

112402



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

**“HISTERECTOMIA RADICAL MESOMETRIAL EXTENDIDA
EXPERIENCIA EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA”**

TESIS DE POSGRADO

QUE PRESENTA

DR. ROBERTO ENRIQUE HERNÁNDEZ PEÑA

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA SUB - ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA ONCOLÓGICA**

ASESOR DE TESIS
DR. CARLOS MARIO LÓPEZ GRANIEL.

MÉXICO D.F. SEPTIEMBRE 2005.



0350697





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**HISTERECTOMIA RADICAL MESOMETRIAL EXTENDIDA
EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGIA.**

Dr. Roberto Enrique Hernández Peña.

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
MÉXICO D.F. 2005**

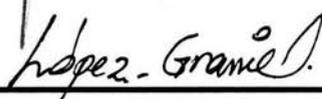
DR. JUAN ZINSER SIERRA
DIRECTOR DE DOCENCIA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA



DR. EDUARDO CERVERA CEBALLOS
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA



DR. ANGEL HERRERA GOMEZ
SUBDIRECTOR DE CIRUGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA



DR. CARLOS MARIO LÓPEZ GRANIEL
ASESOR DE TESIS



DR. ROBERTO ENRIQUE HERNÁNDEZ PEÑA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e Impreso el contenido de mi trabajo receptoral.

NOMBRE: Roberto Hernández Peña

FECHA: 24/02/05

FIRMA: 



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE: Nuevamente por su amor, paciencia y apoyo incondicional. Por que gracias a ti hemos alcanzado una meta más gracias a ti.

A MI HERMANA: Por ese todo ese tiempo, que en lugar de estar juntos, hemos sacrificado en el estudio y trabajo. Gracias.

A MI PADRE: Por enseñarme cuan difícil es reconocer los errores propios.

A MACHU: Por todo este tiempo de sacrificio, desveladas, preocupaciones, enojos y risas que compartimos juntos en este camino. Por todas tus enseñanzas en lo personal, laboral y sentimental. Gracias por tu apoyo incondicional para poder finalizar este camino. Eres muy importante para mi.....

A MIS MAESTROS: Por todas sus enseñanzas, tiempo y paciencia que me dieron.

A MIS AMIGOS: Por enseñarme la grandeza de la palabra amistad.

AL DR. CARLOS LÓPEZ GRANIEL: Por su ayuda y apoyo desinteresado para realizar mi tesis. Por sus enseñanzas en este camino de la vida. Muchas Gracias.

INDICE

	Pagina
- RESUMEN	3
- INTRODUCCION	5
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
- OBJETIVOS	8
- MATERIAL Y METODOS	9
- RESULTADOS	10
- CUADROS	12
- ANTECEDENTES HISTÓRICOS	16
- CONCLUSIONES	22
- BIBLIOGRAFIA	23

RESUMEN

El cáncer cérvico-uterino en México representa un problema de salud pública. Es el cáncer más frecuente en la mujer y a pesar de los métodos de detección oportuna no se han podido abatir la mortalidad ni disminuir la incidencia de esta patología en nuestro país. A nivel mundial ocupa el primer lugar de muertes por cáncer ginecológico con alrededor de 500,000 mil nuevos casos diagnosticados cada años.

En México según el Registro Nacional Histopatológico de Neoplasias Malignas, se reportaron 23,305 nuevos casos de cáncer cervico-uterino, de los cuales 13,849 fueron in situ y 9,456 invasores. Presentándose 4,512 defunciones por esta patología. Siendo la primera causa de muerte en las mujeres con el 15.5% y el tercer lugar como causa de muerte por neoplasias con el 8.03%.

Durante las pasadas cinco décadas el cáncer cervico-uterino se ha tratado de manera estándar con la histerectomía radical propuesta por Wertheim y modificada por Meigs, para los estadios clínicos IA2, IB, IIA y algunos IIB con afección interna del parametrios, propuestos por la FIGO.

Sin embargo se sigue presentando fallas este tratamiento, aun con la resección completa del tumor, márgenes negativo y ganglios negativos, con un alto porcentaje de recurrencias loco regionales, alrededor de un 15-20%, así como complicaciones postoperatorias relacionadas con la técnica quirúrgica a nivel genito urinario.

