

116

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A.



[Handwritten signature]

"HISTERECTOMIA RADICAL; COMPLICACIONES QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS. (1o. DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997)"

T E S I S QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA : DRA. MANUELA OSUNA ARAMBURO

ASESOR: DR. ALFREDO GUTIERREZ BAEZ

282122



MEXICO, D.F.

2000





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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER, S.S.A.

**"HISTERECTOMIA RADICAL; COMPLICACIONES
QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LOS
ULTIMOS 5 AÑOS
(1° DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE
1997)"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

DRA. MANUELA OSUNA ARAMBURO

ASESOR:

**DR. ALFREDO GUTIERREZ BAEZ.
MEXICO, D.F. 1998**

DEDICATORIA.

Con mucho amor:

**A todos ustedes, que siempre
estuvieron aquí.....**

**Si he podido ver mas allá,
ha sido al ponerme de pie
sobre los hombros de gigantes.**

**Sir. Isaac Newton.
(1643-1727)**

INDICE.

	<i>Pág.</i>
1. Antecedentes Históricos.....	1
2. Antecedentes Científicos:	
2.1. Epidemiología.....	4
2.2. Factores de Riesgo.....	6
2.3. Comportamiento Biológico del Carcinoma Cervico- Uterino.....	9
2.4. Clasificación Histopatológica de los tumores de cérvix.....	11
2.5. Estadificación de la FIGO para el carcinoma Cervico- Uterino.....	21
2.6. Factores Pronósticos del carcinoma Cervico- Uterino.....	22
2.7. Frecuencia de metástasis ganglionares de acuerdo al estadio clínico.....	23
2.8. Clasificación de la Histerectomía Radical.....	24
2.9. Programas de Screening.....	27
3. Planteamiento del problema.....	30
4. Hipótesis.....	31
5. Objetivos.....	32
6. Justificación.....	33
7. Metodología:	
7.1. Diseño y tipo de investigación.....	34
7.2. Grupo problema.	
7.3. Tamaño de la muestra.	
7.4. Criterios de inclusión.....	35
7.5. Criterios de exclusión.	
7.6. Criterios de eliminación.	

8. Variables estudiadas.....	36
9. Resultados.....	37
10. Discusión de Resultados.....	39
11. Conclusiones.....	41
12. Referencias Bibliográficas.....	42

HISTORIA.

La primera mención del pronóstico del Cáncer Cervicouterino se registró en el año 450 a.C., casi 2000 años después, Ambroise Paré (1575) inició el tratamiento quirúrgico al recomendar la amputación del cuello uterino canceroso (14).

Casi 150 años después Lagenbeck (1813), describió la histerectomía vaginal; sin embargo no fue hasta el último decenio del siglo XIX que Clarck y Rampt (1895) y Wertheim (1898) describieron de manera independiente un procedimiento quirúrgico radical o ampliado para el tratamiento de ésta patología. Los riesgos de la morbilidad quirúrgica y la mortalidad combinados con la introducción de la Radioterapia (1895) hicieron que el tratamiento quirúrgico radical perdiera favorecedores (14).

En el año de 1949 Morton y Kerner comunicaron complicaciones en el 90.5 por ciento de las pacientes tratadas con la radioterapia, a pesar de la popularidad de ésta.

Por fortuna había continuado el interés en la cirugía como tratamiento primario del Carcinoma Cervicouterino Invasor (13).

El informe de Víctor Bonney de una menor tasa de mortalidad quirúrgica (menos del 10 por ciento), hizo resurgir el interés en el tratamiento quirúrgico del Cáncer Cervicouterino (14).

Todo crédito del renacimiento Norteamericano de la cirugía pélvica extensa pertenece a Joe V. Meigs al inicio de la década de 1930.

Joe V. Meigs defendió la operación de Wertheim como tratamiento primario del Cáncer Cervical Invasor, agregándole una nueva Linfadenectomía Pélvica más extensa.

La primera comunicación de su tratamiento quirúrgico primario del Cáncer Cervical Invasor apareció en el año de 1944 e incluyó un total de 344 casos (13).

Durante los siguientes 55 años, los avances en anestesia, técnicas quirúrgicas, bancos de sangre, antibióticos y cuidados intensivos han

establecido un papel para la cirugía en el diagnóstico, la clasificación por etapas y el tratamiento del Cáncer preinvasor e invasor.

Tan importante como eso, se ha delineado la participación de la cirugía en el tratamiento de complicaciones vinculadas con la terapéutica y con la paliación (14).

Muchos cirujanos ginecólogos en los Estados Unidos como son: Parson, Ulfelder, Green, Moyley, Nelson, Barber, Symmonds, Pratt y Morton han hecho contribuciones y modificaciones en un intento por disminuir la incidencia de complicaciones del tracto urinario y de otro tipo que se suscitan con éste tipo de tratamiento quirúrgico, mientras se conserva la necesidad de la disección extensa del parametrio y la linfadenectomía pélvica completa.

Algunos cirujanos ginecólogos, han extendido la linfadenectomía para incluir los ganglios de la región paraórtica (13).

A pesar de los adelantos en el tratamiento quirúrgico del carcinoma Cervicouterino, la radiación viene siendo la base del tratamiento para la mayoría de las pacientes (14).

Después de todo, también se han realizado adelantos y mejoras en la técnica de la radioterapia, en especial la disponibilidad de nuevo equipo de megavoltaje.

Es preciso admitir que la mayoría de las pacientes que se curan con la cirugía primaria, también podrían curarse con la radioterapia.

De modo general, el cirujano ginecólogo se ve privilegiado por el hecho de tratar a las pacientes más favorablemente.

En algunas clínicas esto puede constituir un 50 por ciento de todas las pacientes derivadas con el diagnóstico de carcinoma Cervicouterino Invasor, ya que por fortuna, cada vez se diagnostica un porcentaje mayor de pacientes en estadios iniciales de la enfermedad (13).

Para concluir es importante mencionar, que la excéresis quirúrgica del Cáncer Cervical fue sugerida por Ossiander y Wrisberg en el siglo XVIII y que a finales del siglo XIX en el año de 1898 Wertheim, de Viena, realizó su primera Histerectomía Abdominal Extensa Radical y Linfadenectomía Parcial y de ese modo comenzó su trabajo monumental de investigación sistemática del tratamiento quirúrgico

del Cáncer Cervicouterino y que su mortalidad quirúrgica inicial fue de 30 por ciento.

En el año de 1911 ya Wertheim comunicó su serie de 500 casos y observó que la mortalidad quirúrgica se había reducido al 10 por ciento.

Actualmente continúa vigente la técnica quirúrgica de Wertheim en muchas partes del mundo como tratamiento quirúrgico primario del Cáncer Cervicouterino en etapas clínicas iniciales (13).

EPIDEMIOLOGIA.

El Cáncer del cuello uterino es el tumor maligno ginecológico más común en todo el mundo (16).

En el año de 1985 se diagnosticaron 8.4 casos por 100 000 mujeres que provocaron 3.1 muertes por 100 000, las estimaciones indican que en el año 2000 habrá 20 500 nuevos casos, 8400 muertes y otros 100 000 casos de Carcinoma In Situ.

Además 1 de cada 700 embarazos se asocia con Carcinoma In Situ y 1 en 2 200 embarazos se complica por un Carcinoma Invasor (15).

Desde el año de 1940 la incidencia de Carcinoma Cervicouterino Invasor ha declinado en el 72 por ciento (30 por 100 000 mujeres en 1940) y la supervivencia global ha aumentado del 47 por ciento al 67 por ciento como consecuencia de la detección más precoz en virtud del uso difundido del frotis de citología exfoliativa cervical de Papanicolau y los exámenes pélvicos frecuentes, hoy en día con el uso de la Colposcopia como método diagnóstico y terapéutico del Cáncer Cervicouterino (13,15,16).

El Cáncer cervical es uno de los principales problemas de salud en mujeres mexicanas, cada año se registran más de 4000 muertes por ésta enfermedad.

