

HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

**INDICACIONES EVOLUCION Y RESULTADOS ONCOLOGICOS EN
PACIENTES SOMETIDAS A COLOCACION DE NEFROSTOMIAS
PERCUTANEAS POR UROPATIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A
CANCER CERVICOUTERINO**

TESIS QUE PRESENTA:

Dr. Oscar Zamorate Covarrubias

Para obtener el título de especialista en

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

ASESOR: Dr. Alfonso Torres Lobaton



México D.F.

Febrero de 2013



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.

Autorización:

Dr. Alfonso Torres Lobaton
Consultor Técnico Unidad Oncología HGM
Profesor Titular Curso Universitario de Posgrado
Asesor Experto y Metodológico

INDICE

1. INTRODUCCION	4
2. MARCO TEORICO	6
2.1 Definición cáncer cérvicouterino	6
2.2 Epidemiología	6
2.3 Historia natural y propagación	10
2.4 Estadificación	12
2.5 Factores pronósticos	14
2.6 Tratamiento por estadio clínico	15
2.7 Uropatía obstructiva	21
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
4. JUSTIFICACION	26
5. METODOLOGIA	27
5.1 Pregunta de investigación	27
5.2 Objetivos	28
5.3 Metodología	29
5.4 Definición de variables	30
5.5 Procedimientos	31
6. RESULTADOS	32
7. DISCUSION	37
8. CONCLUSIONES	38
9. ANEXOS	39
10. BIBLIOGRAFIA	40

Introducción

El cáncer cérvicouterino constituye un importante problema de salud pública, en especial en los países en desarrollo. Es un problema de salud prioritario, no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en 100%. En el mundo, este padecimiento ocasiona la muerte prematura de aproximadamente 274,000 mujeres cada año; afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con un efecto negativo para sus familias y comunidades. Las estadísticas muestran que 83% de los casos nuevos y 85% de las muertes ocasionadas por esta neoplasia ocurren en los países en desarrollo, donde además se constituye en la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. Esta distribución no es aleatoria, el cáncer cérvicouterino es prevenible si se detectan y tratan sus lesiones precursoras, y es también curable cuando se detecta en etapas tempranas, de ahí que la persistencia de una alta mortalidad por esta causa obedece, por un lado, a falta de recursos e inversión y, por otro, a fallas en la organización y operación de los servicios de salud para la detección temprana y atención del cáncer cérvicouterino. El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo-efectiva con una supervivencia a cinco años promedio de 91.5% de los casos de mujeres con cáncer localizado y sólo 12.6% de aquellos con invasión a distancia.

En México, la mortalidad por cáncer cérvicouterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100,000 mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso del 45%; sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país. De manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales. Para 2008 se estimó una incidencia de 10 186 casos que representa el 15.3% ubicándolo en segundo lugar solo rebasado por el cáncer de mama, se estimaron 5 061 muertes que representan el 12.9% del total en la población femenina, en países en vías de desarrollo la mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad localmente avanzada en estadio III / IV de la enfermedad al momento del diagnóstico,

La uropatía obstructiva es comúnmente una manifestación tardía de la enfermedad avanzada, resultado de la compresión extrínseca ureteral secundaria a tumores malignos, Si esta obstrucción en el tracto urinario no se elimina, las condiciones clínicas del paciente se deterioran a un ritmo más rápido a través de la uremia, anomalías hidroelectrolíticas e infecciones urinarias con la consiguiente reducción de la lucidez mental y la posterior muerte, Con el fin de evitar la obstrucción ureteral, se han empleado derivaciones urinarias, pero se necesitan más pruebas en relación con los resultados de tales métodos, han ofrecido procedimientos de fácil realización que alivian la obstrucción ureteral y puede prolongar la supervivencia, un dilema ético persiste: se ha sugerido que la calidad de vida en términos de dolor y el rendimiento físico luego de la derivación es a menudo pobre, de modo que el beneficio de los procedimientos que ofrecen a los pacientes es incierto.

