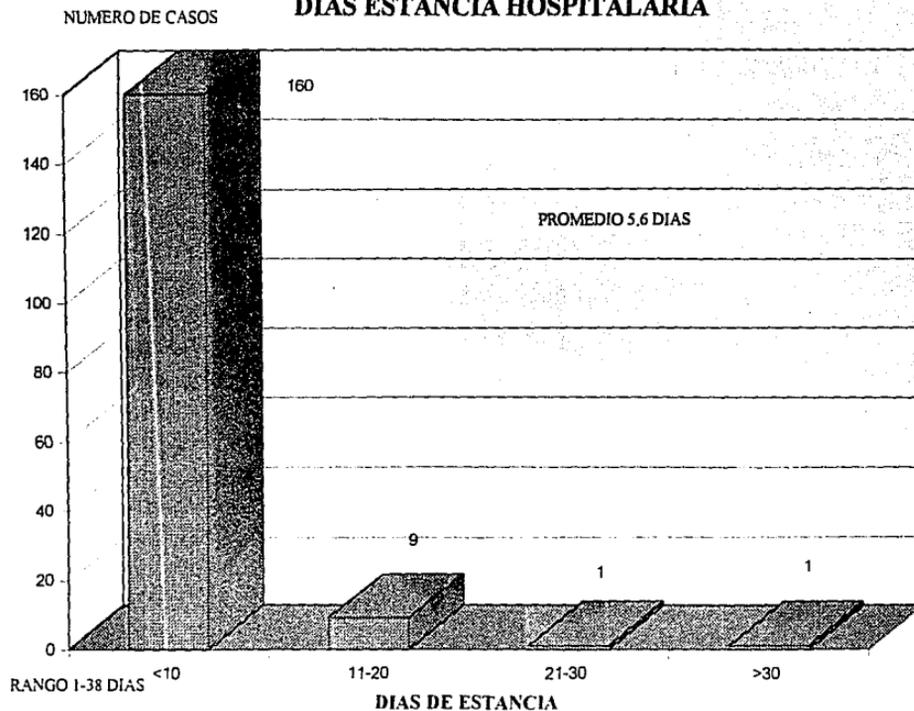
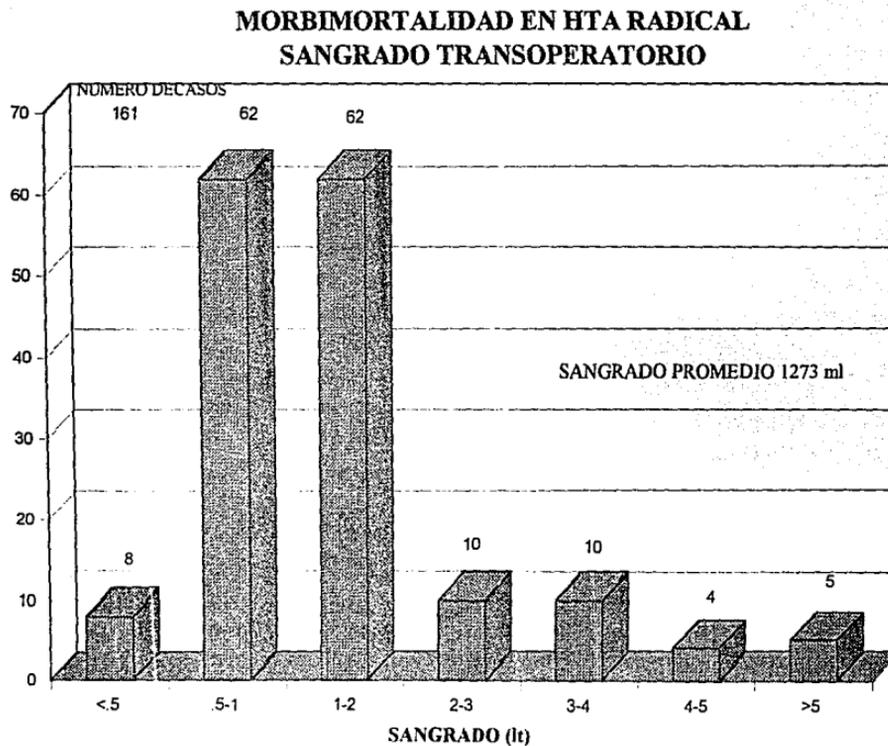