En el INCAN de la Cd. de México, se realizó un estudio a través del Centro de Investigación en Salud Poblacional, en la evaluación del programa de detección oportuna de cáncer durante el periodo de 1990 a 1995 y éste estudio se llevo a cabo principalmente por la observación de que pese a la existencia de la detección oportuna de cáncer (DOC) desde hace 20 años, el impacto sobre la mortalidad por cáncer cervical en México ha sido nulo, observaron que el escaso efecto del programa se debe principalmente a que las mujeres acuden tardíamente al diagnóstico, así como a factores asociados con la cobertura y calidad del servicio, la calidad de obtención de los especímenes de Papanicolau es deficiente, se notificó que el 64 por ciento de una muestra aleatoria de especímenes carecían de células

endocervicales, metaplasia epidermoide y moco, correlacionados con un error diagnóstico en 0.87 ($p < 0.001$).

Respecto a la precisión diagnóstica de Papanicolau existen centros de lectura con un índice de resultados falsos negativos hasta en un 54 por ciento.

El programa de detección oportuna de cáncer en México previene menos del 13 por ciento de los casos potencialmente previsible, las mujeres acuden tardíamente a los servicios de detección de cáncer (en el 55 por ciento de los casos de cáncer cervical porque presentaron síntomas ginecológicos).

La cobertura es muy baja, en una muestra de mujeres de 15 a 49 años de edad en el CD. de México el 65 por ciento tenían el antecedente de la utilización de la prueba de Papanicolau en el área rural, sólo el 40 por ciento de las mujeres de edad reproductiva conoce la utilidad del Papanicolau.

Los principales factores que predicen la utilización de la citología se asociaron a factores socioeconómicos y de riesgo reproductivo, se evidencia que la detección del cáncer cervicouterino se encuentra orientada actualmente a mujeres con bajo riesgo de enfermedad, es prioritario reorganizar el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en México, aumentar la cobertura en mujeres de alto riesgo de enfermedad, regular la práctica de la citotecnología y de la Colposcopia, establecer sistemas de vigilancia epidemiológica del programa a escala regional y establecer intervenciones de garantía de calidad en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los casos.

Se ha documentado que con un programa de detección por un período de 30 años, con una tasa de asistencia cercana al 80 por ciento la mortalidad por carcinoma cervicouterino puede ser reducida entre 49 por ciento y 63 por ciento comparada con el 80 por ciento que se ha documentado en otros países del mundo desarrollado (21).

FACTORES DE RIESGO.

La incidencia del Cáncer Cervicouterino aumenta con rapidez, de menos de 0.3 por 100,000 antes de los 20 años de edad y menos de 2 por 100,000 antes de los 25 años de edad, a 16.6 por 100,000 hacia los 40 años de edad, y de ahí en adelante el aumento es gradual hasta 22.4 por 100,000 hacia los 85 años de edad.

La media de edad en el momento del diagnóstico es de 54 años con una distribución bimodal que alcanza un pico a los 35-39 años y a los 60-64 años.

Se ha visto que en el momento del nacimiento la probabilidad durante la vida de presentar Cáncer de Cérvix es de 0.7 por ciento para las mujeres blancas versus 1.6 por ciento para las mujeres negras (15).

Se han identificado factores de riesgo y exceso de riesgo en los familiares directos de mujeres con Cáncer de Cérvix y así mismo ningún factor dietético ha sido implicado en la patogenia del Cáncer Cervicouterino comparado con otras neoplasias (1).

Algunos estudios demuestran que los anticonceptivos orales y la multiparidad se relacionan con riesgo elevado de padecer Cáncer Cervicouterino, de manera hipotética se dice que ambos factores tienen un efecto inmunosupresor (22).

Los principales factores de riesgo con la conducta sexual son: la promiscuidad, la edad temprana en el primer coito y la estrecha relación temporal, entre la primera relación sexual y la menarca.

La primera evidencia que relaciona el comportamiento sexual como un factor de riesgo en la etiología del Cáncer Cervical viene de las observaciones acerca de la incidencia y como consecuencia de la tasa de baja mortalidad por la enfermedad entre el grupo de monjas y de mujeres de origen judío (22).

El aumento de riesgo para padecer ésta enfermedad guarda paralelo con las enfermedades de transmisión sexual; el Virus del Papiloma

Humano ha sido vinculado con todos los grados de Neoplasia Intraepitelial Cervical y con el Cáncer Invasor. Si el Virus del Papiloma Humano es un agente etiológico de transmisión sexual importante en el Cáncer del Cérvix, la infección por éste virus y el Cáncer del Cérvix deben compartir el mismo perfil de factor de riesgo en relación con las costumbres sexuales.

Existen estudios que demuestran relación inversa entre el número de parejas sexuales de toda la vida y el hallazgo de secuencias de Acido Desoxirribonucleico del Virus del Papiloma Humano detectadas por medio de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) (22).

Se han descrito aproximadamente 70 subtipos del Virus del Papiloma Humano y sólo 20 de éstos se han identificado en el tracto genital humano.

Las secuencias del DNA del Virus del Papiloma Humano se han aislado de células escamosas en lesiones malignas y premalignas en estudios realizados por Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR).

Existen informes de que el Virus del Papiloma Humano se encuentra en un porcentaje del 80 al 100% de las lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC III), y en tejidos que están afectados por Carcinoma Cervicouterino.

Los tipos de virus del papiloma humano que se encuentran con mayor frecuencia en muestras de lesiones malignas estudiadas por Hibridación y Reacción en Cadena de Polimerasa son: 16/18/31/33/35. Es por eso que para entender el papel que juega el virus del papiloma humano en la génesis del Carcinoma Cervicouterino es necesario tener un conocimiento vasto de la epidemiología de la infección genital por el VPH (22).

Cómo cofactores se han encontrado infección por el Virus del Herpes Simple Genital e Inmunosupresión, el bajo nivel socioeconómico se asocia con un alto riesgo de Neoplasia de Cérvix y esto puede estar relacionado con factores raciales y de conducta. Así mismo en aquellas mujeres que estuvieron expuestas al Dietilestilbestrol (DES) in útero tienen un alto riesgo de padecer Carcinoma Cervicouterino de estirpe histológica Adenocarcinoma.

Por último, cabe mencionar que el tabaquismo activo hoy en día se menciona que tiene un riesgo elevado ya que se ha encontrado que sustancias del tabaco como son la Naftilamina tienen un potencial oncogénico y que es capaz de iniciar éste tipo de enfermedad mortal (1,14,15,16).

COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO DEL CARCINOMA CERVICOUTERINO.

En la mayoría de los casos el carcinoma cervicouterino de células escamosas tiene su origen en la unión escamocolumnar del canal endocervical y del exocervix.

La lesión se asocia frecuentemente con una historia de cervicitis crónica, displasia grave y carcinoma in situ y esta progresión puede tardar de 10 a 20 años aproximadamente.

Generalmente se acepta que el carcinoma invasor de cervix va precedido en la mayoría de las veces por carcinoma in situ.

Clemmensen y Poulsen revisaron series y concluyeron que por lo menos el 40 por ciento de las pacientes con carcinoma in situ desarrollan lesiones de tipo invasivo.

El proceso maligno se inicia a través de la membrana basal del epitelio e invade el estroma cervical, si la invasión es menor de 3 mm la lesión se clasifica como microinvasor o superficialmente invasiva y la probabilidad de metástasis en ganglios linfáticos es de alrededor del 1 por ciento.

La lesión puede progresar, pero si el tumor no es macroscópico y la profundidad de penetración es menor a 5 mm el tumor se clasifica como carcinoma invasivo oculto. La incidencia de metástasis a ganglios linfáticos de la pelvis se relaciona con la profundidad de invasión con una incidencia total del 5 al 8 por ciento.

La extensión de la lesión en el cérvix puede, finalmente manifestarse por una ulceración superficial, tumor exofítico o infiltración extensa del endocervix. La lesión puede extenderse a los fómex adyacentes de la vagina o al tejido paracervical y parametrial; finalmente puede invadir de forma directa la vejiga el recto o bien ambos.

La diseminación linfática regional o hematogena ocurre dependiendo del estadio del tumor, pero la diseminación no siempre sigue ordenadamente una secuencia y ocasionalmente un pequeño

carcinoma puede infiltrar los ganglios linfáticos de la pelvis, invadir la vejiga o el recto o bien producir metástasis a distancia.

