

112402



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO EN INVESTIGACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**

**QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION SEGUIDA DE EXCENTERACION
PELVICA EN PACIENTES CON CANCER DE CERVIX RECURRENTE
FIJO Y CON EXTENSION A UNO O AMBOS LADOS DE LA PARED PÉLVICA.
Análisis de una serie de casos**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
CIRUJANO ONCOLOGO
P R E S E N T A :
DR. RIGOBERTO DOLORES VELAZQUEZ

ASESORES:

**DR. CARLOS MARIO LOPEZ GRANIEL
DRA. DIANA VILAR COMPTE**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

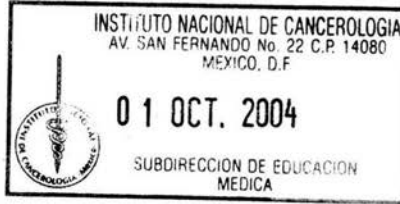
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**

AUTORIZACIONES



**DR. ANGEL HERRERA GOMEZ
SUBDIRECTOR DE EDUCACION MEDICA**

**DR. CARLOS MARIO LOPEZ GRANIEL
ASESOR**

**DRA. DIANA VILAR COMPTE
ASESOR**

**DR. RIGOBERTO DOLORES VELAZQUEZ
RESIDENTE 3er. AÑO CIRUGIA ONCOLOGICA**

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme dado la oportunidad de realizar uno más de mis sueños.

A MIS PADRES ANDRES Y EVANGELINA:

Porque gracias a su ejemplo y esfuerzo he podido realizar mis metas.

MUY EN ESPECIAL A MI ESPOSA IMELDA:

Por su gran amor, su tolerancia en la espera y su apoyo incondicional en todo momento mostrándome así lo afortunado que soy al contar con ella.

A MI HIJO MIGUEL ANGEL:

Porque es la fuente de motivación más inigualable para mi esfuerzo diario.

A MIS HERMANOS ANGEL, SANDRA Y ORLANDO:

De quienes no solo he aprendido a ser solidario, sino también a ser perseverante.

AL DR. CARLOS LOPEZ GRANIEL Y LA DRA. DIANA VILAR COMPTE:

**Por compartir sus conocimientos, apoyo y amistad.
Además, por tener la paciencia de ayudarme en éste largo y sinuoso camino.**

AL INCAN:

Por darme la oportunidad de ser parte de él.

INDICE

1. PRESENTACION.....	1
2. AUTORIZACION.....	2
3. AGRADECIMIENTOS.....	3
4. INDICE.....	4
5. RESUMEN.....	5
6. ANTECEDENTES	6
7. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
8. OBJETIVOS.....	11
9. PACIENTES Y METODOS.....	12
10. RESULTADOS.....	16
11. DISCUSION.....	18
12. CONCLUSIONES.....	20
13. BIBLIOGRAFIA.....	21
14. ANEXOS.....	24

RESUMEN

ANTECEDENTES: Aproximadamente el 25% de todas las pacientes tratadas por cáncer de cérvix uterino, presentan progresión o recurrencia de la enfermedad localizada en la pelvis. Esto ha conducido a pensar que la recurrencia hasta la pared pélvica indica enfermedad metastásica, y que las pacientes en esta condición no son candidatas a rescate quirúrgico radical; sin embargo, con el advenimiento de la quimioterapia de inducción y en base a experiencias previas en la institución esto pudiera ser factible. Existen reportes de respuesta a quimioterapia paliativa (QTP) sola en cáncer de cérvix recurrente, pero no se ha emprendido otro tratamiento a pesar de la respuesta lograda. La QT seguida de excenteración pélvica (EP) es terreno aún inexplorado. No hay reportes hasta el momento del uso de esta modalidad de tratamiento.

OBJETIVO: Para evaluar la morbimortalidad, supervivencia y resultados clínicos de esta modalidad de tratamiento.

PACIENTES Y METODOS: Se incluyeron 17 pacientes que recibieron QT con intento excenterativo. Ocho (47%) pacientes solo fueron tratadas con QT y 9 (53%) pacientes fueron operadas de EP después de QT. En el grupo operado la edad promedio fue de 42 años (r=29-55). La presentación primaria por estadios de acuerdo con la estadificación de la FIGO fue: una paciente con IA, una paciente con IIA, cuatro pacientes IIB, y tres con IIIB. Todas las pacientes tuvieron confirmación de recurrencia por biopsia y con infiltración a una o ambas paredes de la pared pélvica determinada por más de un examinador y por imagen. Seis (67%) casos tuvieron infiltración bilateral y 3 (33%) unilateral. Dos (22%) casos tuvieron hidronefrosis unilateral al tiempo del diagnóstico. Todas las pacientes recibieron como mínimo 3 ciclos de QT a base de platino, y posteriormente sometidas a laparotomía exploradora con intento excenterativo.

RESULTADOS: Todos los tumores fueron completamente resecaos, logrando márgenes quirúrgicos negativos en 8 (89%) pacientes. Hubo respuesta completa patológica en 4 casos. Hubo franca mejoría de los síntomas, especialmente, dolor y sangrado a 2 meses de realizada la EP. Se registró una nueva recurrencia en 4 (44%) pacientes: dos a nivel local, una distancia y una local y a distancia. Tres (33%) pacientes desarrollaron complicaciones por la cirugía: una con oclusión intestinal, una con infección perineal y una con sangrado operatorio que requirió empaquetamiento y posteriormente desarrolló fístula urinaria y perineal. Solo se registró una (11%) muerte asociada al procedimiento quirúrgico. La mediana de SVG fue de 35 meses y el PLP de 32 meses.

CONCLUSIONES: La QTP seguida de EP es una MODALIDAD TERAPEUTICA promisorias para las pacientes con cáncer de cérvix uterino y recurrencia pélvica lateral que deberá ser evaluada en estudios con mayor número de pacientes.

ANTECEDENTES

El cáncer de cérvix constituye un problema de salud pública en México. Es la neoplasia maligna más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas. La edad promedio de afección para la mujer mexicana es de 48 años, pero el subgrupo de edad entre los 35 y 45 años es el más afectado. Desafortunadamente el 67% se detecta en estadíos localmente avanzados y a pesar del tratamiento oncológico estándar, el 30% presentan recurrencias locorregionales, en donde es habitual la poca efectividad del tratamiento para modificar y/o mejorar su calidad de vida.¹⁻³

Desde el punto de vista clínico, la enfermedad recurrente se puede clasificar en localizada (central o periférica), regional, locorregional, y a distancia o combinada, de acuerdo al sitio afectado.

Los casos con recurrencia local sin afección parametrial significativa (enfermedad limitada y central menor de 2 cm) y sin ganglios pélvicos o para-aórticos metastáticos corroborados durante una laparotomía pueden rescatarse con excenteración pélvica total (EPT), con una supervivencia del 40% a 5 años.⁴⁻⁶ En los casos restantes, se considera reirradiación, y cuando ésta es factible, pueden alcanzarse supervivencias de 20% a cinco años. Alternativamente se considera la cirugía paliativa del tipo derivativo cuando existe fístula a vejiga y/o recto y con un buen estado funcional.^{7,11-12}

De acuerdo con lo informado en la literatura, las recurrencias periféricas o locorregionales hasta la pared pélvica, y las recurrencias a distancia, se consideran fuera de tratamiento oncológico.⁷⁻¹⁰ A éste respecto las pacientes en ésta etapa de la enfermedad son paliadas de sus molestias con quimioterapia (QT), en algunos casos con excenteración pélvica o bien canalizadas a los servicios de cuidados paliativos para soporte médico.¹¹⁻¹²

La excenteración pélvica total, introducida en 1948 por Brunshwing¹³ para el tratamiento del carcinoma del cérvix uterino, se considera una cirugía ultraradical que consiste en la extirpación de las vísceras pélvicas (útero, ovario y vagina) incluyendo la vejiga y el rectosigmoide; ésta ha permanecido en debate durante muchos años. Su indicación en el tratamiento primario de las neoplasias malignas ginecológicas es por demás controversial, y desde su descripción original hace más de 50 años, el objeto del procedimiento ha sido con intento curativo, aunque en algunos centros se justifica también la intención paliativa, especialmente para el cáncer pélvico avanzado y recurrente.^{4-6,9-12} Sin embargo esto es totalmente factible en mujeres con cáncer del cérvix uterino con recurrencia central sin evidencia de invasión a pared pélvica o metástasis a distancia determinadas en el preoperatorio con el uso de Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética Nuclear, o biopsia por aspiración con aguja fina, ofreciendo una cura potencial a cinco años de hasta 50%.^{7,9} En contra del procedimiento, se ha abogado en la literatura médica sobre los aspectos de morbilidad; sin embargo en

los grandes centros de especialización, en clínicas de cirugía pélvica radical y cirugía radical paliativa, la morbilidad y mortalidad se ha logrado abatir a menos del 15% y 2% respectivamente, gracias a la estandarización del procedimiento quirúrgico radical y a la mejor selección de las pacientes.^{4-6,9-10}

La introducción de altas dosis de radioterapia intraoperatoria (HDR-IORT por sus siglas en inglés) combinada con resección quirúrgica radical se ha popularizado en Estados Unidos y en Europa en pacientes en las que se les puede ofrecer cirugía como terapia de rescate¹⁴⁻¹⁷; sin embargo ésta forma de radiación no es factible en todos los centros, y de hecho aunque esta modalidad de tratamiento provee un razonable control local en las pacientes que tienen falla (recurrencia) a cirugía y/o radiación definitiva, solo aquellas con resección completa del tumor parecen beneficiarse de ésta técnica radical de salvamento.¹⁴⁻¹⁷ Por otro lado, Hockel y cols.¹⁸ describieron recientemente la resección endopélvica lateralmente extendida (LEER por sus siglas en inglés) como una nueva terapia de salvamento quirúrgico para un selecto subgrupo de pacientes con carcinoma cervical recurrente y localmente avanzado que envuelve la pared pélvica. Este consiste en extender el plano de resección lateral de la EP a la parte medial del plexo lumbosacro, ligamento sacroespinoso, acetábulo, y membrana obturadora para llevar a la resección con márgenes libres de enfermedad. Con esta técnica se ha informado una probabilidad de SV a 5 años de 46% en pacientes que solo se habían considerado para manejo paliativo. A pesar de éstos resultados, las complicaciones postoperatorias ocurren en al menos la mitad de las pacientes, y además, el procedimiento está limitado a tumores menores de 5 cm con intervalo libre de recurrencia desde el tratamiento primario con radioterapia de menos de 5 meses para aquellas recurrencias que no invaden el forámen ciático mayor y para todas las formas de extensión de la enfermedad a los lados de la pared pélvica parietal.¹⁸