Fig. 5



SINTOMAS

ASINTOMATICAS	23.9%
DESCARGA VAGINAL	15.7%
SANGRADO VAGINAL ANORMAL	22.8%
DOLOR PELVICO	0%
SANGRADO POSTCOITO	15.2%
DESGARGA VAGINAL MAS SANGRADO ANORMAL	9.9%
DESCARGA VAGINAL MAS SANGRADO POSTCOITO	7.6%
DESCARGA VAGINAL MAS DOLOR PELVICO	1.7%
SANGRADO TRANSVAGINAL MAS DOLOR PELVICO	2.9%

TAMAÑO TUMORAL

DESCONOCIDO	12.8%
SIN LESION CLINICA	24.5%
1 CM	20.4%
2 CM	19.2%
3 CM	16.2%
4 CM	5.2%
5 CM	.6%
7 CM	.6%

PROMEDIO 1.5 CM

MORBILIDAD

LESION VESICAL	3	1.7%
LESION VASCULAR	16	9.3%
INFECCION CUPULA VAGINAL	7	4.7%
FISTULA URETEROVAGINAL	5	2.9%
IVU	7	4.1%
INFECCION HERIDA QX	3	1.7%
FISTULA VESICOVAGINAL	1	.6%
ABSCESO PELVICO Y SEPTICEMIA, NEUMONIA, EMBOLIA PULMONAR, PERITONITIS, LINFOCELE, LESION NERVIOSA *		
TOTAL	48	28%

* UN CASO CADA UNA

Tabla 4

MORBILIDAD DE LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS SEGUN LA EDAD

	>60	<60	p
Lesión vesical		2	.81
Lesión vascular		14	.28
Infección de cúpula vaginal	1	4	.36
Fístula ureterovaginal		5	.64
IVU	2	5	.12
Infección de herida quirúrgica		3	.77
Fístula vesicovaginal	1		.08
Absceso pélvico y septicemia		1	.98
Neumonía		1	.98
Embolia Pulmonar		1	.98
Peritonitis		1	.98
Linfocele		1	.98
Lesión nerviosa		1	.98

p - no significativa

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En los últimos años se ha incrementado la práctica de la histerectomía radical como tratamiento del cáncer cervicouterino estadio IB y IIA

La mortalidad operatoria de la cirugía radical varía de 0 hasta 1.9% ¹³ Esta notable reducción se debe a el uso de antibióticos, transfusiones sanguíneas y mejores técnicas anestésicas. ^{4,11}

La histerectomía radical se asocia a un 5-10% de complicaciones postoperatorias mayores, encontrándose la fistula urinaria como la complicación más frecuente según información internacional. ^{5, 6, 14, 17.}

Aunque las fistulas del tracto urinario han descendido a 2% en promedio como consecuencia a la conservación de la vascularidad ureteral, en pacientes no radiadas nuestra incidencia es del 2.9%. En pacientes radiadas la incidencia es del 30 al 50%. ^{12, 17, 19.}

Las infecciones aún complican esta cirugía en el 5 al 15% elevándose a 36% cuando son pacientes con radiación postoperatoria. ³

Por el aumentado índice de complicaciones como fistulas del trato urinario y de infecciones, la histerectomía radi-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

cal esta practicamente proscrita como tratamiento de rescate en recurrencia del cáncer cervicouterino.

La literatura reporta que el daño vascular es del 1 al 2%.¹³ En este estudio el 9,3% de lesión vascular es mayor al reportado, explicable por ser hospital de enseñanza donde participa activamente el personal residente.

Sin embargo la falta de significancia estadística en esta serie prodria ser secundaria a la diferencia de tamaños de cada muestra por lo que creemos necesario incrementar la serie para otro estudio estadístico.

Los resultados obtenidos en este análisis muestran que la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica es mejor que la radioterapia ya que tiene un menor índice de morbi-mortalidad en comparación con la radioterapia, la cual tiene un índice de morbi-mortalidad del 5 al 30%.³

La histerectomía radical nos permite valorar y conocer la extensión real de la enfermedad. Preserva la función ovariaca y vaginal en pacientes jóvenes, por lo que ajusta las indicaciones de radioterapia a pacientes con falta a nivel renal y cardíaco con tumores mayores de 4 cms.^{3,6}

El avance en la ciencia médica ha disminuido a 1-2% el porcentaje de fistulas urinarias y a 0% la mortalidad. Nuestras cifras concuerdan con lo reportado en la literatura mundial.

Con objeto de abatir la morbi-mortalidad, la cirugía debe ser realizada por personal con entrenamiento en cirugía pélvica.