El cérvix tiene una rica red linfática que es mas abundante en las capas musculares, una vez que el tumor a invadido esta estructura, habrá mas posibilidad de diseminación a los linfáticos regionales.

El carcinoma de cérvix uterino puede extenderse a los linfáticos paracervicales y parametriales y metastatizar a los ganglios linfáticos obturadores (considerados grupo medial de la iliaca externa) a otros iliacos externos y el ganglio hipogástrico.

Desde estos habrá metástasis tumoral a los ganglios iliacos comunes o a los ganglios periaórticos. La diseminación hematogena a través de los plexos venosos y venas paracervicales ocurre menos frecuentemente, pero es bastante alta en los estadios mas avanzados.

Los lugares mas comunes de las metástasis, cuando el mecanismo es hematogeno son; en orden de frecuencia, ganglios linfáticos mediastínicos y supraclaviculares, pulmones, hueso y por último el hígado (23).

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA DE LOS TUMORES DE CERVIX.

TUMORES EPITELIALES.

TUMORES DE CELULAS ESCAMOSAS:

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL:

El concepto neoplasia intraepitelial cervical, se introdujo con dos fines; como un sistema de nomenclatura y como un concepto para subrayar que las anomalías epiteliales del cérvix forman un espectro progresivo de un proceso patológico; un espectro infinitamente variable en el cual cada grado de anomalía emerge de manera imperceptible con el siguiente.

Los grados de NIC deben caracterizarse como sigue:

NIC I

Corresponde a anomalías nucleares que son leves y que se concentran sobre el tercio basal del epitelio; las figuras de mitosis están presentes y confinadas al tercio basal del epitelio, los dos tercios superiores muestran buena diferenciación.

NIC II

Las figuras de mitosis que pueden ser anormales se observan en los dos tercios basales del epitelio, la mitad superior del mismo muestra maduración y diferenciación con mínima atipia nuclear que persiste hasta la superficie del epitelio.

NIC III

Se caracteriza por anomalías nucleares marcadas a todo lo largo del espesor del epitelio con figuras mitóticas que se encuentran en toda la lesión; la maduración y diferenciación están por completo ausentes o confinadas al tercio superficial del epitelio.

CARCINOMA MICROINVASOR:

Mestwerdt en el año de 1947, introdujo éste concepto: el estadio más temprano de invasión se reconoce como un brote delgado de células que empujan dentro del estroma a partir de un área de NIC.

A partir de 1981 el Royal College of Obstetricians and Gynecologist Study Group intentó mejorar las definiciones previas de Carcinoma Microinvasor, en el carcinoma preclínico del cérvix y se hicieron las siguientes propuestas: Cáncer de Cérvix, estadio IA (carcinoma microinvasor), es un diagnóstico histológico que debe hacerse con base en una biopsia grande que extirpe la lesión completa y de preferencia una biopsia de cono, se reconocen dos grupos que se mencionan a continuación:

****Invasión temprana del estroma;** en la cual los botones de invasión están presentes ya sea en continuidad con una lesión in situ o por grupos celulares aparentemente separados que se dispersan en un área no mayor de 1 mm de la superficie más cercana a la membrana basal de la cripta. **

****Lesiones medibles;** que se establecen en dos dimensiones: la profundidad debe medirse de la base del epitelio a partir del cuál se desarrolla y no debe de exceder de 5 mm, y la dimensión más larga horizontal no debe exceder de 10 mm de extensión, cuando se informan lesiones en estadio IA; se debe mencionar la profundidad y el diámetro para que éstos casos se incluyan en las estadísticas. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) tomó en cuenta todas éstas recomendaciones en la revisión de su sistema de clasificación más reciente del Cáncer de Cérvix. Sin embargo debe

notarse que recomienda como extensión 7 mm para las lesiones en estadio IA2 en lugar de 10 mm y que la definición de la FIGO IA1 es menos precisa que la que se utilizó con anterioridad.

Existe un acuerdo general para considerar que el carcinoma del cérvix IA1 (invasión temprana del estroma) tiene un comportamiento similar al NIC; sin embargo el estadio IA2 es una categoría heterogénea en mujeres con tumores grandes dentro de las definiciones ya descritas y que tienen un riesgo mayor de enfermedad ganglionar metastásica y de recurrencia de enfermedad que aquellas con tumores mas pequeños.

Los datos acumulados indican que una invasión con profundidad máxima de 3 mm o menor se relacionan con cierto grado de riesgo de metástasis a ganglios linfáticos y se estima en alrededor de 0.3 por ciento y un riesgo de recurrencia invasora de 0,2 por ciento.

Por otro lado, la invasión de 3.1 a 5 mm se relaciona con riesgo total de metástasis a ganglios linfáticos de 7.4 por ciento y una tasa de recurrencia de enfermedad de 5.4 por ciento.

Sin embargo, el estadio IA de acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) no solo debe tomarse como una definición de microinvasión y debe utilizarse para determinar el tratamiento quirúrgico mas apropiado (Shingleton 1998) (22).

CARCINOMA INVASOR:

Carcinoma Epidermoide.

El carcinoma epidermoide puede crecer en la superficie del cérvix como lesión papilar o polipoide, o bien su crecimiento puede ser endofítico infiltrando estructuras circundantes sin crecimiento superficial evidente, puede haber necrosis acompañada de ulceración.

Desde el punto de vista histológico puede dividirse en tipos de acuerdo con el grado histológico y con el tipo celular, de acuerdo a la OMS, incluyendo los que a continuación se mencionan:

Queratinizante.

Se compone de islotes de células escamosas con una característica sobresaliente en relación con la producción de escamas redondeadas de células con nidos centrales de queratina brillante eosinofílica.

No

Queratinizante.

Este tipo de tumores contiene células que aunque por lo general son reconocibles como de tipo escamoso debido a su forma poligonal muestran poca o ninguna queratinización y las perlas de queratina pueden estar ausentes, algunos tumores ocasionales en esta categoría son de grado nuclear bajo, pero la mayoría son de alto grado nuclear con mitosis.

Verrugoso.

Se caracteriza por un patrón de crecimiento papilar exofítico que se acompaña de características citológicas anormalmente benignas y con un crecimiento indoloro, el tumor crece en forma lenta atrapando las estructuras adyacentes; las frondas papilares están cubiertas por queratina y su grado de atipia puede ser mínimo.

Condilomatoso.

Este es el nombre que se da al carcinoma epidermoide que tiene una superficie verrugosa combinada con características de la infección por el virus del papiloma humano, pero su consideración como una categoría separada en cérvix es un fenómeno cuestionable.

Papilar
Epidermoide.

Estos llevan implícitos en su nombre una arquitectura papilar con un componente epidermoide atípico a pesar de que hay varias dificultades diagnósticas para determinar si la invasión esta presente, el término no confiere una diferencia en comportamiento con las formas histológicas mas habituales de la región.

Similar al
Linfoepitelioma.

Tiene una semejanza sorprendente con el tumor nasofaríngeo del mismo nombre; está compuesto de islotes poco definidos de células indiferenciadas en un ambiente con un intenso infiltrado de linfocitos, las células tumorales tienen núcleos vesiculares y uniformes con nucleolo prominente y cantidades moderadas de citoplasma eosinófilo. Los estudios de inmunohistoquímica identifican anticuerpos contra la queratina dentro de las células tumorales y los marcadores de células T se ven positivos en la mayoría de linfocitos (15.22).

TUMORES GLANDULARES:

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL GLANDULAR:

Hace mas de 30 años que se reconoció el Adenocarcinoma in situ (AIS) del cérvix; (Friedell y Mickay 1953), y se diagnostica cada vez con mas frecuencia; se relaciona a menudo con Neoplasia Intraepitelial Cervical escamosa. El concepto microscópico mas relevante considera que la lesión desarrolla un patrón arquitectónico que semeja a las glándulas que se observan en forma normal en las criptas endocervicales pero con reemplazo de epitelio por células atípicas que muestran una pérdida de polaridad, aumento del tamaño nuclear, pleomorfismo nuclear, anisocariosis, actividad mitótica, reducción de la mucina citoplasmática y estratificación.

La neoplasia intraepitelial glandular de alto grado (NIGAG) es el término que se utiliza para el ejemplo mas grave de cambios observados.