La nefrostomía percutánea es la mejor opción clínica como medida paliativa en esta situación. Debido a la mejora en los materiales para nefrostomía percutánea y las técnicas de uro radiológicas, sobre todo la ecografía, ha hecho que este procedimiento sea adecuado para los pacientes con uropatía obstructiva, la obtención de mejoras inmediatas en los parámetros bioquímicos y de laboratorio de función renal.

Este estudio tiene como objetivo evaluar qué pacientes se deben de someter a este procedimiento, los beneficios de someterse a una nefrostomía percutánea a través de un análisis detallado de los resultados, la morbilidad, mortalidad y supervivencia así como las complicaciones de su colocación.

MARCO TEORICO

Cáncer cérvicouterino

Definición; El cáncer cérvicouterino es una neoplasia maligna que por lo general se origina en la unión escamo-columnar del cuello uterino o cérvix, por lo común de estirpe epidermoide y con menor frecuencia de tipo del adenocarcinoma y que se desarrolla de lesiones preexistentes en las que se identifican células displásicas y relacionado en más del 99% de los casos con infección por virus del papiloma humano (VPH)¹.

Epidemiología

El cáncer cérvicouterino constituye un problema mundial de salud. Ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer en todo el mundo, con una incidencia de 530 232 casos lo que representa 8.8% del total estimados para 2008, solo detrás del cáncer de mama, con una mortalidad estimada de 275 008 casos que representa el 8.2% del total de las muertes por cáncer en mujeres.² Hasta el 78% de los casos de cáncer cérvicouterino registrados corresponden a países en vías de desarrollo, donde se estiman incidencias de hasta 44 por 100 000 mujeres.¹

Las incidencias más altas tienden a ocurrir en las poblaciones que tienen bajas tasas de detección combinada con una elevada prevalencia de base del virus del papiloma humano (VPH) y las actitudes sexuales relativamente liberales.

Las tasas de cáncer invasivo del cuello uterino son particularmente elevados en América Latina, en el sur y el este África, India, y la Polinesia, en muchos de estos países en desarrollo, el cáncer cérvicouterino es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Las diferencias en la incidencia específica por edad entre los países desarrollados y atendidos médicamente ilustran el impacto probable del cribado poblacional en el desarrollo de la enfermedad invasiva.³

En México la mortalidad por cáncer cérvicouterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso del 45%. Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales, las estimaciones del Globocan para 2008 fueron una incidencia de 10 186 casos que representa el 15.3% ubicándolo en segundo lugar solo rebasado por el cáncer de mama, se estimaron 5 061 muertes que representan el 12.9% del total en la población femenina mexicana, también en 2009 el INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) lo reporto como la segunda causa de muerte por cáncer con un 13.9% entre la población de mujeres mexicanas. 1,2,4.

La Sociedad Americana del Cáncer estima en los Estados Unidos en 2010, 12.200 nuevos casos de cáncer invasivo cérvicouterino diagnosticados y se habrían producido 4.210 muertes por este cáncer, lo que representa aproximadamente el 1,5% de todas las muertes por cáncer en mujeres norteamericanas. En este país y otros países desarrollados, las tasas ajustadas por edad de mortalidad por cáncer de cérvicouterino han disminuido constantemente desde 1930. A pesar de esta mejora es principalmente el resultado de la adopción de programas de detección de rutina, las tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino había comenzado a disminuir antes de la aplicación de la prueba de detección de Papanicolaou, lo que sugiere que otros factores desconocidos pueden haber jugado un rol importante en algunas incidencias.³

Aunque la incidencia general de cáncer de cuello de útero es baja en los Estados Unidos, la incidencia en personas de raza negra es aproximadamente un 30% mayor que la incidencia en personas de raza blanca y la incidencia en las mujeres hispanas es aproximadamente el doble de la incidencia en personas de raza blanca. Barreras para la detección del cáncer cérvicouterino, incluyendo la falta de seguro médico, los bajos ingresos y los factores culturales que probablemente contribuyen a una mayor incidencia y tasas de mortalidad en las mujeres negras e hispanas .