El hecho de haber encontrado que 23.9% de las pacientes fueran sintomáticas y que la tercera parte no tuviera lesión clínica ratifica la trascendencia de la campaña nacional de detección oportuna de cáncer.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ayhan A.; Tuncer ZS; Yarali H. Complications of radical hysterectomy in women with early stage cervical cancer; clinical analysis of 270 cases. *Eur-J-Surg-Oncol.* 1991; 17(5):492-4.
- 2.- Cisneros de Cárdenas MT; Espinosa Romero R; Pineda Corona BE; González Caamaño A. Mortalidad por cáncer en la mujer mexicana. *Salud Pública Méx.* 1987;29:299-312.
- 3.- Fuchtner C; Manetta A; Walker JL; Emma D; Berman M; DiSaia PJ. Radical hysterectomy in the elderly patient: analysis of morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166(2):593-7.
- 4.- Kinney WK; Egorshin EV; Podratz KC. Wertheim hysterectomy in the geriatric population. *Gynecol Oncol.* 1988; 31(1):227-32.
- 5.- Lee YN and cols. Radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection for treatment of cervical cancer. A clinical review of 954 cases. *Gynecol Oncol.* 1989;32:135-142.
- 6.- Lerner HM; Jones III HW; Hill EC. Radical surgery for the treatment of early invasive cervical carcinoma (stage IB): Review of 15 years' experience. *Obstet Gynecol.* 1980;56:413-18.
- 7.- Levrant SG; Fruchter RG; Maiman M. Radical hysterectomy for cervical cancer: morbidity and survival in relation to weight and age. *Gynecol Oncol.* 1992;45(3):317-22.
- 8.- Marsden DE; Cavanagh D; Wisniewski BJ; Roberts WS; Lyman GH. Factors affecting the incidence of infectious morbidity after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:817-21.
- 9.- Monaghan JM; Ireland D; Mor-Yosef S; Pearson SE; Lopes A; Sinha DP. Role of centralization of surgery in stage IB carcinoma of the cervix: a review of 498 cases. *Gynecol Oncol.* 1990;37:206-9.
- 10.- Piver MS; Rutledge F; Smith J. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol.* 1974;44:265-69.
- 11.- Rodríguez Cuevas S; Alatorre Arias H. Las complicaciones postoperatorias de la histerectomía radical. *Ginecología y Obstetricia de México.* Mayo 1982;50(301):103-6.

- 12.- Rubin SC; Hoskins WJ; Lewis JL. Radical hysterectomy for recurrent cervical cancer following radiation therapy. *Gynecol Oncol.* 1987;27:316-22.
- 13.- Saleh Montalvo T; Reyna Hinojosa R; Colorado Munguia S; Saldaña Ibarra P. Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for the treatment of invasive IB and IIA cervical cancer: review of 153 cases. *Gynecol Obstet Mex.* 1991;59:177-80.
- 14.- Sall S; Pineda A; Calanog A; Heller P; Greenberg H. Surgical treatment of stages IB and IIA invasive carcinoma of the cervix by radical abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;135:442-6.
- 15.- Sotto LS. Radical hysterectomy with bilateral pelvic node dissection. Our experience at the Philippine General Hospital. *Eur J Gynecol Oncol.* 1990; 11(6):447-52.
- 16.- Thompson J; Rock J. *Telinde Operative Gynecology.* J.B. Lippincott. Philadelphia 1992;1190-3.
- 17.- Torres Lobatón A; Cerón García M.; Mandujano M; Rodríguez Díaz L. Histerectomía radical en el tratamiento del cáncer cervicouterino recurrente a radiación. *Ginecología y Obstetricia de México.* Enero 1983;51 (309):7-12.
- 18.- Torres Lobatón A; Rodríguez Cuevas H; Velázquez Venegas GJ.; Díaz Rodríguez L. Exenteraciones pélvicas en cáncer cervicouterino. Análisis de 252 casos. *Ginecología y Obstetricia de México.* Nov. 1985;53:297-302.
- 19.- Torres Lobatón A.; Matias Salvador M.; Hernández Aten D.; Román Bassaure E. Histerectomía radical por cáncer cervicouterino. Experiencia con 217 pacientes. *Ginecología y Obstetricia de México.* 1991; 59:8-14.
- 20.- Webb M; Symmonds R. Wertheim Hysterectomy: A Reappraisal. *Obstet Gynecol.* 1979;54(2):140-5.