La neoplasia intraepitelial glandular cervical afecta al epitelio superficial y las glándulas de las criptas sea de forma focal, adyacente a la unión escamocolumnar, multifocal o como un defecto de campo diseminado que afecta a gran cantidad de criptas columnares endocervicales. Esta entidad puede presentirse muchos años antes de que se desarrolle un carcinoma invasor. Algunos estudios demuestran que un promedio para mujeres con adenocarcinoma in situ es de 15 a 18 años menor que para mujeres con carcinoma invasor (Shingleton 1998).

ADENOCARCINOMA INVASOR:

Existen varios patrones de adenocarcinoma invasor de cérvix y son los que a continuación se mencionan:

Tipo

Endocervical:

Es el tumor mas habitual, corresponde al 90 por ciento, el epitelio neoplásico se asemeja al de las criptas endocervicales normales, lo que da lugar a glándulas de tamaño variable y con alteraciones en su forma, las células individuales muestran de manera paradójica menos anomalías que las que se ven en la neoplasia intraepitelial glandular.

AdenoCa

de desviación

mínima.

Se refiere a un carcinoma en el cual el patrón de crecimiento glandular se encuentra muy bien diferenciado y no muestra atipia de las células epiteliales, desde el punto de vista clínico puede relacionarse con un pronóstico muy pobre con poca sobrevida (Kaminski y Norris 1983, Steeper y Wick 1986).

Tumores

Mucinosos.

Se componen de células de tipo intestinal y tienen abundante citoplasma rico en mucina, con núcleos localizados en la base. Los lúmenes glandulares están distendidos por abundante mucina que puede observarse en forma de depósitos en el estroma (Shingleton y cols. 1981).

Carcinoma
Endometrioides.

Estos tumores tienen una apariencia semejante al tipo habitual del carcinoma endometrial, por tanto el diagnóstico puede hacerse solo si el endometrio mismo es normal y puede obtenerse solamente después de la pieza completa de histerectomía.

Carcinoma de
Células claras.

Existen dos tipos de carcinomas de células claras del cérvix: a) los tumores de patrón endometrial o endocervical, pueden tener pequeñas áreas de células claras que forman hojas sólidas o estructuras glandulares con poco desarrollo, b) es aquel que se refirió antes como carcinoma mesonefrico, compuesto de una gran variedad de patrones; sólido, de células claras con áreas tubulo quísticas, con epitelio en tachuela y con áreas papilares. Este tipo de tumor constituye el 2 por ciento de los carcinomas cervicales, se ha estudiado mucho en hijas de mujeres a quienes se les administró Diestilbestrol durante el embarazo.

Ca Papilar
Seroso.

Es raro observarlos como una forma pura, están compuestos de frondas papilares complejas que descansan en una cubierta fibrovascular. El Ca papilar seroso es particularmente una variante rara, semejante por su aspecto a los tumores del mismo nombre que se han identificado en el ovario (Shingleton y Gheserson 1998).

TUMORES MESENQUIMATOSOS Y MISCELANEOS DEL CERVIX.

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO: (*SARCOMA BOTRIOIDES*)

Es un tumor que se encuentra con frecuencia en niñas, en quienes se presenta como masa polipoide blanda como racimo de uva en el introito y llena toda la vagina.

Es un tumor con enorme malignidad, crece en la capa estromal Mülleriana subepitelial y está presente en cérvix y vagina.

Se compone de tejido mixoide laxo que contiene rabiomioblastos estriados agrupados (Scully 1988).

LEIOMIOSARCOMA:

Este tipo de tumor puede crecer de un leiomioma del estroma cervical o propiamente del músculo liso de los vasos sanguíneos del cérvix.

SARCOMAS Y CARCINOSARCOMAS:

Contiene elementos mesenquimatosos homólogos (tejido que puede encontrarse en el cérvix) o heterólogo (tejido que no se encuentra en el cérvix; Scully 1988), también denominados tumores Müllerianos Mixtos Malignos (MMMT) (Abell, 1973). Los sarcomas de tipo estromal cervical o endocervical crecen en la sustancia propia del cérvix. Los sarcomas y los tumores Müllerianos mixtos malignos se comportan en una forma muy semejante a su contraparte con el cuerpo uterino y son poco diferenciados y muy agresivos.

LINFOMAS:

Es un tumor extremadamente raro, se presenta en mujeres jóvenes en la tercera década de la vida (Neuverg 1974, Stransky y cols. 1953).

MELANOMA:

Este tipo de tumor se encuentra en muy raras ocasiones en el cérvix (Jones y cols. 1971).

OTROS TUMORES EPITELIALES.

CARCINOMA ADENOESCAMOSO:

Esta compuesto por una combinación de tejidos epiteliales escamosos y glandulares malignos, algunos autores establecen que es necesario un componente mínimo de diferenciación glandular para que se altere el diagnóstico de carcinoma epidermoide a carcinoma adenoescamoso (Scully 1994).

CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS:

Esta variante histológica está compuesta de células redondas, pequeñas con núcleos oscuros uniformes y deben distinguirse de los carcinomas epidermoides de células pequeñas no queratinizantes. Este tumor tiene diferenciación neuroendócrina, su pronóstico es muy malo.

ESTADIFICACION DE LA FIGO PARA EL CARCINOMA CERVICOUTERINO (1995).

TNM	FIGO	DEFINICION
Tumor Primario (T)		
TX	-	El tumor primario no puede identificarse
TO	-	No hay evidencia de tumor primario
Tis	O	Carcinoma in situ. Ca. Intraepitelial
TI	I	Carcinoma de cérvix confinado al cuello-uterino (La extensión al cuerpo uterino-debe descartarse)
IIa	IA	Carcinoma Invasor, diagnosticado por microscopio. Todas las lesiones macroscópicas, aún con invasión superficial, son cánceres en etapa clínica IB, la invasión se limita a la medición de la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y sin un ancho mayor a 7 mm
IIai	IAI	Invasión del estroma microscópica evidente mínima, la medición de la invasión del estroma no supera los 3 mm de profundidad y el ancho no es mayor de 7 mm
IIa2	IA2	La medición de la invasión del estroma es mayor de 3 mm, pero no mayor de 5 mm- y no es más ancha de 7 mm, *la profundidad de la invasión no debe ser mayor a 5 mm tomada desde la base del epitelio, ya sea superficial o glandular, según a partir del cual se originó, la afección al espacio vascular, ya sea venoso o linfático no altera la estadificación
IIb	IB	Lesión clínica confinada al cérvix, o lesión preclínica mayor que el estadio IA
	IBI	Lesión clínica no mayor de 4 cm de su tamaño
	IB2	Lesión clínica mayor de 4 cm de tamaño
T2	II	Carcinoma cervical que invade más allá del útero, pero no alcanza la pared pélvica o el tercio inferior de vagina
T2a	IIA	No hay invasión parametrial evidente
T2b	IIB	Invasión parametrial evidente
T3	III	Extensión a la pared pélvica y/o afección al tercio inferior de vagina con hidronefrósis o riñón no funcional
T3a	IIIA	El tumor involucra al tercio inferior de vagina, sin afectar la pared pélvica
T3b	IIIB	El tumor se extiende a pared pélvica, hidronefrósis o riñón no funcional
T4	IV	Se extiende más allá de la pelvis verdadera, afecta a mucosa de vejiga o recto
	IVA	El tumor invade mucosa de recto o vejiga se extiende más allá de pelvis verdadera
MI	IVB	Metástasis a distancia

Sociedad de Ginecólogos Oncólogos (1994), Handbook: Staging of Gynecologic Malignancies 1st ed. Chicago: Society of Gynecologic Oncologist. AJCC/UICC, 1992.

FACTORES PRONOSTICOS DEL CANCER CERVICOUTERINO.

- **VOLUMEN TUMORAL.**
- **CONFIGURACION MACROSCOPICA DEL TUMOR:**
 - a) exofítico
 - b) endofítico
 - c) tonel
- **EXTENSION VAGINAL O A CAVIDAD ENDOMETRIAL.**
- **GRADO HISTOLOGICO DEL TUMOR.**
- **PROFUNDIDAD DE INVASION TUMORAL.**
- **INVASION VASCULAR Y LINFATICA.**
- **METASTASIS GANGLIONARES REGIONALES.**
- **METASTASIS GANGLIONARES A DISTANCIA.**
- **METASTASIS A ORGANOS.**

(Berek, Piver, Van Nagell, Shingleton 1998)

(3, 5, 13, 22)

FRECUENCIA DE METASTASIS GANGLIONARES DE ACUERDO AL ESTADIO CLINICO.