Se ha demostrado que el 20% de las recurrencias se debe a tumor no resecado en los nódulos linfáticos parietales. Presentándose en un 80- 88% en los sitios de disección de la histerectomía radical aparentemente de focos microscópicos del tejido residual y cicatrices quirúrgicas endopélvicas.

Es por eso que a surgido la inquietud de desarrollar una nueva alternativa quirúrgica, que disminuya el porcentaje de complicaciones postoperatorias por lesiones del plexo hipogástrico, el porcentaje de recurrencias loco-regionales, mediante una disección del tejido mesometrial y linfático mas minuciosos y selectivo, sin que aumente el tiempo quirúrgico, sangrado y complicaciones que aumenten la morbi-mortalidad por esta nueva técnica quirúrgica.

En el INCAN se revisaron 15 casos consecutivos en los que se realizo esta técnica quirúrgica, realizada por el mismo equipo quirúrgico.

Los resultados encontrados fue de una factibilidad quirúrgica del 100%, que los índices de sangrado, tiempo quirúrgico fueron iguales e incluso inferiores que el control histórico de la histerectomía radical tipo III en el INCAN.

Esta nueva modalidad quirúrgica no agrega morbilidad quirúrgica, que haciendo una comparación con la revisión bibliográfica de esta técnica podría considerarse como una nueva alternativa en el tratamiento del cáncer cervico-uterino en estadios tempranos.

HISTERECTOMIA RADICAL MESOMETRIAL EXTENDIDA.

INTRODUCCIÓN:

En 1600 Schenck Grabenberg recopiló y publicó 26 casos de pacientes en las que se realizó histerectomía vaginal. En 1810 Wrisberg presento un trabajo en el cual recomendaba la histerectomía vaginal para pacientes que sé tenía afección por cáncer del útero. Langenbeck, cirujano Alemán, llevó a cabo una histerectomía vaginal exitosa por cáncer en 1813. Este mismo autor intento realizar una histerectomía, por abordaje abdominal en 1825, la cual se realizo en 7 minutos y la paciente falleció a las pocas horas. Charles Clay efectuó en 1843, en Manchester una histerectomía abdominal, al igual que en ese mismo año A.M. Heath realizo el mismo procedimiento falleciendo las pacientes por hemorragia. Heath fue el primero en realizar ligadura de las arterias uterinas para controlar el sangrado. Se atribuye a Walter Burham de Lowell Massachussets, la primera histerectomía abdominal exitosa, no programada, el 26 de junio de 1853. La hemorragia empezó a controlarse hasta 1864, cuando Koeberle, de Francia, publicó un artículo histórico sobre la histerectomía e introdujo un método para ligar el pedículo vascular. La primera histerectomía abdominal realizada con éxito registrada en Estados Unidos de América, fue realizada por Mary Amada Dixon Jones en 1888. Entre los años 1889 y 1906 se realizaron 969 histerectomías abdominales con una mortalidad del 5.9% y entre 1906 y 1909 disminuyo a 1% en el Hospital Johns Hospkins.(1,2,3).

Para fines del siglo XIX (1898) Wertheim, en Viena, realizó su primer histerectomía abdominal extensa radical y linfadenectomía parcial. Inicialmente con una mortalidad de 30% y para el año de 1911 la mortalidad era del 10%. Okabayashi (Japón) describió su histerectomía abdominal radical en 1921.

Joe W Meigs a comienzo de la década de 1930, cirujano de Boston, agregó a la técnica una disección pelviana más extensa, para el tratamiento del cáncer cervico-uterino.(3,4).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Instituto Nacional de Cancerología se realiza la histerectomía radical tipo III de Meings o Piver, como tratamiento para el cáncer cervico-uterino en estadios tempranos Ia2- Ib2. Con la adyuvancia de radioterapia y quimioterapia según se requiera dependiendo de cada caso.(5). Con una tasa de mortalidad del 24% en los controles históricos en esta Institución.

Sin embargo siguen presentándose un alto porcentaje de recurrencias loco regionales llegando hacer hasta del 50% en los estadios clínicos Ib, I Ib y N1 con los tratamiento convencionales.(6). Así como alteraciones en las funciones de la vejiga, recto y sexuales post operatorias, por lesiones al plexo hipogástrico, a demás de una considerable cicatrización en la pared pélvica que tiene como consecuencia, mayor incidencia de tejido fibroso, que puede ser el santuario para las células neoplásicas.(7).