El papel de la quimioterapia en el carcinoma de cérvix uterino se ha limitado al tratamiento de las recurrencias o estadios clínicos IVb, informándose resultados muy limitados.¹⁹ El agente más activo, el cisplatino, produce respuestas parciales hasta en un 31% de los casos.^{20-21,23} La pobre eficacia de la quimioterapia en éstos casos no es sorprendente ya que las pacientes han sido tratadas previamente con radioterapia, cirugía o ambas modalidades, lo que limita que se logren concentraciones adecuadas de las drogas en las células tumorales. Además, la resistencia tumoral aumenta en relación directa al estado de progresión del tumor, por lo que es esperado que el tumor adquiera alteraciones genéticas adicionales a medida que progresa, y esto, directa o indirectamente proporciona protección del efecto citotóxico o citostático de los tratamientos empleados.¹⁹⁻²²

Existen ensayos clínicos fase II con el uso de quimioterapia en pacientes con cáncer de cérvix uterino avanzado o recurrente, con monodrogas o esquemas combinados logrando respuestas globales variables.²⁰⁻²⁶ Cuando se utilizó monodroga con cisplatino a dosis de 100mg/m² cada 3 semanas se obtuvieron respuestas de 25 a 31%,^{20,23} y con ifosfamida se lograron respuestas de 16 a 40%²²⁻²³; sin embargo, los estudios son difíciles de interpretar por la

heterogeneidad de las pacientes tratadas (se seleccionaron las pacientes con mejor estado general y función renal adecuada) y por los amplios intervalos de confianza observados. En relación con los estudios de quimioterapia combinada, en la mayoría de los casos, el porcentaje de respuestas obtenidas es mayor que el observado en los estudios con agente único.¹⁹⁻²⁶; sin embargo, a pesar de las respuestas, los pocos estudios aleatorizados de agente único versus combinación de agentes, no han demostrado aumento en la supervivencia.^{20-21,23} Un ejemplo de lo anterior, es lo hallado en el estudio de Trudeau y cols.²³, en donde se incluyeron 438 pacientes y se comparó cisplatino, como agente único a dosis de 50mg/m² cada 3 semanas versus cisplatino (50mg/m²) e ifosfamida (5g/m² cada 3 semanas), versus cisplatino (50mg/m²) y mitolactol (180mg/m² diario por 5 días), sin observarse diferencias significativas en la supervivencia (mediana de 8.3 meses versus 8 meses), aunque el porcentaje de respuestas fue mayor para la combinación de cisplatino e ifosfamida, que para el platino solo (31% vs 18%). Otros esquemas de quimioterapia basados en cisplatino en combinación con agentes nuevos como gemcitabina, vinorelbina, irinotecan y taxanos podrían ser más activos, y a éste respecto, tres estudios Fase II en donde se combinaron cisplatino y paclitaxel demostraron respuestas de hasta 44% con muy baja toxicidad.²⁴⁻²⁶

A pesar de que en general son desalentadores los resultados con los esquemas de quimioterapia disponibles actualmente, la observación de respuestas globales significativas y en algunos casos espectaculares, debe fortalecer la investigación de nuevas drogas y la identificación de pacientes que pudieran beneficiarse con la utilización de las mismas. Es de particular interés que prácticamente todos los estudios de quimioterapia para el cáncer cervical avanzado, persistente o recurrente, independientemente de la respuesta lograda, aun completa, las pacientes no reciben tratamiento adicional lo que invariablemente se traduce en una nueva recurrencia y con ello la disminución de la curva de supervivencia con el uso de quimioterapia paliativa. Desde 1996 se publicó por el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos²⁷ el uso de quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía radical para cáncer cervical como una opción terapéutica para pacientes con cáncer cervical localmente avanzado (estadios IB2 a IIIB), y desde entonces a nivel mundial se han publicado diversos ensayos al respecto lográndose resultados satisfactorios.²⁷⁻³¹ Es por ello que consideramos de beneficio analizar la respuesta con un tratamiento quirúrgico radical como la exenteración pélvica después del uso de quimioterapia paliativa como método de inducción en pacientes con cáncer cervical recurrente con afección a uno o ambos lados de la pared pélvica consideradas fuera de tratamiento quirúrgico curativo.

JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las pacientes que presentan carcinoma de cérvix uterino recurrente o persistente con extensión clínica a uno o ambos lados de la pared pélvica lateral se consideran fuera de tratamiento quirúrgico radical curativo y no se les considera candidatas para cirugía paliativa (p.ej. excenteración pélvica total paliativa o bien la simple tumorectomía) debido a la extensión del tumor hacia la pared pélvica. Sin embargo se ha publicado que desde el punto de la biología tumoral,³² la extensión periférica a la pared pélvica lateral es similar a las recurrencias centrales, y por ello en Europa se introdujo la resección endopélvica extendida lateralmente para tratar a éste tipo de pacientes.¹⁸ En 1999 en el Instituto Nacional de Cancerología, se informaron 1165 casos nuevos por cáncer de cérvix uterino, y se observaron de 10-12 casos recurrentes con éstas características por año.² En un período comprendido de 8.5 años, Allende y cols.³³ estudiaron 230 pacientes con cáncer de cérvix uterino avanzado y recurrente consideradas fuera de tratamiento oncológico curativo para manejo paliativo de los síntomas relacionados a la enfermedad y con seguimiento de los casos hasta su fallecimiento estudiándose entre otras, la supervivencia y prevalencia de los síntomas; concluyeron que la supervivencia en promedio era de cinco meses y el síntoma más prevalente era dolor en el 98.3% de los casos, seguido de sangrado y fístulas. Con ello, los autores determinaron que la mayoría de las pacientes son portadoras de una complejidad de síntomas de difícil manejo y de impacto múltiple que afecta de forma global su calidad de vida desde el punto de vista físico, psicológico, emocional, familiar, social y económico.³³

Por otro lado, en el Instituto Nacional de Cancerología para el alivio de los síntomas como son sangrado, dolor o fístulas vesicovaginales y rectovaginales, en paciente con cáncer de cérvix recurrente o persistente con extensión a uno ambos lados de la pared pélvica se intentó la exploración quirúrgica y excenteración pélvica total en al menos cinco pacientes que no presentaban la tríada de irreseabilidad: edema de miembro pélvico, exclusión renal y/o dolor ciático. En estos casos fue factible realizar el procedimiento quirúrgico; sin embargo no se tuvieron márgenes negativos, hecho que condena a las pacientes a presentar nuevamente persistencia y/o progresión de la enfermedad que indudablemente las lleva al evento de muerte.

Extrapolando la experiencia obtenida y publicada por el Instituto Nacional de Cancerología con el uso de quimioterapia de inducción seguida de histerectomía radical en pacientes con cáncer de cérvix uterino localmente avanzado estadíos IB2 a IIIA que llega a ser cercana al 90%³⁰⁻³¹, se consideró desde 1999 en el servicio de ginecología oncológica el empleo de quimioterapia paliativa como tratamiento de inducción en pacientes con cáncer de cérvix uterino recurrente con extensión clínica a uno o ambos lados de la pared pélvica con la idea de que el tumor podría disminuir de tamaño e incluso facilitarse la resección quirúrgica mediante el

procedimiento de excenteración pélvica, obteniendo márgenes negativos y por lo tanto el control de la enfermedad. No se tiene reporte alguno en la literatura con ésta modalidad de tratamiento pero si se han publicado experiencias con el uso de quimioterapia neoadyuvante y cirugía radical (histerectomía radical) en cáncer de cérvix localmente avanzado con resultados similares a los expresados por el Instituto Nacional de Cancerología.^{27-29,31}

Solo algunos grupos, sobre todo en Alemania realizan resecciones extensas hasta la pared pélvica por enfermedad recurrente¹⁸, e incluso en algunos casos utilizan radioterapia intraoperatoria a altas dosis para tratar de esterilizar el lecho operatorio y con ello evitar una nueva recurrencia^{14-15,17}, pero con ciertos criterios que limitan el procedimiento. Sin embargo se sabe que para la enfermedad recurrente considerada irresecable (extensión a uno o ambos lados de la pared pélvica lateral), las únicas opciones de tratamiento estándar son ya bien quimioterapia paliativa, soporte médico con cuidados paliativos o ambos.⁶⁻¹¹ Pero a pesar de las respuestas obtenidas con quimioterapia paliativa, no se tiene reportado el efecto de tratamiento quirúrgico, ya que es un terreno no explorado. Por ello, en el presente trabajo se analizan los resultados de un grupo de pacientes con cáncer de cérvix uterino persistente o recurrente y con extensión a uno o ambos lados de la pared pélvica tratadas con quimioterapia de inducción seguida de excenteración pélvica.

OBJETIVOS

GENERAL.

Determinar la morbimortalidad y la supervivencia en pacientes con cáncer de cérvix recurrente con extensión a la pared pélvica lateral tratadas con quimioterapia paliativa más excenteración pélvica.

ESPECIFICOS.

1. Determinar el Período Libre de Progresión del grupo estudiado
2. Conocer la mortalidad y complicaciones asociadas a esta modalidad de tratamiento, y compararlo con la EP sola en algunas de las series publicadas incluyendo una del INCAN.
3. Evaluar la sintomatología (dolor, sangrado, sinusorragia, fístula, edema de miembro pélvico, hidronefrosis), el número de hospitalizaciones y los días de hospitalización en el grupo de estudio, considerando las ocasionadas por toxicidad a la QT.

PACIENTES Y METODOS

DISEÑO.