<i>Estadio Clínico:</i>	<i>Porcentaje:</i>
IA1	0-0.5%
IA2	1-2%
IB	10-15%
IIB	20-25%
III	> 35%
IV	> 50%

(1, 3, 5, 11)

HISTERECTOMIA RADICAL. CLASIFICACION.

CLASE I.

Llamada Histerectomía extraponeurótica e indicada según la sociedad de Ginecólogos Oncólogos para el carcinoma microinvasor.

CLASE II.

Es la resección de la mitad a un tercio de los ligamentos cardinales mientras se mantiene un aporte sanguíneo adecuado a los úteres distales y a la unión uretero vesical.

Los vasos uterinos se ligan en una zona medial al uréter, y los ligamentos uterosacos se seccionan en el punto medio entre el útero y el sacro. Se reseca un margen de 1 a 3 cm en la vagina superior, se recomienda en casos de enfermedad en estadio IA con invasión tumoral de 3 a 5 mm o cualquier lesión en estadio IA con invasión al espacio vascular linfático o ambos.

CLASE III.

El llamado procedimiento de Meigs representa la Histerectomía radical definitiva en la cual se efectúa una resección extensa de los tejidos paracervicales y parametriales hacia las paredes

laterales de la pelvis. Se dividen los ligamentos vesicouterinos anterior y posterior y se separan por completo de los uréteres y la vejiga del tejido paracervical circundante. Los vasos uterinos se ligan en su origen a partir de la a. Hipogastrica. Se cortan los ligamentos uterosacros en su punto de adherencia al sacro.

CLASE IV.

Se disecciona completamente el uréter de los ligamentos cardinales y vesicouterino; se sacrifica la a. Vesical superior y se extirpa el 75 por ciento de la vagina, así como el útero y los parametrios con asociación con linfadenectomía completa.

CLASE V.

Se extirpa el uréter terminal o un segmento de la vejiga o el recto junto con el útero, los parametrios, los anexos y los ganglios pélvicos.

LINFADENECTOMIA.

La disección de los ganglios pélvicos y paraórticos se lleva a cabo en conjunto con las histerectomías clase II y III.

Se disecciona el tejido ganglionar superior, lateral y medial a los vasos iliacos primitivos, iliacos externos e hipogastricos y en la fosa obturadora por arriba del nervio obturador.

La linfadenectomía paraórtica consiste en primer lugar en la disección de los ganglios contenidos en la grasa a lo largo de la cadena lateral derecha de la aorta desde su bifurcación hasta el origen de la arteria mesentérica inferior, la mayoría de los investigadores estadounidenses sugieren la valoración de los ganglios paraaórticos para determinar la presencia de enfermedad metastásica antes de realizar la histerectomía (Shingleton y Gusberg, 1988) (2,6,8,13,14,18,20,22).

PROGRAMAS DE SCREENING.

La Citología Exfoliativa Cervicovaginal (Frotis de Papanicolau) representa uno de los avances más importantes de la medicina preventiva del siglo XX, la implementación generalizada del screening con frotis de Papanicolau determinó una reducción del 40-80% en la incidencia y mortalidad por Cáncer Cervicouterino Invasor gracias al diagnóstico y al tratamiento precoz de la displasia cervical y del carcinoma microinvasor, sin embargo, los frotis de Papanicolau se ven limitados por una tasa de falsos negativos del 15%, resultantes de la errónea interpretación citológica y el muestreo inadecuado así como por incumplimiento de la paciente; sobre todo en pacientes de alto riesgo (El 60% de las pacientes que mueren por Cáncer Cervicouterino nunca se han controlado con un frotis de Papanicolau).

Además el Papanicolau no detecta de manera confiable el Adenocarcinoma del cuello uterino (15).

En la actualidad el American Cancer Society y el American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda practicar un frotis de Papanicolau y examen pélvico a todas las mujeres sexualmente activas de 18 años o mayores. De todos modos, después de tres citologías normales consecutivas, este Screening se puede practicar con menos frecuencia (cada uno a tres años), quedando esto a criterio del médico (1,15,16).

Según la Norma Mexicana para la pesquisa del Cáncer Cervicouterino, menciona que la citología es un procedimiento más efectivo, inocuo y menos costoso para descubrir lesiones malignas incipientes y asintomáticas. Debe hacerse en toda mujer que ha iniciado relaciones sexuales con una periodicidad de tres años.

Cuando no hay control de calidad de los laboratorios de citología es preferible hacerla cada año.

Este estudio es únicamente un procedimiento de pesquisa que discrimina los casos sospechosos que requieren más estudios; no sustentan ningún tratamiento, éste debe decidirse sólo con base en la biopsia exo y endocervical.

Según la Norma Oficial Mexicana el resultado del estudio citológico debe ser descriptivo e informarse como a continuación se describe; negativo a cáncer, negativo con proceso inflamatorio, displasia leve (NIC I), displasia moderada (NIC II), displasia grave (NIC III), cáncer microinvasor e invasor, adenocarcinoma y por último maligno no especificado. Los hallazgos adicionales que podemos tener son imagen del virus del Papiloma Humano, imagen del virus del herpes, tricomonas, bacterias, hongos y otras alteraciones que debemos claramente de especificar.

En algunos laboratorios de patología tiende a clasificarse el resultado con el sistema Bethesda que, en síntesis agrupa las lesiones de hiperplasia atípica en: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), equivalente al NIC I; Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), equivalente al NIC II o III, para fines prácticos de estudios estadísticos es recomendable unificar la clasificación siguiendo la norma oficial mexicana, en última instancia lo que importa es saber si el estudio muestra hiperplasia del epitelio, si ésta tiene atípias y el grado de extensión de las mismas.

Mientras que la citología es un método de detección de cáncer cervicouterino realizado por laboratorio, la Colposcopia es un método clínico, el colposcopio se basa en la evaluación estereoscópica de la zona de transformación; esta zona es la porción del cérvix originalmente revestida por epitelio columnar, que a través de un proceso de metaplasia escamosa se ha transformado en epitelio escamoso.

En el cuarto Congreso Internacional de Patología Cervical y Colposcopia realizado en Londres Inglaterra en 1981 se acordó que a todas aquellas pacientes con citología cervical sospechosa de neoplasia, o pacientes con alto riesgo para cáncer cervicouterino

deberían de someterse al programa de colposcopia por la gran especificidad para la detección temprana de la enfermedad (13).

La neoplasia intraepitelial cervical es asintomática y sin lesión macroscópica, la colposcopia magnifica las lesiones y ayuda a identificarlas como NIC o como carcinoma invasor. Estas son mas evidentes con la aplicación de ácido acético, manifestándose como zonas blanquecinas de las cuales debe tomarse biopsia.

Es recomendable que toda citología con anormalidades celulares del virus del papiloma humano o de displasia sea enviada a una clinica de displasias para colposcopia y diagnóstico definitivo, las lesiones colposcópicas deben informarse según lo estipulado por la norma oficial mexicana.

El diagnóstico colposcópico debe notificarse como a continuación se menciona; sin alteraciones, alteraciones inflamatorias inespecificas, virus del papiloma humano, neoplasia intraepitelial cervical, neoplasia invasora y otros (pólipos, fibromas, quistes, adenosis, etc.).

A las pacientes con citología anormal y colposcopia insatisfactoria se les deberá realizar legrado endocervical o conización.

En los casos en que por biopsia se sospeche de microinvasión o discrepancia entre la citología, colposcopia y biopsia se deberá realizar un cono o cilindro dependiendo del caso y este será enviado al departamento de patología para el estudio de los cortes ya que cabe mencionar que el diagnóstico definitivo del carcinoma cervicouterino es por biopsia (Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En base a los antecedentes sobre la incidencia y mortalidad en las pacientes con Carcinoma Cervicouterino, consideramos que es de gran trascendencia elaborar un diagnóstico en forma oportuna.