Por lo que se valoro la factibilidad de realizar la histerectomía mesometrial radical extendida en el Instituto Nacional de Cancerología, revisando el tiempo quirúrgico, sangrado, complicaciones y morbi-mortalidad para compararla con el control histórico de la histerectomía radical tipo III de Meings o Piver en el Instituto Nacional de Cancerología, y con ello proponer una nueva alternativa quirúrgica para el tratamiento del cáncer cervico-uterino en estadios localmente avanzados.

OBJETIVOS:

- 1) Exposición y preservación del nervios autonómicos pélvicos.
- 2) Linfadenectomía pélvica y paraaórtica extendida con preservación del plexo hipogástrico.
- 3) Resección del útero y vagina proximal con su mesometrio íntegro, mediante una disección de los planos ontogénicos.
- 4) Puntualizar todos los pasos de la técnica quirúrgica por puntos anatómicos.
- 5) Valorara la factibilidad quirúrgica de la técnica.
- 6) Valorara la morbilidad y mortalidad del procedimiento.
- 7) Comparar los resultados con los controles históricos en el INCAN de la histerectomía radical tipos III.

MATERIAL Y METODO

Se realizo un estudio retrospectivo, clínico, observacional por obtención de datos de los expedientes de los pacientes con carcinoma cervico-uterino tratados con histerectomía radical mesometrial extendida, en el Instituto Nacional de Cancerología, en el periodo comprendido entre enero del 2001 a diciembre del 2004. Se recopilaron los siguientes datos generales, diagnóstico histopatológico, estadio clínico, tratamiento quirúrgico, tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, número de ganglios resecaados, ganglios positivos por paciente, complicaciones transoperatorias, inmediatas, mediatas, días de estancia hospitalaria, uso de drenajes, tumor residual, margen positivo y seguimiento de la fecha de la cirugía hasta su último control médico.

RESULTADOS

Se revisaron una serie de casos de 15 pacientes en el Instituto Nacional de Cancerología sometidos a histerectomía radical mesometrial extendida por cáncer cervico-uterino, estadios clínicos Ia2, Ib1.

Se encontraron los siguientes datos:

Se encontraron 15 pacientes del sexo femenino, a las que se les practicó una histerectomía radical mesometrial extendida, con un promedio de edad desde 32 años a 68 años con una media de 45 años (tabla 1).

El diagnóstico de cáncer cervico-uterino se realizó mediante una biopsia punch en los 15 pacientes.

El tiempo quirúrgico fue de 3 hrs a 5hrs 40 minutos, una media de 4 hrs 20 minutos. El rango de sangrado fue de 200 a 1200 ml, con una media de 485 ml. Los días de estancia intrahospitalaria fueron de 3 días a 20 días, con una media de 5.8 días. (tabla 2).

Promedio de ganglios disecados de 15 a 40 ganglios, con un promedio de 28 ganglios, el número de ganglios positivos fue de 12 de 423 ganglios (2.8%). Se presentaron márgenes positivos en 1 de 15 pacientes. (tabla 3).

Hubo las siguientes complicaciones postoperatorias:

Un paciente presentó infección de la herida quirúrgica, un paciente presentó fístula uretero-vaginal, un paciente con linfocèle, un paciente con sangrado transoperatorio, un paciente se lesionó la vena cava, un paciente con trombosis venosa profunda de miembro pélvico. (tabla 4).

El seguimiento de los pacientes es de 7 a 36 meses con un seguimiento medio de 20.3 meses, con 0% de recurrencias locales y/o sistémicas.

Se compararon los parámetros antes mencionados con el reporte histórico de 170 pacientes a los que se les realizó histerectomía radical tipo III en el Instituto Nacional de Cancerología de 1980 a 1994 y con 40 pacientes a los que se les realizó histerectomía radical tipo III, en el mismo periodo de tiempo en el que se realizó la histerectomía mesometrial 2001 al 2004. (tabla 5, 6 y 7).

DATOS DEMOGRAFICOS:

PACIENTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
EDAD	53	40	39	42	41	41	53	68	54	52	47	32	33	35	45
ESTADIO CLINICO	1B1	1B1	1B1	1A2	1B1	1B1	1A2	1B1							

Tabla 1.