Estudios epidemiológicos moleculares y humanos han demostrado una fuerte relación entre el VPH, neoplasia intraepitelial cervical (NIC), y carcinoma invasor del cérvicouterino, el VPH puede ser identificada en más del 99.7% de los cánceres cervicales y la infección con el VPH se acepta ahora como una causa necesaria de la mayoría de los cánceres de cuello uterino. Parece que la mayoría de las covariables históricamente asociadas con un mayor riesgo de cáncer de cérvicouterino son sustitutas de las infecciones de transmisión sexual del VPH. Las mujeres que tienen coito a una edad temprana, que tienen múltiples parejas sexuales, o que tienen hijos a una edad temprana tienen un mayor riesgo. El comportamiento sexual promiscuo de los compañeros es también un factor de riesgo.³

La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino, modificada el 31 de mayo de 2007 menciona como factores de riesgo para desarrollarlo a los siguientes: Mujeres de 25 a 64 años de edad, inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano, múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer), tabaquismo, desnutrición, deficiencia de antioxidantes, pacientes con inmuno-deficiencias, pero sobre todo NUNCA HABERSE PRACTICADO EL ESTUDIO CITOLOGICO.⁵

Castellsagué y cols. han informado de que los hombres circuncidados tienen una menor incidencia de la infección por VPH que los hombres no circuncidados y una incidencia proporcionalmente menor de cáncer de cérvix en sus parejas femeninas. La fuerte correlación entre los tipos de alto riesgo del VPH y el carcinoma de cuello uterino ha llevado a la sugerencia de la detección y tipificación de HPV e incorporación en los programas de detección de población y ha llevado al reciente desarrollo de vacunas profilácticas contra el VPH que han demostrado ser muy eficaces en los estudios aleatorios .⁴

El 8 de junio de 2006, en los EE.UU. la FDA (Food and Drug Administration) aprobó una vacuna profiláctica contra el VPH para las mujeres entre las edades de 9 y 26 años, la vacuna tetravalente ha demostrado ser altamente eficaz en la prevención de las verrugas benignas y neoplasias causadas por el VPH más común tipos (6, 11, 16 y 18).

Un número de estudios sugieren que la incidencia de un subtipo de cáncer de cérvicouterino, el adenocarcinoma de cérvicouterino, ha ido en aumento, especialmente entre las mujeres entre 20 y 30 años.

En un estudio sobre la base de datos de SEER (Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales), Smith y cols. encontraron que la incidencia ajustada por edad de adenocarcinoma de cuello uterino en los Estados Unidos aumentó un 29,1% durante un período (1973-1996), cuando la incidencia global de cáncer cervical disminuyó en un 41,9%. Varios investigadores han informado de una correlación entre el adenocarcinoma de cuello uterino y uso prolongado de anticonceptivos orales sin embargo, esta relación puede no ser causal, teniendo en cuenta los muchos factores de riesgo potenciales de confusión y posibles cambios en los criterios diagnósticos a través del tiempo. 6

Otra posible explicación para el aumento de la incidencia del adenocarcinoma de cuello uterino es que los métodos de cribado citológico puede ser menos eficaz en la detección de los adenocarcinomas preinvasores de lo que son en la detección de lesiones preinvasoras escamosas, resultando en una reducción menos drástica en la incidencia de las especies invasoras adenocarcinomas.