Tomando en cuenta los factores de riesgo de cada paciente en particular, apoyados en el estudio histopatológico, así como de los estudios de diseminación tumoral.

Así mismo, posterior a la elaboración del diagnóstico se hace indispensable someter a la paciente al tratamiento mas adecuado para así mejorar la sobrevivencia, por tal motivo me interesa conocer cuales fueron las complicaciones quirúrgicas mas frecuentes de la Histerectomía Radical, comprendidas en el periodo del 1ro. de Enero de 1993 al 31 de Diciembre de 1997.

La Histerectomía Radical es una intervención quirúrgica que conlleva riesgos, me interesa conocer si las complicaciones son inherentes a la técnica quirúrgica, como poder evitarlas, para así mejorar la calidad de vida de la paciente.

Por tal motivo es de capital importancia tenerlas en mente para valorar que es lo más adecuado; proponer el tratamiento quirúrgico o bien la utilización de la Radioterapia.

Justificando lo anterior basados en el conocimiento de la similitud de la respuesta al tratamiento con Radioterapia comparada con la cirugía radical.

HIPOTESIS.

La Histerectomía Radical es una intervención quirúrgica que conlleva mínimas complicaciones inherentes a la técnica; en el presente estudio se pretende demostrar lo anterior, e identificar el tipo mas frecuente de complicaciones y su porcentaje de presentación, en un grupo de pacientes operadas en un periodo de 5 años en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

OBJETIVOS.

1. Conocer las complicaciones quirúrgicas mas frecuentes de la Histerectomía Radical.
2. Identificar si las complicaciones quirúrgicas de la Histerectomía Radical están vinculadas directamente con la morbimortalidad, o en su defecto, si está directamente implicado el proceso patológico en sí.
3. Cual es el porcentaje de pacientes que llegan al Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, que son tributarias a tratamiento quirúrgico radical.

JUSTIFICACION.

Tomando en cuenta que el Carcinoma Cervicouterino es la primer causa de muerte ginecológica en nuestro país; se ha observado que un porcentaje considerable de pacientes, llegan a nuestro Hospital en estadio clínico avanzado; sólo algunos casos son tributarios a tratamiento quirúrgico radical.

A éstos, es importante ofrecerles tratamiento quirúrgico ya que la Histerectomía Radical nos da un margen de complicaciones muy bajo. Así mismo, de esto resulta que exista un menor costo para la institución; en nuestro hospital no se cuenta con equipo de radioterapia, comparando el beneficio institucional y de la paciente el tratamiento con radioterapia conlleva complicaciones que no son corregibles de manera inmediata, y que la intervención quirúrgica con sus mínimas complicaciones es un tratamiento curativo a corto plazo.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION.

- RETROSPECTIVO.
- TRANSVERSAL.
- DESCRIPTIVO.

GRUPO PROBLEMA.

Pacientes con el diagnóstico de cáncer cervicouterino en estadio clínico IB, IIA y IIB que fueron atendidas en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud en los últimos 5 años.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se estudiaron 90 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, a las cuales se les realizó estudio histopatológico y de extensión para la estadificación clínica de la enfermedad, se sometieron a Histerectomía Radical con linfadenectomía pélvica 20 pacientes en estadios clínicos IB, IIA y IIB.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las pacientes con el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino en estadio clínico IB-IIA que no tuvieron contraindicación para la intervención quirúrgica radical.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Todas las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino que se salían del estadio clínico temprano.
- Todas las pacientes con el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino, portadoras de enfermedades concomitantes como son obesidad, desnutrición y edad avanzada a quienes se les valoró con riesgo quirúrgico elevado.

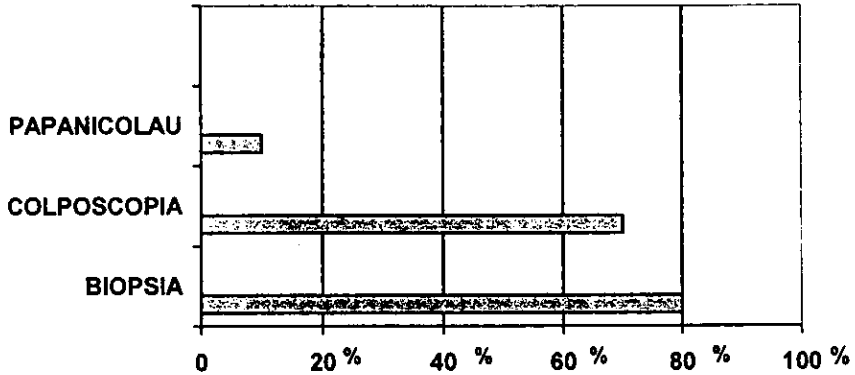
CRITERIOS DE ELIMINACION.

Todas aquellas pacientes en las cuales se descartó el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino por estudio histopatológico.

VARIABLES ESTUDIADAS.

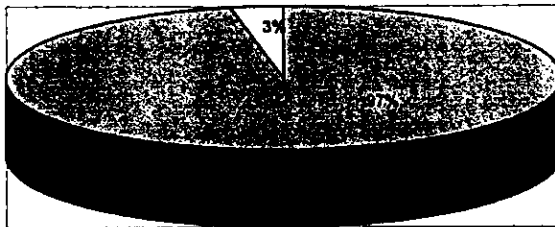
- Edad.
- Tiempo de evolución.
- Principal Síntoma.
- Estadio Clínico.
- Exploración física.
 1. Especuloscopía.
 2. Tacto vaginal.
 3. Colposcopia.
- Reporte de Biopsia.
- Reporte de pieza quirúrgica.
- Tratamiento Adyuvante.
- Tiempo de control.
- Estado actual.
- Complicaciones quirúrgicas transoperatorias.
- Complicaciones quirúrgicas posoperatorias.

CANCER CERVICOUTERINO METODOS DIAGNOSTICOS.



ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

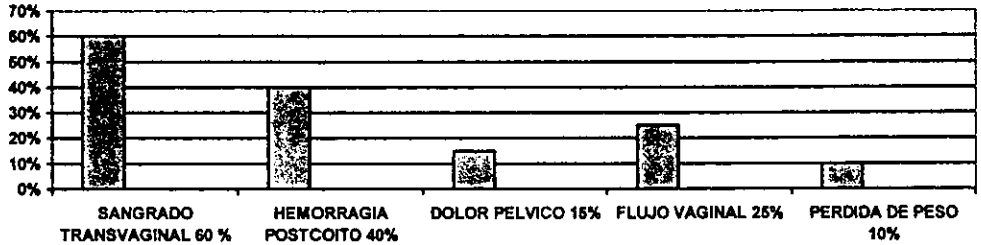
CANCER CERVICOUTERINO FACTORES DE RIESGO.



□ CON FACTORES DE RIESGO.
□ SIN FACTORES DE RIESGO.

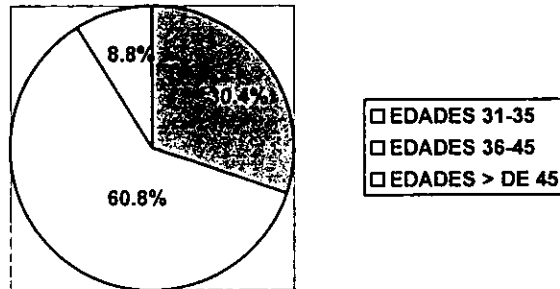
ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

CANCER CERVICOUTERINO PRINCIPALES SINTOMAS



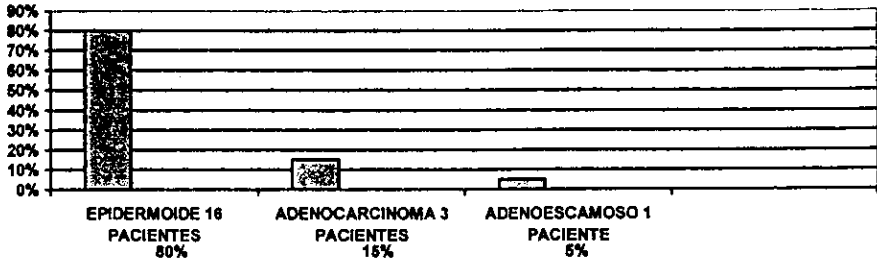
ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