DATOS PERIOPERATORIOS:

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1/2
Drenajes	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Estancia Hospitalaria	5	4	4	5	5	5	1	1	4	4	4	3	5	4	20	5.8
Tiempo Cirugía	5	5	4	5.4	3.3	3	3	6	5.3	4	6	5	4.3	5	4.4	4H 20
Sangrado	1200	1200	600	450	250	400	700	350	600	500	250	700	600	500	400	485

Tabla 2.

HALLASGOZ PATOLOGICOS:

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1/2
TUMOR RESIDUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MARGEN POSITIVO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.6
Ganglios Disecados	34	29	38	21	40	26	15	29	36	39	19	30	24	26	17	28
Ganglios Positivos	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	12/ 423

Tabla 3.

COMPLICACIONES:

Grupos	Infecciosas	Hemorragias	Urinarias	Linfoceles	Lesiones	Cardiovascular
Grupo I	7	7	13+	1	5**	1
Grupo II	0	1	1+	1	1**	0
HRM	1	0	0	1	1-	1 ^a

+Fístula ureteral,-Vena cava superior, ** Intestino delgado, a TVP.

Tabla 8.

DATOS DEMOGRAFICOS:

Grupo	I - HTR 1980-1994	II - HTR 2001-2004	HTRME 2002-2004
Edad (X)	41	46	45
EC IA2	0	2	2
EC IB1	170	38	13
Total pacientes	170 pacientes	40 pacientes	15 pacientes

Tabla 5.

DATOS PERIOPERATORIOS:

Características	Grupo I	Grupo II	HRM
Drenajes	170 (100%)	40 (17.5%)	3 (13%)
E. Hospitalaria	13.1 d	4.4 d	5.8 d
Tiempo Quirúrgico.	5 hrs	4h 10 min	4h 20 min
Hemorragia	1000 ml	737 ml	485 ml
Rango de Sangrado en ml.	100-9000	200-3000	200-1200

Tabla 6.

HALLASGOZ PATOLOGICOS:

Características	G-I 170 pac.	G-II 40 pac.	HRM 15 pac.
Márgenes Positivos	7	6	1
G. Discados	18	21.1	28
Promedio ganglios	2 - 68	9 - 39	15-40
Positivos	12 (8.2%)	23/843 (2.7%)	12/423 (2.8%)

Tabla 7.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS HISTERECTOMIA RADICAL MESOMETRIAL EXTENDIDA

El cáncer cérvico-uterino en México representa un problema de salud pública. Es el cáncer más frecuente en la mujer y a pesar de los métodos de detección oportuna no se han podido abatir la mortalidad ni disminuir la incidencia de esta patología en nuestro país. A nivel mundial ocupa el primer lugar de muertes por cáncer ginecológico con alrededor de 500,000 mil nuevos casos diagnosticados cada años. (8).

En México según el Registro Nacional Histopatológico de Neoplasias Malignas, se reportaron 23,305 nuevos casos de cáncer cervico-uterino, de los cuales 13,849 fueron in situ y 9,456 invasores. Presentándose 4,512 defunciones por esta patología. Siendo la primera causa de muerte en las mujeres con el 15.5% y el tercer lugar como causa de muerte por neoplasias con el 8.03%.(9).

La conducta biológica del cáncer cervico-uterino, es predecible hasta cierto punto por sus tres vías de diseminación.

La principal vía de diseminación lo realiza por diseminación directa, invadiendo estructuras contiguas al cérvix. La siguiente es por diseminación linfática la cual esta en relación directa con el grado de infiltración del estroma, permeación vascular y linfática, y el grado histológico de la lesión. Esta se presenta de modo ordenado y secuencial.

Henriksen describe en 1949, después de realizar 420 necropsias, dos grupos ganglionares, para la diseminación del cáncer cervico-uterino esto son: (10)

Grupo primario:

- a) Parametriales.
- b) Paracervicales (ureterales).
- c) Hipogástricos.
- d) Obturadores.
- e) Iliacos externos.
- f) Sacros.

Grupo Secundario:

- a) Iliacos comunes.
- b) Inguinales superficiales y profundos.
- c) Periaaórticos.

La diseminación hematógena como evento terminal, presentándose principalmente a los pulmones, hígado y huesos.

Sin embargo diversos estudios arrojaron resultados de la afección ganglionar y de los cambios que presentan en pacientes vírgenes a tratamiento y posterior a recibir tratamiento con radioterapia. Teniendo la siguiente presentación:

Pacientes sin tratamiento:

- a) Parametriales el 71%.
- b) Iliacos externos, paracervicales y aórticos el 47%.
- c) Hipogástricos, iliacos comunes el 31%.