Serie de Casos

POBLACION DE ESTUDIO.

- Mujeres adscritas al Instituto Nacional de Cancerología, portadoras de cáncer de cérvix recurrente a un tratamiento oncológico primario, con extensión y fijo a la pared pélvica (uni o bilateral) determinada por examen clínico e imagenológico, y confirmado por biopsia.
- Sin evidencia de enfermedad metastásica a distancia
- Tratadas con quimioterapia paliativa más excenteración pélvica

METODO (Sistema de Captación de la Información).

Se realizó una revisión de los expedientes de las pacientes que tuvieron diagnóstico de cáncer de cérvix uterino recurrente con extensión y fijo a la pared pélvica uni o bilateral que fueron tratadas con quimioterapia paliativa más excenteración pélvica entre enero de 1998 a diciembre de 2003. En una hoja de recolección de datos diseñada para tal fin se evaluaron las variables de interés y se capturaron en una base de datos (Excel).

VARIABLES.

Relacionadas al Paciente:

- Edad
- Localización de la recurrencia
- Sintomatología (dolor pélvico, sangrado, sinusorragia, fístula, edema de miembro pélvico, hidronefrosis)

Relacionadas al Tratamiento:

- Supervivencia
- Período Libre de Progresión
- Morbilidad (complicaciones incluyendo toxicidad a la QT)
- Mortalidad

- Días de estancia hospitalaria total
- Días en Terapia Intensiva
- Días de estancia por complicaciones asociadas al tratamiento
- Sangrado Quirúrgico
- Unidades de sangre transfundidas

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

Quimioterapia de inducción: Es la administración de agentes citotóxicos (quimioterapia) alrededor de 2-3 ciclos con intención de mejorar la carga tumoral en un sitio o región anatómica determinada para realizar un procedimiento quirúrgico radical.

Excenteración Pélvica: Es la cirugía oncológica radical en la que se resecan los órganos de la cavidad pélvica (útero y vagina, vejiga, ano-recto) realizando la resección del diafragma urogenital y dejando reservorio urinario y colostomía terminal. Puede ser clasificada en infraelevadora, supraelevadora y con vulvectomía dependiendo de la resección o no de los músculos elevadores del ano y de la vulva; o bien, anterior o posterior cuando se realiza la resección del útero y vagina con preservación del ano-recto en la primera, o la vejiga en la segunda.

Supervivencia: Seguir viviendo después de un determinado suceso o plazo. En oncología, la supervivencia global es el período de tiempo vivido que comprende desde el diagnóstico inicial de la enfermedad (cáncer) hasta el evento de muerte.

Período Libre de Progresión: Es el período de tiempo comprendido entre el inicio del tratamiento con quimioterapia en enfermedad recurrente, hasta la última visita del paciente con el médico en condición sana o enferma, viva o muerta.

Morbilidad: Morbilidad operatoria es la proporción de complicaciones ocasionadas por el tratamiento quirúrgico radical (EP). De acuerdo a la literatura, una complicación quirúrgica inmediata es aquella que se presentará dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio y en las que se incluyen sangrado quirúrgico, choque hipovolémico, o problemas cardiovasculares como infarto al miocardio. Las complicaciones mediatas son aquellas que se presentan desde el día uno al siete del postoperatorio e incluyen infección del sitio quirúrgico, colección de líquido (seroma) o sangre (hematoma) en la herida, fístulas, complicaciones pulmonares como neumonía o restricción pulmonar. Las complicaciones tardías se manifiestan después del siete y hasta 40 días después del postoperatorio e incluyen fístulas, infección de la herida, colecciones en la herida, enfermedades pulmonares como neumonía, alteraciones renales como disfunción o insuficiencia renal.

La morbilidad (toxicidad) asociada por el uso de quimioterapia de inducción es aquel ocasionado en los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo humano, midiendo el grado de toxicidad gastrointestinal, cardiovascular, hematológica, renal y neurológica de acuerdo al esquema de la Organización Mundial de la Salud.

Mortalidad Operatoria: Número proporcional de muertes en el grupo de pacientes estudiados como consecuencia del tratamiento quirúrgico radical (EP).

Días de Estancia Hospitalaria: Los días que permanece un paciente en el hospital desde el día de la EP hasta su egreso.

Días de Estancia en Terapia Intensiva: Los días que permanece un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos desde el postoperatorio inmediato hasta su egreso del servicio a una cama de piso.

Días de Estancia por complicaciones asociadas al tratamiento: Los días de permanencia hospitalaria de un paciente para determinar el diagnóstico o tratamiento de las complicaciones causadas por la QT+EP.

Sangrado quirúrgico: La cantidad de sangre medida en mililitros consecuencia del tratamiento operatorio (EP) que regularmente es mayor a 1500ml y requiere de reposición con hemoderivados y/o empaquetamiento.

Unidades de sangre transfundidas: El número de paquetes globulares transfundidos a un paciente durante o hasta 24 horas después de finalizada la EP.

Dolor Pélvico: El dolor referido, como dolor visceral o musculoponeurótico percibido en una zona cutánea del abdomen bajo o periné.

Sangrado Transvaginal: La salida de sangre a través de la vagina y proveniente de la cavidad endometrial o pélvica a consecuencia de actividad tumoral.

Sinusorragia: La salida copiosa o descarga vaginal de líquido seroso, blanquecino (leucorrea) fétido producido por actividad tumoral

Fístula: Trayecto patológico adquirido que pone en comunicación anormal a dos órganos entre sí (fístula interna) o con el exterior (fístula externa). La fístula anovesicovaginal es la fístula del ano, vagina y vejiga.

Edema de Miembro Pélvico: El aumento de volumen en la extremidad inferior determinado por compresión pélvica del retorno venoso secundario a actividad tumoral.

Hidronefrosis: La pérdida total o casi total del parénquima renal que produce disminución de la filtración glomerular, pero no un estado de insuficiencia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se efectuó un análisis descriptivo de la información. De acuerdo con el tipo de variable se estimó media y desviación estándar o mediana y percentilas según su distribución. Para las variables cualitativas se usaron frecuencias y proporciones. Se estimó la supervivencia global de las pacientes utilizando el método de Kaplan-Meier.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Por tratarse de una revisión de casos no tiene implicaciones éticas. Todos los datos de las pacientes se manejan confidencialmente.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes entre enero de 1998 y diciembre de 2003. Ocho (47%) pacientes recibieron quimioterapia con intento excenterativo, pero sin realizarse la excenteración pélvica; y nueve (53%) pacientes recibieron quimioterapia de inducción seguida de excenteración pélvica. Todas las pacientes presentaban enfermedad fija y extensa a una o ambas paredes de la pared pélvica, determinada por examen físico y tomografía, así como biopsia positiva a enfermedad recurrente. Las características basales de las pacientes al momento del diagnóstico se muestran en el cuadro 1. No hubo diferencias significativas en ambos grupos para la edad y distribución por estadíos para la enfermedad primaria. El cuadro 2 muestra el tipo de tratamiento primario utilizado para éstas pacientes. Cinco (29%) de ellas recibieron RT sola y 4 (24%) recibieron RT con braquiterapia como tratamiento definitivo de su enfermedad primaria. Dos (12%) pacientes se operaron de histerectomía extrafacial (HTA) complementaria a RT, una (6%) solo HTA, y cinco (29%) pacientes fueron tratadas con quimioradioterapia basadas con platino. El cuadro 3 muestra el status de las pacientes al momento de determinarse la enfermedad extensa y fija a la pared pélvica lateral. Tres (18%) pacientes tuvieron enfermedad persistente y 14 (82%) enfermedad recurrente.

El cuadro 4 muestra las características clínicas de las pacientes. Doce (70%) de ellas tenían enfermedad con extensión bilateral a la pared pélvica y solo 6 (30%) extensión unilateral. Todas las pacientes incluidas en ésta serie estaban sintomáticas (dolor pélvico, sangrado, sinusorragia, edema e hidronefrosis) al momento del diagnóstico de enfermedad recurrente y extensa a la pared pélvica. El dolor fue el síntoma más constante y se presentó en todas las pacientes (100%). El grupo operado presentó una mejoría importante en el dolor a los 2 meses de haberse realizado la EP, mientras que el grupo no operado no mejoró su sintomatología, por el contrario empeoró. Las gráficas 1 a 4 muestran la respuesta en la sintomatología en ambos grupos.

El cuadro 5 muestra el tipo de quimioterapia utilizada, y el cuadro 6 muestra la respuesta clínica a la QT de inducción encontrando que en el grupo no operado las 8 (100%) pacientes no recibieron EP, y el motivo de no cirugía fue progresión en 3 (37%) de ellas, mal estado general en 1 (13%) y progresión con mal estado general en 4 (50%). Después de la QT de inducción, 9 (52.9%) pacientes fueron operadas de EP, 8 (89%) de las cuales fueron totales y 1 (11%) anterior. Los cuadros 7 y 8 muestran las características y tipo de la cirugía. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 6.3 horas (4.3-8) usando en promedio 3 (1-6) unidades de sangre durante el período perioperatorio (primeras 24 horas). La mediana del sangrado quirúrgico fue de 1863ml. En la gráfica 5 se muestran los días de permanencia hospitalaria, observando una mediana de estancia en el hospital y en terapia intensiva después de la EP de 11 y 1 días respectivamente.

El cuadro 9 muestra el reporte patológico de la pieza quirúrgica en el grupo operado. Se encontró respuesta patológica completa en 4 (44%) pacientes y neoplasia residual en 5 (55%) pacientes (1 con borde positivo). De las pacientes que tuvieron respuesta patológica completa 2 (22%) están vivas sin enfermedad, una (11%) murió con actividad tumoral por nueva recurrencia a distancia y otra (11%) murió sin actividad tumoral por complicaciones de la cirugía. De las pacientes con enfermedad residual 2 (22%) están vivas sin enfermedad y 3 (33%) de ellas muertas con actividad tumoral por nueva recurrencia: dos (22%) con recurrencia local y una (11%) con recurrencia local y a distancia. Los bordes quirúrgicos fueron negativos en 8 (89%) pacientes y la paciente que presentó bordes positivos fue la operada de EP anterior.