HISTERECTOMIA RADICAL GRUPOS DE EDAD



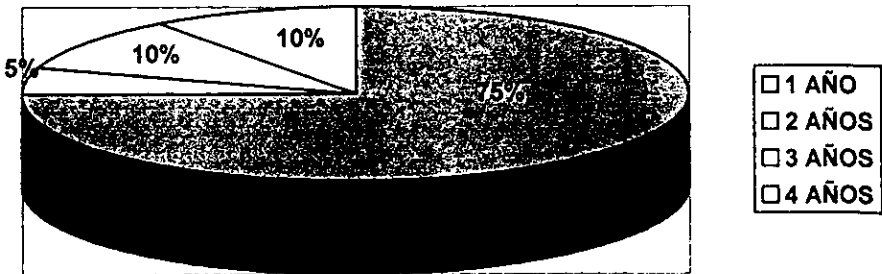
ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

CANCER CERVICOUTERINO EXTIRPE HISTOLOGICA



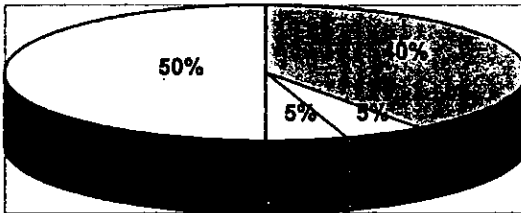
ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

CANCER CERVICOUTERINO TIEMPO DE CONTROL



ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

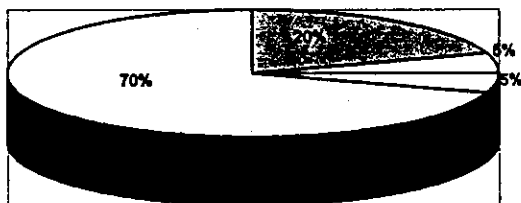
HISTERECTOMIA RADICAL COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS



- HEMORRAGIA 8 PACIENTES
- LESION VESICAL 1 PACIENTE
- LESION URETERAL 1 PACIENTE
- SIN COMPLICACIONES

ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

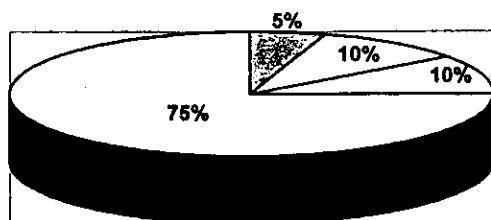
HISTERECTOMIA RADICAL COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS



- INFECCION DE VIAS URINARIAS 4 PACIENTES
- INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS 1 PACIENTE
- HIPOGLICEMIA 1 PACIENTE
- SIN COMPLICACIONES

ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

HISTERECTOMIA RADICAL COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MEDIATAS



- LINFOQUISTE 1 PACIENTE
- ABSCESO DE PARED 2 PACIENTES
- DEHISCENCIA DE Hx.Qx. 2 PACIENTES
- SIN COMPLICACIONES

ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER. S.S.A. 1998.

RESULTADOS.

Después de una revisión retrospectiva comprendida de los años 1993 a 1997, con respecto a las complicaciones quirúrgicas mas frecuentes de la Histerectomía Radical, en el Hospital de la Mujer los resultados fueron los siguientes:

Las pacientes que se sometieron a tratamiento quirúrgico radical fueron un total de 20, lo que corresponde a un 22 por ciento del tamaño de la muestra y encontrándose estas en estadios clínicos del carcinoma cervicouterino IB, IIA y IIB.

Las principales complicaciones registradas con este procedimiento las clasificamos como: transoperatorias y postoperatorias, subdividiendo a estas últimas en inmediatas (hasta las 48 hrs.) y mediatas (posterior a las 48 hrs.), las principales complicaciones que se observaron fueron; transoperatorias: hemorragia en 8 pacientes (40 por ciento), lesión vesical en una paciente (5 por ciento) y lesión ureteral en una paciente (5 por ciento); sumando un total de 10 pacientes en las cuales las complicaciones se solucionaron durante el transoperatorio sin producir otro problema.

De las complicaciones postoperatorias inmediatas tuvimos 4 pacientes con infección de vías urinarias (20 por ciento), una paciente con infección en vías respiratorias altas (5 por ciento) y una paciente con hipoglicemia (5 por ciento); en las mediatas se encontró a dos pacientes con dehiscencia de la herida quirúrgica (10 por ciento), dos pacientes con absceso de pared (10 por ciento) y una paciente con linfoquiste (5 por ciento).

Las primeras se solucionaron con tratamiento médico sin complicaciones; las segundas con procedimientos quirúrgicos menores (drenajes, lavados quirúrgicos y aspiración transcutánea guiada con USG), solucionándose estas de manera definitiva.

De las restantes variables estudiadas tenemos: la edad, de 31 a 35 años 6 pacientes (30.4 por ciento), 36 a 45 años 12 pacientes (60.8 por ciento) y mas de 45 años 2 pacientes (8.8 por ciento); tiempo de

evolución de la enfermedad al momento de la primera revisión: 6 meses 15 pacientes (75 por ciento), un año 2 pacientes (10 por ciento) y dos años 3 paciente (15 por ciento).

Los síntomas de presentación fueron: sangrado transvaginal 12 pacientes (60 por ciento), hemorragia postcoito 8 pacientes (40 por ciento), dolor pélvico 3 pacientes (15 por ciento), flujo vaginal 5 pacientes (25 por ciento) y pérdida de peso en 2 pacientes (10 por ciento).

Los datos clínicos a la exploración fueron los siguientes: tumor exofítico 18 pacientes (90 por ciento), sangrado transvaginal 6 pacientes (30 por ciento), leucorrea 1 paciente (5 por ciento) y sin evidencia de tumor palpable 2 pacientes (10 por ciento). En relación a la especuloscopia en 18 pacientes (90 por ciento) encontramos lesión exofítica que penetraba a canal endocervical, en las 2 restantes solo se observó ectrópion cervical. Catorce pacientes se enviaron a estudio colposcópico con los siguientes resultados: lesión acetopositiva, vasos atípicos y mosaico en 11 pacientes (78.5 por ciento), datos de carcinoma invasor con mosaicos mas gruesos y lesiones acetopositivas muy densas en solo 3 pacientes (21.4 por ciento).

Los resultados de biopsia fueron: carcinoma epidermoide en 16 pacientes (80 por ciento), adenocarcinoma en 3 pacientes (15 por ciento) y adenoescamoso 1 paciente (5 por ciento), estos resultados no variaron al estudiarse la pieza quirúrgica.

También se estudió el tiempo de control postquirúrgico de nuestras 20 pacientes el cual se distribuye de la siguiente manera: de un año 15 pacientes (75 por ciento), de dos años 1 paciente (5 por ciento), de tres años 2 pacientes (10 por ciento), de 4 años 2 pacientes (10 por ciento) y en 5 años ninguna paciente.

El estado de salud en que se encuentran en su último control es de 17 pacientes vivas sin actividad tumoral y sin secuelas posterior al tratamiento, una paciente con recurrencia de enfermedad local parametrial, diagnosticada a los 18 meses del tratamiento inicial y tratada complementariamente con radioterapia radical; solo dos pacientes fallecieron y la causa es diferente a su enfermedad neoplásica, a los tres años de control y sin actividad tumoral.

DISCUSION DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los reportados en la literatura (9,17,24,26), excepto la incidencia con que se presenta el Carcinoma Cervicouterino en nuestro país, y donde la mortalidad por esta enfermedad se ha incrementado un setenta y cinco por ciento a partir de la década de los setentas, siendo la tasa actual de mortalidad del 24.2 por ciento por 100 000 mujeres; falleciendo una mujer cada dos horas (21).

Se hace mención a las complicaciones quirúrgicas mas frecuentes de la Histerectomía Radical que son mínimas cuando se realiza en los estadios clínicos IB, IIA y IIB.

La hemorragia transoperatoria por lesiones a grandes vasos sigue siendo la más común, en nuestro estudio encontramos 40 por ciento de las veinte pacientes operadas, en Estados Unidos se sigue encontrando un porcentaje similar, 40-50 por ciento (13,17,26).