En de 1993, el centros para el Control y Prevención de Enfermedades añadió cáncer de cérvicouterino a la lista de neoplasias que definen el SIDA. Sin embargo, la relación entre la inmunosupresión (virus de inmunodeficiencia humana) y el riesgo de enfermedades asociadas al VPH es compleja y no completamente entendida. Los datos actuales sugieren que las mujeres con VIH tienen una mayor incidencia y son más propensos a tener persistencia de la infección cervical por VPH, las mujeres VIH positivas también tienden a tener un ritmo más rápido de la progresión de lesiones de alto grado NIC II-III. 4

La inmunosupresión iatrogénica en receptores de trasplante de órganos también se asocia con una mayor prevalencia de NIC. Aunque es menos definitiva, hay evidencia que vincula la infección por VIH con un incremento del cáncer invasivo cérvicouterino. Algunos investigadores han sugerido que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad más agresiva en pacientes inmunodeprimidos, en la mayoría de los casos, la terapia antirretroviral no parece afectar los niveles de VPH, y tampoco parece disminuir los riesgos de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG) o cáncer invasor. Debido al aumento del riesgo de infección por VPH en mujeres VIH-positivas, una vigilancia atenta con los frotis de Papanicolau, exámenes pélvicos y colposcopia (cuando está indicado) debe ser parte del cuidado rutinario de las estas mujeres.⁴

Historia Natural y Patrón de Propagación

Mayoría de los carcinomas cervicales se originan en la unión entre el epitelio columnar del endocérvix y el epitelio escamoso del exocérvix. Esta unión es un sitio de continuo cambio metaplásico, es más grande en la pubertad y durante el primer embarazo, y disminuye después de la menopausia. Mucho antes de que la relación entre el VPH y el cáncer cervical se conociera, Richart y Barron demostraron que el cáncer invasor de células escamosas de cérvicouterino fue el resultado final de los cambios progresivos intraepiteliales displásicos en el epitelio metaplásico de la zona de transformación. El mayor riesgo de transformación neoplásica de la metaplasia escamosa atípica inducida por virus coincide con los períodos de mayor actividad metaplásica. La diferencia de aproximadamente 15 años en las edades medias de las mujeres con NIC y las mujeres con cáncer cérvicouterino invasor por lo general indica una progresión lenta de la NIC a un tumor invasor.

Una vez que ha roto la membrana basal puede penetrar en el estroma cervical directamente o a través canales vasculares. Los tumores invasivos pueden desarrollar tumores exofítica, con protrusión del cuello uterino en la vagina o en forma de lesiones endocervicales que pueden causar la expansión masiva del cuello del útero a pesar de la relativamente apariencia normal del exocérvix. Desde el cuello uterino, el tumor puede extenderse por arriba al segmento uterino inferior, por la parte inferior a la vagina, lateralmente a los ligamentos anchos (en el que puede causar la obstrucción ureteral), o posterolateral a los ligamentos útero sacros.

Los tumores grandes pueden aparecer fijos en el examen pélvico, aunque la verdadera invasión de la musculatura de la pared pélvica es poco común. Aunque el cuello del útero se separa de la vejiga por sólo una capa delgada de la fascia y el tejido conectivo celular, la extensión con participación de la vejiga es infrecuente, ocurriendo en menos de 5% de los casos. El tumor también puede extenderse posteriormente hasta el recto, a pesar de afectación de la mucosa rectal es un hallazgo raro.

El cuello uterino tiene una fuente rica de vasos linfáticos que drenan las capas de la mucosa, muscular y serosa. Los vasos linfáticos de la anastomosis cervical drenan hacia los del segmento uterino inferior. La linfa es recogida de los troncos de la salida lateral del istmo uterino en tres grupos. Las ramas superiores, que se originan en el cuello uterino anterior y lateral, siguen la arteria uterina, a veces se interrumpe por un nodo que cruzan el uréter, y terminan en los ganglios hipogástricos superior. Las ramas del medio drenan más profundos en los nodos hipogástricos (obturador). Las ramas más bajas siguen un curso posterior a la glútea inferior y superior, ilíaca común, presacra, y los ganglios subaórticos. Otros canales linfáticos posteriores derivados de la pared posterior del cuello uterino pueden drenar en los ganglios superiores del recto o puede continuar al alza en el espacio retrorrectal a los ganglios subaórticos que cubren el promontorio sacro.