Se encontraron complicaciones por la cirugía en 3 (33%) pacientes mostradas en la gráfica 6. Una de ellas presentó tardíamente oclusión intestinal. Otra presentó infección del periné. Finalmente otra presentó hemorragia postoperatoria que ameritó empaquetamiento, y posteriormente presentó fístula urinaria y perineal con infección subsecuente. Esta paciente murió a los 4 meses de la cirugía, y fue la única mortalidad (11%) asociada al tratamiento. El cuadro 10 muestra la toxicidad por QT en este grupo.

La gráfica 7 muestra la mediana de SVG en el grupo de 17 pacientes que fue de 32 meses. La gráfica 8 compara la SVG en ambos grupos mostrando que en el grupo no operado la mediana de SVG fue de 14 meses y la mediana de SVG en el grupo operado fue de 35 meses con un valor de P de 0.1. La gráfica 9 muestra el PLP de los 17 pacientes con una mediana de 11 meses y en la gráfica 10 se compara el PLP de ambos grupos mostrando que en el grupo no operado el PLP fue de 3 meses y en el grupo operado el PLP fue de 32 meses con un valor de P de 0.000. Cabe señalar que se encuentran vivas 4 pacientes sin enfermedad con una mediana de seguimiento de 39 meses.

DISCUSION

La excenteración pélvica tiene un papel definitivo en el manejo del carcinoma cervical recurrente. Su impacto en términos de la proporción de pacientes con cáncer cervical quienes se benefician de éste procedimiento radical es limitado debido a que continúa siendo indicada en solo un muy selecto grupo de pacientes con recurrencias pélvicas centrales pequeñas. Actualmente, el mejor soporte médico, el uso rutinario de heparina profiláctica, antibióticos, apoyo nutricional y monitoreo rutinario postoperatorio, ha reducido la morbilidad de la excenteración pélvica.³⁴

Por otro lado, Allende y cols.³³ realizaron un estudio en 2000 para evaluar los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de cérvix en etapas avanzadas y recurrentes. El 27% tenía recurrencia pélvica considerada irresecable. En ese estudio se encontró que la SVG para las pacientes no era mayor de 6 meses a pesar de haber recibido QT paliativa. Mundialmente se expresa una mediana de SVG con QT paliativa no mayor de 9 meses con una respuesta global de hasta 44% con el mejor esquema (platino/paclitaxel); sin embargo, a pesar de la respuesta lograda no se tiene conocimiento escrito del uso de algún método terapéutico además del empleo de QT y por ello es importante buscar otras alternativas en pacientes que tienen éstas características.

Dado que el tratamiento quirúrgico oncológico con excenteración pélvica puede beneficiar a una proporción de pacientes con cáncer de cérvix recurrente, en el servicio de ginecología del Instituto Nacional de Cancerología se desarrolló ésta modalidad de tratamiento de "quimioterapia de inducción seguida de excenteración pélvica" en pacientes con enfermedad fija y extensa a la pared pélvica lateral, bajo la racional de que con la quimioterapia sistémica podrían obtenerse márgenes quirúrgicos libres que la excenteración pélvica infraelevadora o supraelevadora "estándar" no puede lograr.

En éste estudio se reclutaron 17 pacientes a las que se les dio inicialmente QT con intento excenterativo, destacando las características clínicas de las pacientes en el sentido de que se les consideró fuera de manejo quirúrgico oncológico por el grupo de ginecólogos del INCAN, basados en los hallazgos del tumor fijo a uno o ambos lados de la pared pélvica lateral, así como ocasionalmente síntomas de edema de miembro pélvico, dolor o hidronefrosis; sin embargo el mismo grupo de ginecólogos del INCAN consideró posible la realización de la EP en más del 50% (9 de 17 pacientes) posterior a la aplicación promedio de 3 ciclos de QT de inducción a base de platino. Las 8 pacientes no operadas presentaron progresión y/o mal estado general por lo que no fue factible el tratamiento quirúrgico radical.

Se determinó la respuesta de la sintomatología (dolor, sangrado, sinusorragia, fístula, edema de miembro pélvico e hidronefrosis) antes y después de la

administración de la QT de inducción, e incluso en el grupo operado 1 y 2 meses después de la EP, observando mejoría paulatina, al grado que al segundo mes de finalizada la EP, solo 2 (22%) pacientes refirieron dolor pélvico y no se registró algún otro síntoma como fístula, sinusorragia, o sangrado. La hidronefrosis y edema de miembro pélvico se mantuvo sin cambios. Por el contrario en el grupo no operado la sintomatología aumentó considerablemente por progresión clínica de la enfermedad. (Ver figuras 1-4). Habrá que valorarse en estudios posteriores este aspecto para determinar la calidad de vida después del tratamiento. La mayor parte (45-50%) de pacientes con cáncer cervical recurrente presentan extensión a una o ambas paredes pélvicas sin opciones curativas.

Los resultados de ésta serie demuestran que nueve (53%) de las pacientes incluidas fueron operadas de EP después de QT de inducción, y en ocho (47%) de ellas se obtuvieron márgenes libres de enfermedad. En cuatro (44%) casos se observó respuesta patológica completa teniendo confirmación previa de malignidad por clínica, imagen y biopsia. Además, 4 de las 9 pacientes operadas están libres de enfermedad a un seguimiento promedio de 39 meses, con una mediana de SVG de 35 meses y de PLP de 32 meses. Estos resultados aunque modestos, son claramente contrarios a lo tradicionalmente expuesto de que en éste tipo de pacientes se les brinda quimioterapia paliativa como la única opción razonable de tratamiento, y la diferencia con la resección endopélvica lateral extendida (LEER) publicada por Hockel y cols.¹⁸ en la que se encontró SV de 35% a 5 años, es que es posible realizar el procedimiento no solo en lesiones unifocales menores de 5 centímetros como lo informan sus resultados, sino que también es factible lograr una respuesta patológica completa o parcial del tumor al utilizar QT previa a la cirugía. Además, en Europa¹⁵⁻¹⁸ se tiene la posibilidad de contar con pacientes con tumores más pequeños que los observados en Latinoamérica¹, especialmente en México y con ello en el Instituto Nacional de Cancerología²⁻³, que por ser un centro de referencia nacional, la demanda de paciente con recurrencias pélvicas tienen tumores mayores de 5 centímetros e incluso pueden extenderse en forma bilateral a ambos huesos iliacos.

No hay reporte alguno en la literatura mundial acerca de este procedimiento para éste grupo de pacientes, y es de notar que aunque la mayoría de las enfermas tuvieron algún tipo de tratamiento primario con RT sola o en combinación, sí hubo respuesta a la QT, y la toxicidad fue aceptable sin encontrar efectos adversos significativos (ver cuadro 10). Por otro lado la morbimortalidad observada fue de 33% y 11% respectivamente para ésta serie, lo cual es alto si se compara con lo expresado a nivel mundial que es de 25% y 2%^{4-7,10} e incluso con la serie del INCAN reportada en 2001 de 11% y 3%³⁵ (ver gráficas 11 y 12). Pero habrá que considerar el número pequeño de pacientes estudiadas. Finalmente, es importante destacar que no todas las pacientes a las que se les administró QT de inducción tuvieron alguna respuesta clínica que fuera considerada suficiente para intentar el procedimiento quirúrgico de EP determinando así la posibilidad de un proceso de "autoselección" de cada una de ellas en el curso de su enfermedad.

CONCLUSIONES

1. La quimioterapia de inducción seguida de excenteración pélvica es una MODALIDAD TERAPEUTICA promisoría para las pacientes con cáncer de cérvix uterino con recurrencia pélvica lateral que deberá ser evaluada en una serie más grande de pacientes.
2. La morbimortalidad del procedimiento deberá ser evaluada en estudios con mayor número de pacientes para determinar la similitud o discrepancia con lo informado por otras series.
3. La mejoría de los síntomas presentados en las pacientes antes del tratamiento sugiere un beneficio sustancial a la calidad de vida de cada una de ellas. Sin embargo se deberá realizar un estudio diseñado para tal fin con mayor número de pacientes.
4. El hecho de que casi el 50% de las pacientes pudieran haber sido resecaadas con bordes libres de enfermedad, sugiere que la "percepción clínica" de "la enfermedad es irresecaable"... DEBERA RECONSIDERARSE.

BIBLIOGRAFIA

1. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Publica Mex* 2003; 45 suppl 3: S306-14.
2. Mohar A, Frías Mendivil M, Suchil-Bernal L, Mora-Macías T, de la Garza J. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Publica Mex* 1997; 39(4): 253-258.
3. Frías Mendivil M, Mohar A, Suchil-Bernal L, Ibarra del Río M, Ramírez J. Factores de riesgo asociados a cáncer cervicouterino. Un estudio de casos y controles. *Rev Inst Nal Cancerol* 1999; 45(4): 209-216
4. Marvin J. López, Steven B. Standiford, Joseph L. Skibba. Total Pelvic Exenteration. A 50-Year Experience at the Ellis Fischel Cancer Center. *Arch Surg* 1994; 129: 390-396.
5. Felix N. Rutledge. Pelvic Exenteration. *The Cancer Bulletin* 1990; 42(2): 111-114.
6. George W Morley, Michael P. Hopkins, S. Martin Lindenauer, James A. Roberts. Pelvic Exenteration, University of Michigan: 100 Patients at 5 Years. *Obstetrics & Gynecology* 1989; 74(6): 934-943.
7. Hollis W. Merrick. Patient Selection and Preoperative Evaluation for Radical Pelvic Surgery. *Surgical Oncology Clinics of North America* 1994; 3(2): 205-215.
8. Crawford R, Richards PJ, Reznick RH, Ngan HYS, Shepherd JH. The role of CT in predicting the surgical feasibility of exenteration in carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol Cancer* 1996; 6: 231-4.
9. Brandy L, Markoe A. Treatment of advance and recurrent gynecologic cancer. *Cancer* 1987; 60: 2081-2093.
10. Michael H, Boenete M. The role of surgery in management of recurrent gynecologic cancer. *Seminars in oncology* 1993; 20(5): 462-472.
11. Brophy O, Hofman J. The role of palliative pelvic exenteration. *Am J Surg* 1994; 167: 1511-1521.
12. Deckers PJ, Olsson C, Williams LA, Mozden PJ. Pelvic exenteration as palliation of malignant disease. *Am J Surg* 1976; 131: 509-515.
13. Alexander Brunschwig. Complete Excision of pelvic viscera for advanced carcinoma. *Cancer* 1948; 1(1): 177-183.
14. del Carmen MG, McIntyre JF, Goodman A. The role of intraoperative radiation therapy (IORT) in the treatment of locally advanced gynecologic malignancies. *Oncologist* 2000; 5: 18-25.
15. Gemignani ML, Alektiar KM, Leitao M, Mychalczak B, Chi D, Venkatraman E, Barakat RR, Curtin JP. Radical surgical resection and high-dose intraoperative radiation therapy (HDR-IORT) in patients with recurrent gynecologic cancers. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 50(3): 687-694