En las complicaciones postoperatorias inmediatas es la infección en vías urinarias, que corresponde a 20 por ciento en nuestro estudio, comparado con Estados Unidos en donde tiende a disminuir quizá, ellos hacen mención por la aplicación de antibióticos profilácticos; en donde es de un 15 por ciento (17,22).

En relación con las complicaciones postoperatorias mediatas, encontramos en nuestro hospital al linfquistes en un 5 por ciento, al absceso de pared y dehiscencia de herida quirúrgica en un 10 por ciento; comparado con Estados Unidos y Europa en donde la formación de linfquistes es del 15 al 20 por ciento, aún con la colocación de drenajes retroperitoneales (13,15,26).

Después de la Histerectomía Radical con linfadenectomía bilateral se da una tasa de curación del 75-90 por ciento a cinco años (13,16), en nuestro estudio aun no llegamos a este tiempo de control, sin embargo todas las pacientes se encuentran sin actividad tumoral hasta el último control.

De acuerdo a la edad de presentación tenemos que el mayor porcentaje esta entre las mujeres de 36 a 45 años, esto comparado con Estados Unidos en donde la edad de presentación es mas temprana alrededor de los 34 años.

Los síntomas de presentación en nuestro estudio fueron el sangrado transvaginal y la hemorragia postcoito comparado con otros países como Estados Unidos y Europa que son los mismos y se presentan en un 40-50 por ciento. En México como en Estados Unidos el signo mas frecuentemente encontrado es el tumor exofítico y se presenta en un 55-60 por ciento de las pacientes que acuden a la consulta (15,16,24), hecho encontrado en nuestro estudio.

Con relación a los estudios realizados por colposcopia se encuentran datos sugestivos de carcinoma invasor como es el mosaico grueso y las lesiones acetopositivas en un 55 por ciento en nuestro estudio, comparado con Estados Unidos en donde se le encuentra en un 85 por ciento.

En relación con la extirpe histológica es muy parecida la frecuencia encontrada en otros países Americanos y Europeos, siendo esta el carcinoma epidermoide que se presenta en nuestro estudio con la misma frecuencia reportada en los países mencionados, 75-80 por ciento (27).

CONCLUSIONES.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, logramos observar ciertas características de nuestra población y concluir los siguientes puntos:

- De acuerdo con los reportes de la literatura Norteamericana y Mexicana (9, 13, 14, 17, 20, 22, 25) las complicaciones quirúrgicas de la Histerectomía Radical tipo III de Meigs, siguen siendo muy bajas, estas son hemorragia, lesión vesical, lesión ureteral, infección en vías urinarias, linfquistes, absceso de pared y dehiscencia de herida quirúrgica, y son comparables a las encontradas en nuestro estudio.
- Identificamos que las complicaciones quirúrgicas de la Histerectomía radical están vinculadas directamente con la morbilidad mas no con la mortalidad ya que estas se resolvieron sin problemas con intervenciones quirúrgicas menores y que estas no dejan secuelas a largo plazo. En ninguna paciente encontramos muerte inherente a la Histerectomía Radical.
- El porcentaje de pacientes que llegan al Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud que son tributarias a tratamiento quirúrgico radical es del 22%.

BIBLIOGRAFIA.

1. Risk Factors for recurrence in patients with Stage IB, IIA y IIB Cervical Carcinoma after Radycal Hysterectomy and posoperative pelvic irradiation. *Obstet. Gynecol.* 1996; vol. 88:274-79.
2. Laparoscopic Radycal Hysterectomy (type III) with aortic and pelvic Lynphadenectomy. *Am J. Obstet. Gynecol.* 1996; vol. 174 pags. 1763-1768.
3. Parametrial involvement, regardless of nodal status: A poor prognostic factor for cervical cancer. *Obstet. Gynecol.* 1996; vol. 87 pags. 741-746.
4. Dranaige following Radycal Hysterectomy and pelvic Lymphadenectomy: Dogma or need? Department of Obstetrics and Gynecology. Smmelweis University Medical School Budapest 1088. Hungary. Vol. 87; No. 4 April 1996.
5. Surgically defined prognostic parameters in patients with early cervical carcinoma. *Cáncer* 1996. Vol. 78; pags. 1438-46.
6. Modified type IV-V Radycal Hysterectomy with sistematic pelvic and aortic Lymphadenectomy in the treatment of patients with stage III cervical carcinoma. *Cáncer* 1996 vol. 78 pags. 2359-65.
7. Lymphoepitelioma-Like Carcinoma of the uterine cervix. Association with Epstein-Barr Virus and Human Papillomavirus. *Cancer* 1997 vol; 80: pags. 91-97.

8. Vaginal Radical Hysterectomy versus Abdominal Radycal Hysterectomy in the treatment of early stage cervical cancer. *Gynecologyc Oncology*. Vol; 62: 1996. Pags. 336-339.
9. Lesions of the ureter in Radycal Hysterectomy for cervical cancer. *Gynecol-Oncol*. 1996 feb; 60(2): pags. 184-87.
10. Recurrent stage IB Cervical Carcinoma: evaluation of the effectiveness of routine follow up suveillance. *Br. J. Obstet-Gynecol*. 1996 Nov.; 103 (11): pags. 1156-58.
11. Stage IB and IIA Cervical Cancer with negative lymph nodes: the role of adyuvant radiotherapy after Radycal Hysterectomy. *Gynecol-Oncol*. 1997 Jul; 66(1): pags. 31-35.
12. Regarding a series of IB bulky Cervical Cancer treated with neoadyuvant chemotherapy and Radical Hysterectomy and pelvic Lymphadenectomy. *Ginecol-Oncol*. 1996 Apr; 61 (1): pags. 156-58.
13. Histerectomía Abdominal Extensa con Linfadenectomía Pelviana. John D. Thompson. *Ginecología Quirúrgica*. Te Linde 1993; 7 edición edit. Panamericana: pags. 1071-1078.
14. Aspectos quirúrgicos del Cáncer Cervicouterino. James W. Orr. Jr. Y Robert W. Holloway. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*. Vol. 5 1993. Pags. 1119-36. Edit. Interamericana.
15. Procesos Malignos del Cuello Uterino. Jeffrey Fowler y F. J. Montz. 1994. Pags. 399-411. Cammeron.
16. Cáncer del Cuello Uterino. *Medicine* 1995; 6(97): pags. 4311-4316.

17. Complications of Radycal Hysterectomy during management of stage IB and IIA cervix uterine cancer. Experience with 145 patients. *Gynecol-Obstet-Mex.* 1996 Jun.; 64: pags. 265-71
18. Radycal Hysterectomy: Personal reflections. *Gynecol-Oncol.* 1996 Feb. 60 (2): pags. 184-7.
19. And analysis of cell type in patients with surgically stage IB carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol-Oncology.* 1996 Dec.; 63 (3): pags. 304-11.
20. A new proposal for Radycal Hysterectomy. *Gynecol-Oncol.* 1996 Sep. 62 (3): pags. 370-378.
21. Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical en México, Diagnóstico situacional. Instituto Nacional de Cancerología vol. 42 Número 3. 1996. Págs. 123-140.
22. *Oncología Ginecológica. Diagnóstico y Tratamiento.* H.M. Shingleton W.C. Fowler, J.A. Jordan, W.D. Lawrence. Edit. Mc. Graw Hill. Interamericana. 1998. Págs. 1-7.
23. *Cáncer: Principios y práctica de Oncología.* Vincent T. De Vita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg. Tomo I 2da. Edición, Editorial Salvat. Págs. 944-945.
24. *Oncología Clínica;* American Cancer Society, Gerald P. Murphy, Walter Lawrence, Raymond E. Lenhard. 2da. Edición, Editorial Panamericana de la Salud 1996. Págs. 618-622.
25. *Surgycal Oncology Handbook.* David H. Berger. M. D. Anderson Cancer Center, Houston, 1995. Págs. 347-356.
26. *Oncología Ginecológica.* Di Giorgio, Milán, 1992. Págs. 83-85.

27. Oncología Médica; Gianni Bonadonna, Gioacchino Robustelli, Della Cuna, Umberto Veronesi, Editorial Masson, año 1993. Págs. 643-648.