Con un porcentaje de metástasis a distancia del 27%.

En los pacientes que recibieron tratamiento con radioterapia:

- a) Iliacos externos el 67%.
- b) Hipogástricos el 60%.
- c) Iliacos comunes y paracervicales el 47%.
- d) Aórticos el 33%.

Presentando un mayor porcentaje de metástasis a distancia del 53%, lo que hace suponer el cambio en la manera de diseminación en estas pacientes por las alteraciones de la radioterapia.

A pesar de esto, el tratamiento quirúrgico para el cáncer cérvico-uterino para los estadios Ia2 a IIa y algunos IIb, sigue siendo el mismo, la histerectomía radical tipo III de Piver o Meigs. Que consisten según su descripción original en la histerectomía total con salpingo ooforectomía bilateral, sección de los ligamentos cardinales, útero sacro desde su inserción pélvica, resección del tercio superior de vagina (2 cm) y la linfadenectomía pélvica bilateral. (2,3)

Sin embargo hay tres puntos anatómico-quirúrgicos que no se han especificado completamente, en la histerectomía radical, desde su descripción por Wertheim en 1898.

- a) La cantidad de tejido parametrial por researse.
- b) La parametrectomía, la linfadenectomía pélvica y paraaórtica no se han definido con respecto a los nervios autonómicos pélvicos.
- c) La parametrectomía no se relaciona con el mesorecto, que es un plano determinado embriológicamente.

Como consecuencia de todo esto la parametrectomía, la disección pélvica y paraaórtica puede ser subóptima, con respecto a la radicalidad oncológica por una parte, y a que el porcentaje de recurrencias loco regionales reportados en la literatura para los estadios clínicos Ib, IIb y N1 son de hasta el 50%, y con grandes secuelas postoperatorias, en la función vesical, recto y sexuales, por otra, por la lesión a los nervios autonómicos pélvicos. Otra de las secuelas que se presenta son la gran cantidad de cicatrices en la pared pélvica, lo que trae como consecuencia obstrucciones intestinales.(7,11)

Diversos estudios para conocer las causas de las recurrencias loco regionales del cáncer cérvico-uterino, tratadas con la histerectomía radical tipo III, realizados por el Dr. Höckel, dieron como resultado, que en menos del 20% de las recurrencias de la pared pélvica, son causadas por tumor no resecado de los linfáticos parietales, y que el 80 al 88% de las recurrencias se presentan en los sitios de disección en la histerectomía radical, aparentemente de focos microscópicos de tejido residual y cicatrices quirúrgicas endopélvicas.(7,11,12) El estudio con RMN cortes de 5mm demostró que hay un área triangular bilateral alrededor de la espina isquiática de tejido adiposo, nombrado como tejido adiposo periespinoso, se encuentra entre el mesorecto (borde inferior), plexo venoso úterovaginal (borde superior), los músculos obturador interno, ileocóccigeo, cóccigeo (borde lateral). En un estudio de pacientes operados por ginecólogos con experiencia en esta técnica se observo que el tejido periespinoso, permaneció en esta área, posterior a la histerectomía radical tipo III. En un estudio de pacientes con recurrencias en la pared lateral de la pelvis se observo que en el 37% las recurrencias se presentaron en esta área. Sugiriendo que el tejido parametrial no resecado en especial este es una fuente potencial para las recurrencias, en la histerectomía radical clásica, en pacientes de alto riesgo. (13).

Teóricamente aumentando la resección del tejido mesometrial, disminuye el tejido de cicatrización, por una disección más extensa, disminuirá el porcentaje de recurrencias loco-regionales.(13,14).

Por lo que nace una racional para desarrollar una nueva técnica quirúrgica, que consista en una resección linfática más extensa, la resección del tracto genital medio con la resección de su mesometrio intacto, modificar las técnicas de disección y disminuir las lesiones al plexo hipogástrico.

Por lo que se desarrolla la Histerectomía Radical Mesometrial Extendida por el Dr. Höckel.

Que es un nuevo concepto en cirugía oncológica que se caracteriza por la resección del órgano afectado, en conjunto con su mesometrio íntegro, como entidad del desarrollo ontogénico. (11).