16. Maneo A, Landoni F, Cormio G, Colombo A, Mangioni C. Radical hysterectomy for recurrent or persistent cervical cancer following radiation therapy. *Int J Gynecol Cancer* 1999; 9: 295-301.
17. Hockel Michael, Knapstein Paul. The combine operative and radiotherapeutic treatment of recurrent tumors infiltrating the pelvic wall. *Gynecology Oncology* 1992; 46: 20-28.
18. Hockel Michael. Laterally extended endopelvic resection: Surgical treatment of infrailiac pelvic wall recurrences of gynecology malignancies. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 180(2): 58-62.
19. Hinojosa Luz María, Dueñas González Alfonso. Papel de la Quimioterapia en el Tratamiento del Carcinoma Cervicouterino. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología.*
20. Daly M, Cowie VJ, Davis JA, Habeshaw T, Junor EJ, Paul J, Pyper E, Reed NS, Soukop M, Yosef H, Symonds RP. A short and intensive single-agent cisplatin regimen for recurrent carcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Cancer* 1996; 6: 61-67.
21. Weiss GR, Green S, Hannigan EV, Boutselis JG, Surwit EA, Wallace DL, Alberts DS. A phase II trial of carboplatin for recurrent or metastatic squamous carcinoma of the uterine cervix: a Southwest Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1990; 39: 332-336.
22. Tutt AN, Lodge N, Blake PR. Palliative chemotherapy in recurrent carcinoma of the cervix: an audit. Of the use of ifosfamide and review of the literature. *Int J Gynecological Cancer* 1999; 9: 12-17.
23. Trudeau M, Seymour R, Stanimir G, Souhami L, Arthur L, Dulude H, Gallant G, Leyland-Jones B. A phase II trial of mitomycin, ifosfamide and cisplatin in recurrent carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol Cancer* 2000; 10: 207-211.
24. Rose PG, Blessing JA, Gershenson DM, McGehee R. Paclitaxel and cisplatin as first-line therapy in recurrent or advanced squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 1999; 17: 2676-2680.
25. Papadimitriou CA, Sarris K, Mouloupoulos LA, Fountzilias G, Anagnostopoulos A, Voulgaris Z, Gika D, Giannakouiiis N, Diakomanolis E, Dimopoulos MA. Phase II trial of paclitaxel and cisplatin in metastatic and recurrent carcinoma of the uterine cervix. *J Clin Oncol* 1999; 17: 761-766.
26. Piver MS, Ghamande SA, Eltabbakh GH, O'Neill-Coppola C. First-line chemotherapy with paclitaxel and platinum for advanced and recurrent cancer of the cervix—a phase II study. *Gynecol Oncol* 1999; 75: 334-337.
27. Eddy GL. Neoadjuvant chemotherapy before surgery in cervical cancer. *Monogr NCI* 1996; 21: 93-96.
28. Benedetti-Panici P, Landoni F, Greggi S. et al. Neoadjuvant chemotherapy and radical surgery vs exclusive radiotherapy in locally advanced squamous cell cervical cancer. Results from the Italian Multicenter Randomized Trial. *Procc ASCO* 1999; 18: 357a.

29. DiVagno G, Cormio G, Pignata S, Scambia G, DiStefano MG, Tambaro R, Trerotoli P, Serio G, Garganese G, Selvaggi L. Cisplatin and vinorelbine as neoadjuvant chemotherapy in locally advanced cervical cancer: A Phase II study. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13: 308-312.
30. Dueñas-González A, López-Graniel C, González A. Induction Chemotherapy With Gemcitabine and Oxaliplatin for Locally Advanced Cervical Carcinoma. *Am J Clin Oncol* 2003; 26(1): 22-23.
31. López-Graniel C, Reyes M, Chanona G, González A. Type III radical hysterectomy after induction chemotherapy for patients with locally advanced cervical carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11: 210-217.
32. Hockel M, Baubmann E, Mitze M. Are pelvic side wall recurrences of cervical cancer biologically different from central relapses? *Cancer* 1994; 74(2): 368-372.
33. Allende Pérez S, Flores Chávez P, Castañeda de la Lanza C. Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* 2000; 46(1): 10-16 Monaghan JM.
34. Goldberg JM, Piver MS, Hempling R, Aiduk Ch, Blumenson L, Recio F. Improvements in pelvic exenteration: Factors responsible for reducing morbidity and mortality. *Ann Surg Oncol* 1998; 5(5): 399-406.
35. López Graniel C, Rodríguez Bendaña C. Excenteración pélvica en el Instituto Nacional de Cancerología. Revisión de 10 años. *Rev. Inst Nal Cancerol* 2001 (52) 1: 389-395.

ANEXOS

Cuadro 1. Datos Demográficos de las 17 pacientes

VARIABLE	GRUPO OPERADO		GRUPO NO OPERADO	
	M	rango	m	rango
EDAD	42.5	29-45	43.1	31-55
ESTIRPE :	n	%	n	%
Epidermoide	8 (88)		8 (100)	
Adenocarcinoma	1 (12)		—	
EC INICIAL	n	%	n	%
IA	1 (11)		—	
IB	—		2 (25)	
IIA	1 (11)		1 (12.5)	
IIB	4 (44.5)		1 (12.5)	
IIIB	3 (33.5)		4 (50)	

m= mediana n= pacientes

Cuadro 2. Tratamiento primario utilizado

VARIABLE	GRUPO OPERADO		GRUPO NO OPERADO	
	n	%	n	%
RT EXTERNA	3	33.3	2	25
RT + BT	2	22.2	2	25
QT/RT	1	11.1	3	37.5
QT + QT/RT	1	11.1	0	0
** CIRUGIA	1	11.1	0	0
RT + CIRUGIA	1	11.1	1	12.5

** En esta paciente se documento recurrencia central. Fue tratada con RT 2 años antes.

Cuadro 3. Status después del tratamiento primario

VARIABLE	GRUPO OPERADO		GRUPO NO OPERADO	
	n	%	N	%
PERSISTENCIA	1	11	2	25
RECURRENCIA	8	89	6	75

Tabla 4. Hallazgos clínicos antes del tratamiento con QT en todas las pacientes

DATOS CLINICOS	GRUPO OPERADO		GRUPO NO OPERADO	
	n	%	n	%
1. EXTENSION				
Una Pared Pélvica	3	33.3	2	25
Ambas Paredes Pélvicas	6	66.7	6	75
2. EDEMA MIEMBRO INFERIOR				
Unilateral	2	22.2	4	50
Bilateral	_____	_____	_____	_____
3. HIDRONEFROSIS				
Unilateral	2	22.2	1	12.5
Bilateral	_____	_____	_____	_____
5.Edema+Hidronefrosis	2	22.2	1	12.5
6.Tumor Unilateral +Edema+Afección Renal Unilateral	2	22.2	1	12.5

Cuadro 5. Tipo de quimioterapia utilizada

QT PALIATIVA	GRUPO OPERADO		GRUPO NO OPERADO	
	n	%	n	%
CBP+TAX+Gemzar	3	33.3		
CBP+Taxol	2	22.2	5	62.5
CBP+5Fu			1	12.5
CDDP+5Fu	3	33.3	2	25
CDDP+Gemzar	1	11.1		

Cuadro 6. Respuesta clínica a la quimioterapia

Variable	GRUPO OPERADO		GRUPO NO OPERADO	
	n=9	%	n=8	%
Clínica Completa	1	11.1		
Clínica Parcial	6	66.6		
Sin respuesta	2	22.2	8	100
TAC Respuesta Completa				
TAC Respuesta Parcial	7	77.7	1	12.5
TAC Sin respuesta	2	22.2	7	87.5

Cuadro 7. Tipo y reconstrucción de la EP en el grupo Operado

	n =9	%
EP TOTAL	8	88.8
EP ANTERIOR	1	11.1
INFRAELEVADORA	8	77.7
SUPRAELEVADORA	1	11.1
CONDUCTO ILEOCOLONICO	7	77.7
CONDUCTO ILEAL	2	11.1
NEOVAGINA	1	11.1
COLOSTOMIA	8	88.8

Cuadro 8. Características de las pacientes con EP en el grupo Operado

VARIABLE	MEDIANA	RANGO
TIEMPO QUIRURGICO (horas)	6.33	4.30-8 hrs
SANGRADO (Mililitros)	1863.3	600-6000 ml
PAQUETES TRANSFUNDIDOS (unidades)	3.4	1-6 unidades
ESTANCIA EN HOSPITAL (días)	11.77	6-41 días
ESTANCIA EN UTI (días)	1.8	0-12 días

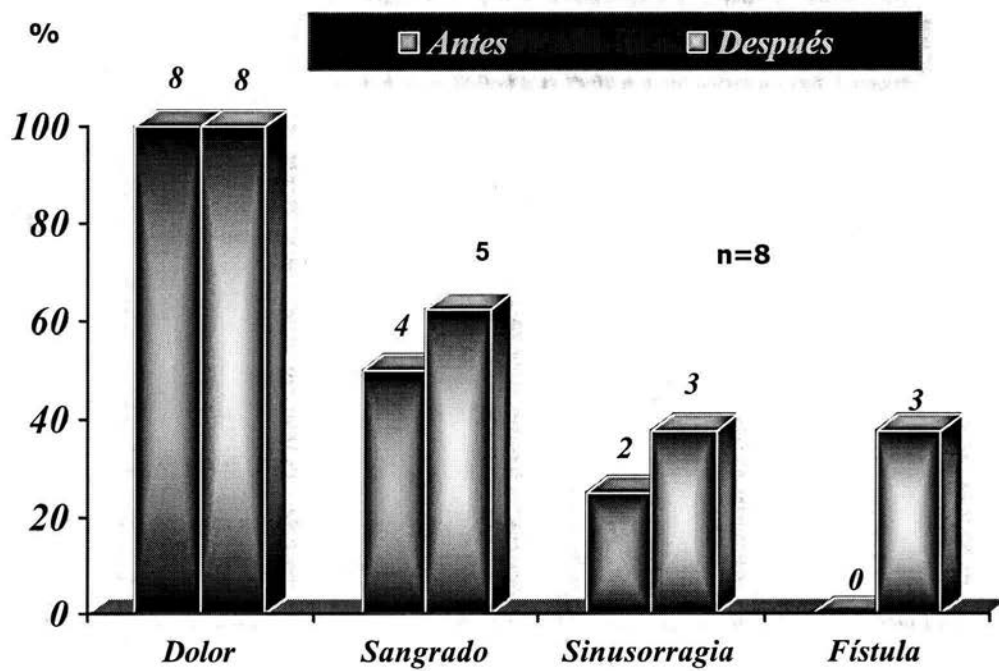
Cuadro 9. Respuesta patológica después de EP en el grupo Operado

VARIABLE	n=9	%
PATOLOGICA COMPLETA	4	44.5%
PATOLOGICA PARCIAL	5	55.5%
Residual <2cm	2	40%
2-4cm	2	40%
4-8cm	1	20%
BORDES NEGATIVOS	8	80%
BORDES POSITIVOS	1	20%

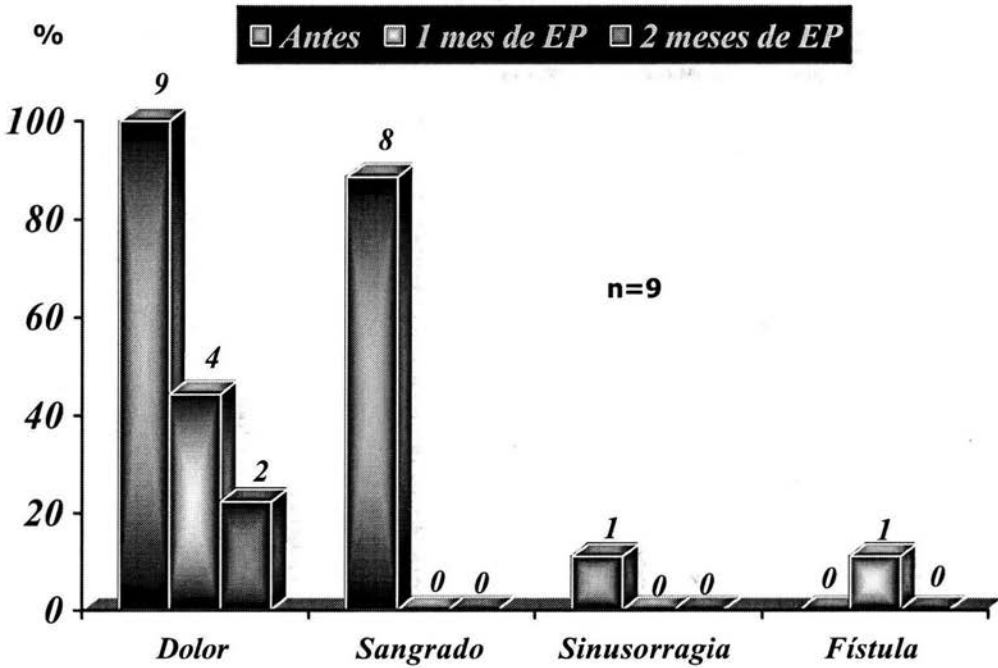
Cuadro 10. Toxicidad por quimioterapia en el grupo operado

TOXICIDAD	SIN TOXICIDAD		GRADO 1		GRADO 2		GRADO 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nausea/Vómito	2	22.2	3	33.3	3	11.1	1	11.1
Anemia	5	55.5	2	22.2	2	22.2	0	0
Neutropenia	4	44.4	1	11.1	2	22.2	2	22.2
Plaquetopenia	7	77.7	0	0	1	11.1	1	11.1
RENAL	8	88.8	0	0	1	11.1	0	0

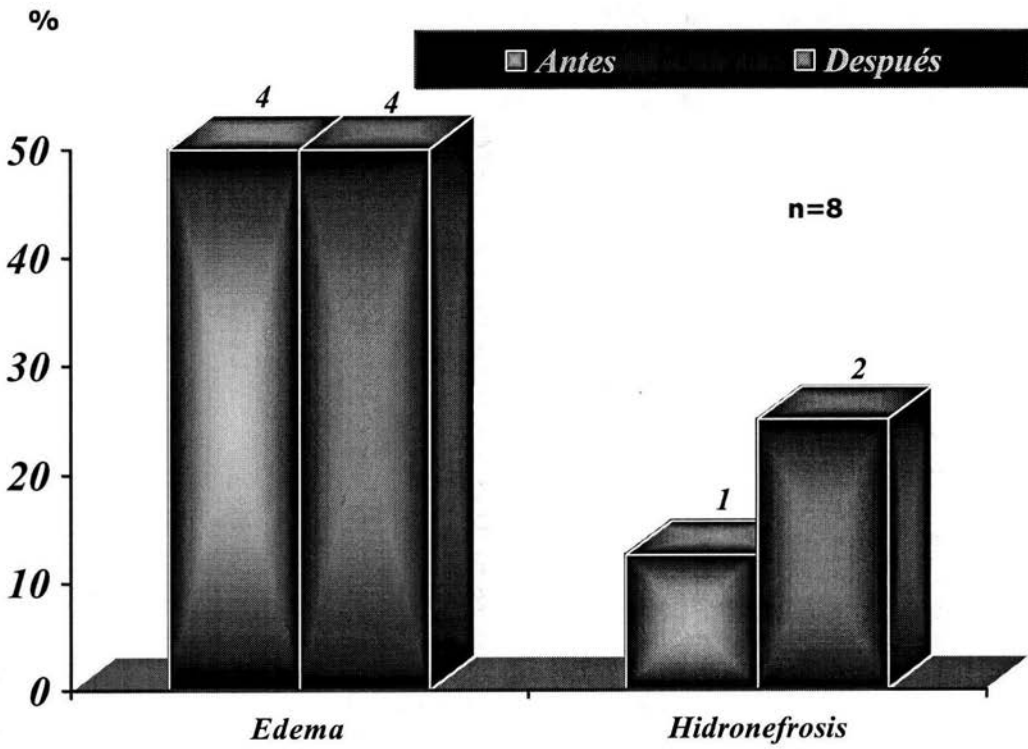
Gráfica 1. Síntomas antes y después de la quimioterapia en el grupo no operado



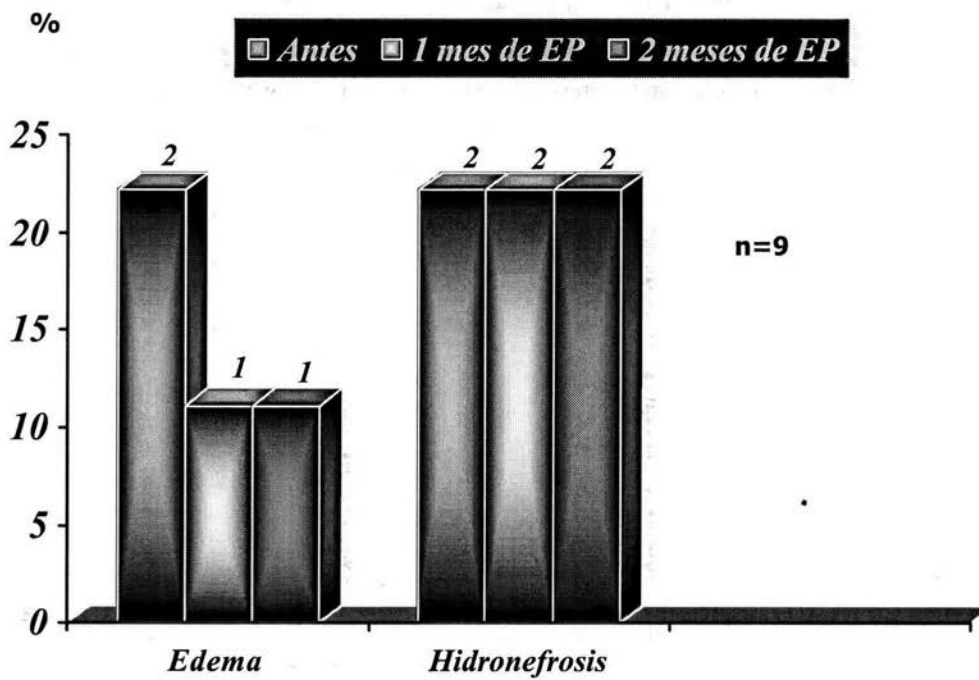
Gráfica 2. Síntomas antes y después del tratamiento con QT+EP en el grupo operado