La histerectomía mesometrial, difiere de la radical clásica por la disección fina de planos endopélvicos parietales y viscerales, con la exposición completa del mesometrio tejido subperitoneal, que da soporte al útero y vagina, con la exposición completa del plexo hipogástrico.(11,12,14).

La justificación principal de la resección mesometrial comprende la cirugía óptima, como la única modalidad de tratamiento, los nódulos linfáticos deben ser removidos completamente y la resección tumoral debe de ser completa de manera mandataria.

E Dr. Höckel con 71 pacientes tratados con histerectomía radical mesometrial extendida, con los siguientes estadios clínicos:

IB1:48 pacientes.

IB2: 8 pacientes.

Ila: 3 pacientes.

Ilb: 12 pacientes.

De estos solo 9 pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante, con cisplatino de 3 a 4 ciclos, por ser mayores de 5 cm. Ningún paciente recibió radioterapia.

El seguimiento de sus pacientes es de 9-57 meses, con una media de 30 meses. Ninguna recurrencia loco-regional en los estadios IB y IIA, hasta el tiempo de seguimiento. Se presentaron en 5 pacientes con estadio clínico IIB cinco recurrencias locales ya distancia. La supervivencia libre de enfermedad a 2 años es del 97% para los estadios clínicos IB1 y IB2, del 78 al 89% para los estadios clínicos IIA y IIB. (11).

Falta mayor tiempo de seguimiento sin embargo los resultados hasta este momento, se pueden comparar con los paciente que recibieron tratamientos convencionales de quimioterapia y radioterapia, con los mismo resultados y sin las complicaciones secundarias del tratamiento.

CONCLUSIONES:

- En el Instituto Nacional de Cancerología se operaron 15 pacientes con la técnica de histerectomía radical mesometrial extendida, con los estadios clínicos IA2 y IB1 con una factibilidad quirúrgica del 100%.
- La morbilidad perioperatoria global fue del 20%.
- Los índices de hemorragia, hemotransfusión y estancia intrahospitalaria fueron similares, incluso menores que el control histórico de la histerectomía radical clásica tipo III del Instituto Nacional de Cancerología.
- Esta nueva modalidad de tratamiento no agrega morbilidad quirúrgica.
- El beneficio real de esta técnica quirúrgica, requiere un periodo de seguimiento mayor, la mediana actual es de 20 meses con 0% de recurrencias.
- Se tendrá que valorar en los siguientes casos los cambios postoperatorios a nivel genito urinario por la preservación del plexo hipogástrico.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) López-Graniel CM, Exenteración pélvica en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev.Inst.Nal. De Cancerol.1999;45(4):230-243.
- 2) Wertheim E. The extended abdominal operation for carcinoma uteri. Am J Obstet Dis Women Childs 1912;66:169-232.
- 3) Meigs VJ. Radical hysterectomy with bilateral pelvis lymph node dissections. Am J Obstet Gynecol 1951;62:854-70.
- 4) Okabayashi H. Radical abdominal hysterectomy for cancer of the cervix uteri. Surg Gynecol Obstet 1921;33:335-41.
- 5) Piver MS. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. Obstet Gynecol 1974;44:265-72.
- 6) Höckel M. Are pelvis side-wall recurrences of cervical cancer biologically different from central relapses? Cancer 1994;74:648-55.
- 7) Höckel M. Liposuction-assisted nerve-sparing extended radical hysterectomy: Oncologic rationale, surgical anatomy, and feasibility study. Am J Obstet Gynecol 1998;178:5:971-76.
- 8) Globocan 2005.
- 9) Registro Nacional Histopatológico de Neoplasias Malignas 2001.
- 10) Henriksen E. The lymphatic spread of the cervix and of the body of the uterus. Am J Obst Gynecol 1949;58:5:924-41.

11) Höckel M. Total mesometrial resection: High resolution nerve-sparing radical hysterectomy based on developmentally defined surgical anatomy. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13,791-803.

12) Höckel M. New concepts in the operative treatment of cervical carcinoma: Total mesometrial resection (TMMR). *Pathology of the female genital tract*, 74-77.

13) Höckel M. Pelvis recurrences of cervical cancer. Release pattern, prognostic factors and the role of extended radical treatment. *J Pelv Surg* 1999;5:255-66.

14) Yoshihiko Y. A new proposal for Radical Hysterectomy *Gynecol Oncol* 1996;62:370-378.