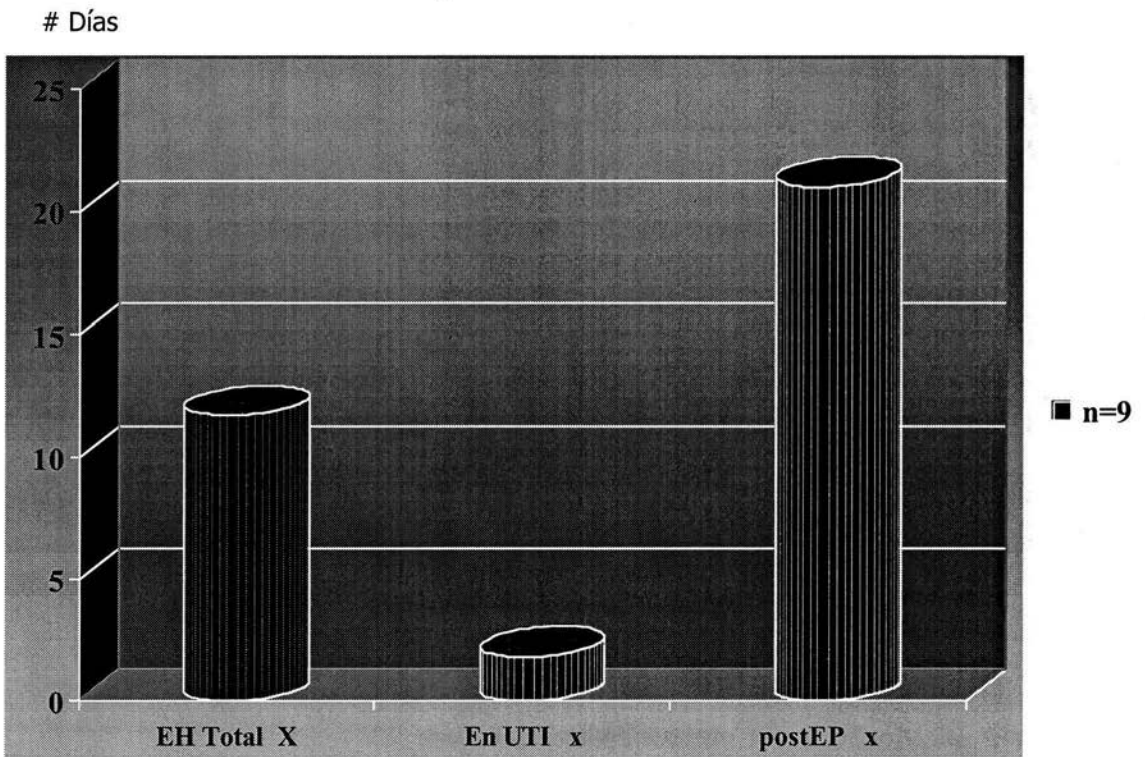
Gráfica 3. Edema de miembro pélvico e hidronefrosis en el grupo no operado



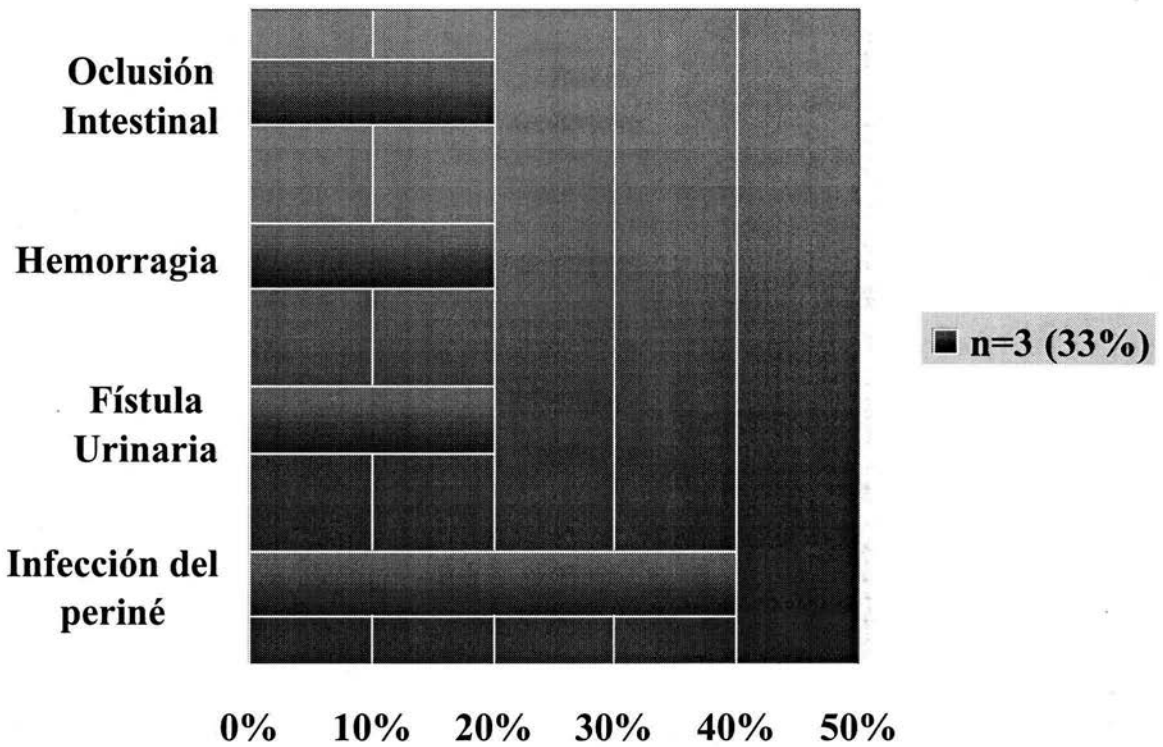
Gráfica 4. Edema de miembro pélvico e hidronefrosis en el grupo operado



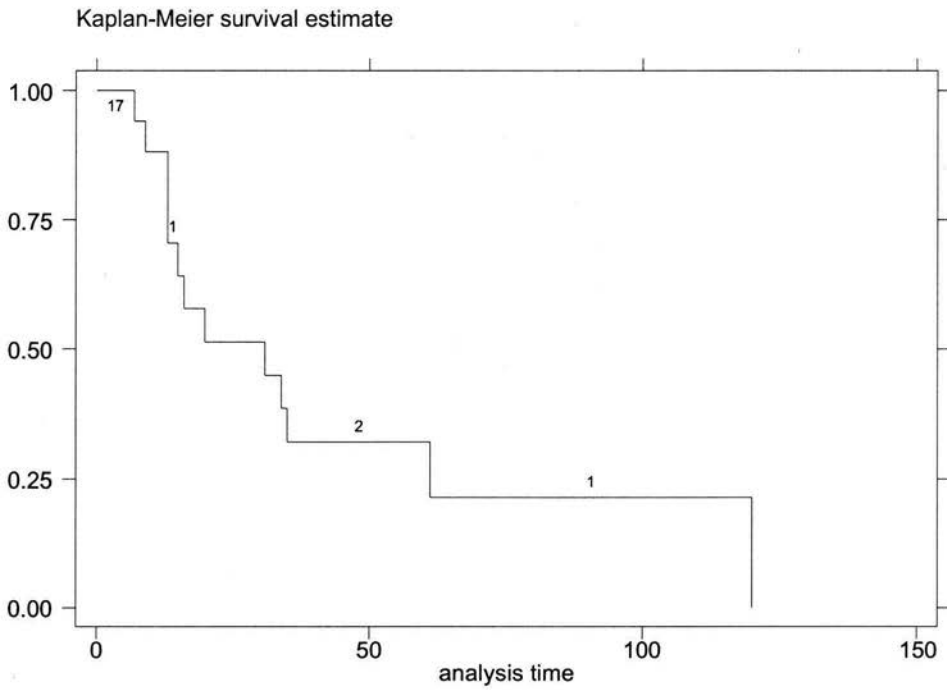
Gráfica 5. Días de hospitalización por EP en el grupo operado



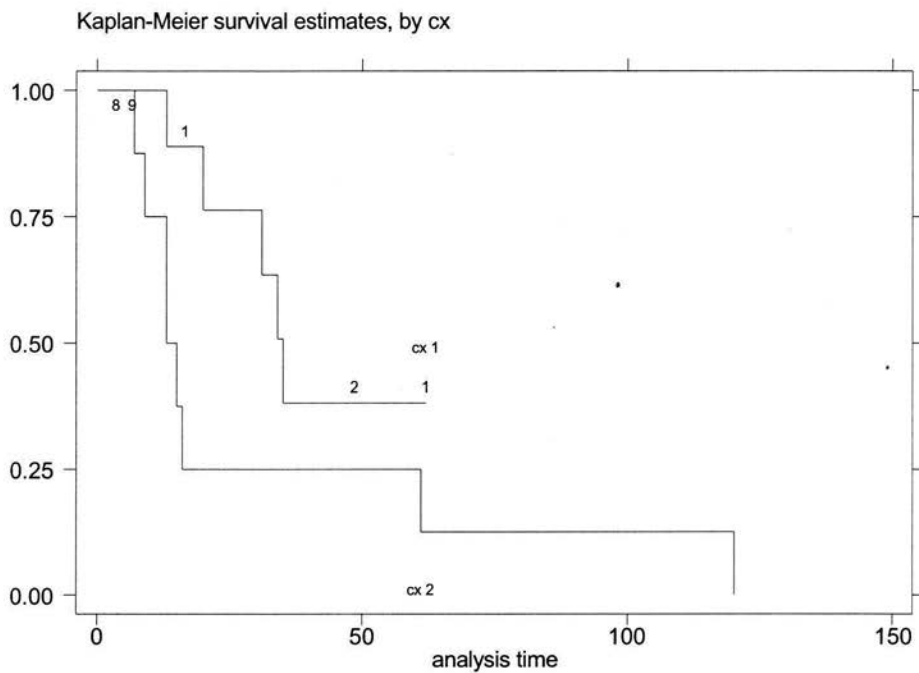
Gráfica 6. Morbilidad perioperatoria por EP en el grupo operado



Gráfica 7. Supervivencia global en las 17 pacientes.



Gráfica 8. Comparación de la supervivencia global en ambos grupos.

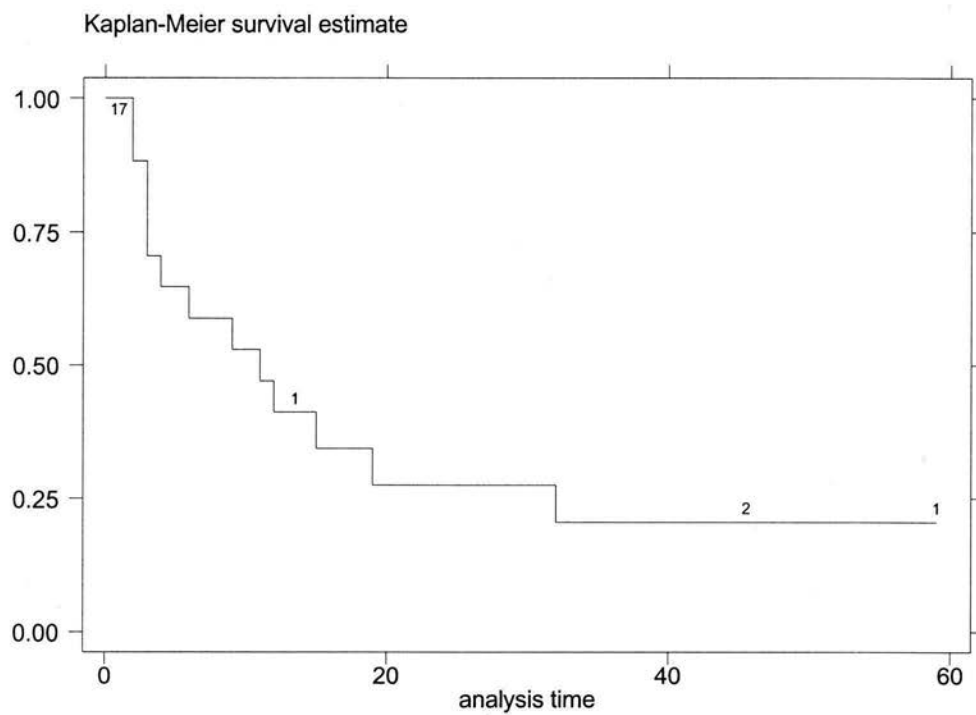


p=0.1

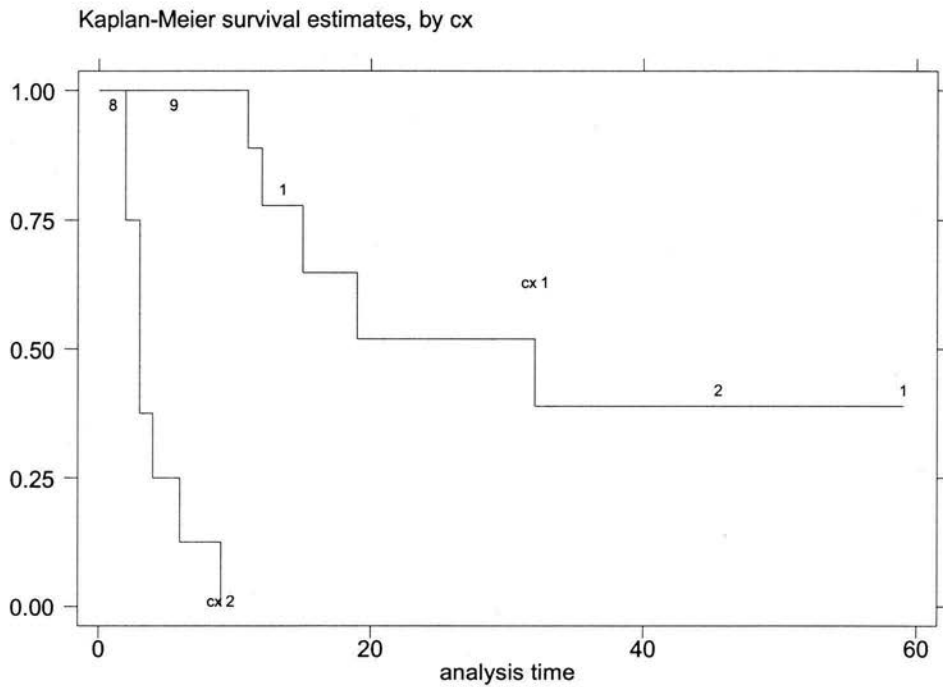
cx 1. Grupo Operado

cx 2. Grupo no Operado

Gráfica 9. Determinación del Período Libre de progresión en las 17 pacientes



Gráfica 10. Comparación del PLP en ambos grupos

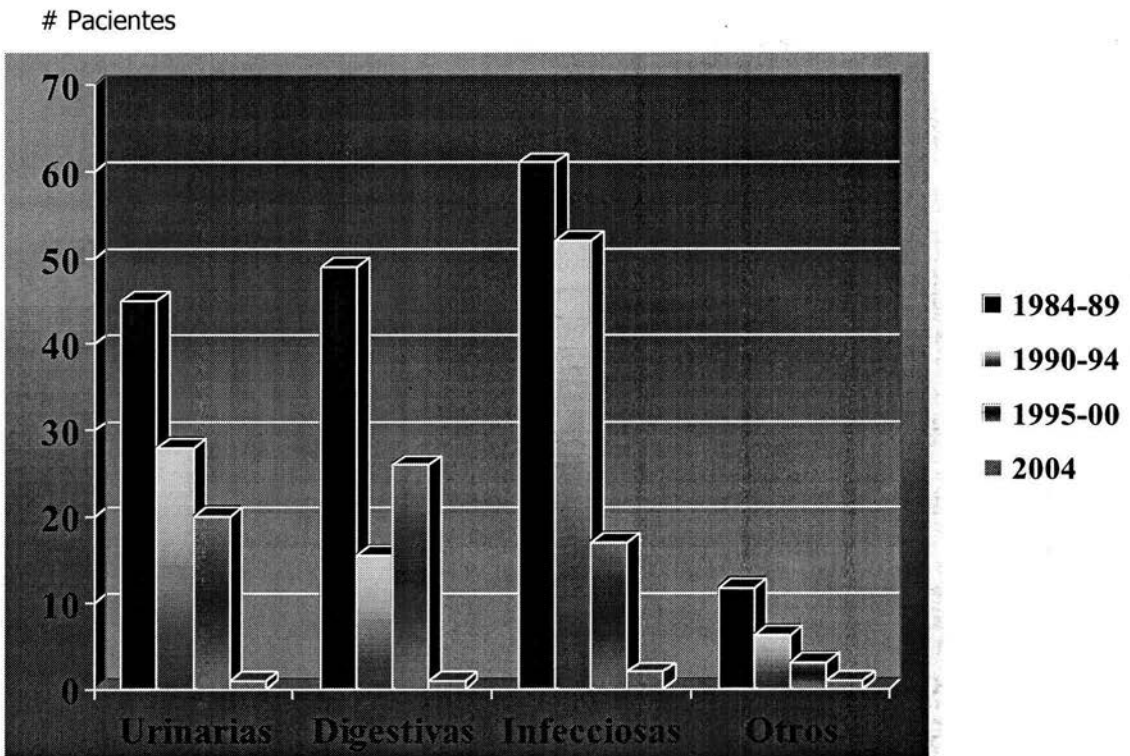


p= 0.000

Cx 1. Grupo Operado

Cx 2. Grupo no Operado

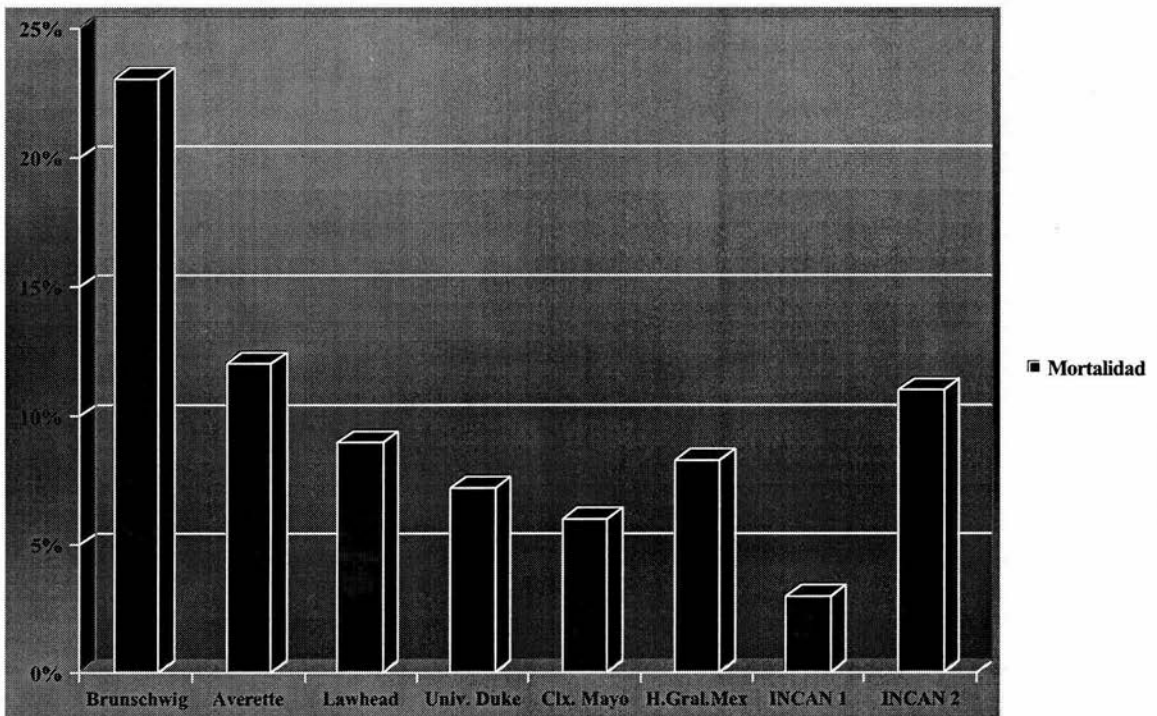
Gráfica 11. Comparación de la morbilidad operatoria por EP en diferentes épocas del INCAN



2004. Es la serie que se presenta en ésta Tesis

* Los datos registrados desde 1984 hasta 2000 han sido publicados como las complicaciones por EP en el INCAN en diferentes épocas

Gráfica 12. Comparación de la mortalidad operatoria por EP con distintas series.



INCAN 1. La serie de Excenteración Pélvica en el INCAN publicada en 2000.

INCAN 2. La serie que se presenta en ésta Tesis