El cáncer cérvicouterino por lo general sigue un patrón relativamente ordenado de la progresión metastásica, en un principio a los nodos de primer escalón en la pelvis y luego a los ganglios paraaórticos y sitios distantes. Incluso los pacientes con enfermedad locorregional avanzada rara vez se han detectable metástasis hematógenas en el diagnóstico inicial de cáncer de cérvicouterino. Los sitios más frecuentes de recurrencia a distancia son los de pulmón, los ganglios extrapélvico, el hígado y los huesos.

Estadificación

El sistema de Estadificación FIGO es el sistema más ampliamente aceptado para el cáncer cérvicouterino. La más reciente actualización de este sistema es del 2009. Desde las primeras versiones del sistema de Estadificación del cáncer cervical, ha tenido numerosos cambios: la designación de la enfermedad pre-invasiva como una categoría aparte (1950), la designación y cambios en la definición de la enfermedad microinvasor (1962, 1985 y 1994) y las subdivisiones de la etapa I y II categorías de acuerdo al diámetro del tumor o del cuello uterino (1994 y 2009).

ESTADIO*	DESCRIPCION
I	El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino
I A	Carcinoma invasivo, que sólo se puede diagnosticar por microscopía, con profundidad de la invasión ≤ 5 mm y extensión no ≥ 7 mm.
IA 1	Medida de la invasión del estroma de $\leq 3,0$ mm de profundidad y extensión de $\leq 7,0$ mm.
IA 2	Medida de la invasión estromal $> 3,0$ mm y no $> 5,0$ mm de profundidad con una extensión no $> 7,0$ mm.
I B	Lesiones clínicamente visibles limitadas al cuello del útero o cáncer pre-clínicos de estadio mayor de IA.
IB 1	Lesión clínicamente visible ≤ 4 cm en su mayor dimensión.
IB 2	Lesión clínicamente visible > 4 cm en su dimensión mayor.
II	El carcinoma cervical invade más allá del útero, pero no a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina.
II A	Sin invasión parametrial.
IIA 1	Lesión clínicamente visible ≤ 4 cm en su mayor dimensión.
IIA 2	Lesión clínicamente visible > 4 cm en su mayor dimensión
II B	Con la invasión parametrial evidente.
III	El tumor se extiende a la pared pélvica y / o implica el tercio inferior de la vagina y / o causa hidronefrosis o disfunción del riñón
III A	El tumor afecta el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.
III B	Extensión a la pared pélvica y / o hidronefrosis o insuficiencia renal.
IV	El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha involucrado (comprobada por biopsia) la mucosa de la vejiga o el recto
IV A	Diseminación a órganos adyacentes.
IV B	Propagado a órganos distantes.

* Estadificación resumida; Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium, FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY, International Journal of Gynecology and Obstetrics 105 (2009) 103-104.

Aunque estos cambios han mejorado gradualmente el valor discriminatorio del sistema de clasificación, las muchas fluctuaciones en las definiciones de los estadios IA y IB han complicado los esfuerzos para comparar los resultados de los pacientes cuyos tumores se organizaron y se trata de diferentes períodos. El Estadio de la FIGO se basa principalmente en el examen clínico cuidadoso. El uso de técnicas de diagnóstico por imágenes para evaluar el tamaño del tumor y la extensión local se contempla pero no es obligatorio en el sistema de clasificación de 2009.

Sin embargo, la FIGO todavía no incorpora la evidencia de metástasis a los ganglios linfáticos adquirida por la estadificación quirúrgica o estudios de imagen avanzadas en el sistema de clasificación de 2009. Alguna forma de imagen se deben realizar para evaluar la presencia o ausencia de hidronefrosis, pero pielografía intravenosa ya no es necesario. La cistoscopia, sigmoidoscopia y examen bajo anestesia también son opcionales. Sin embargo la sospecha de invasión a la vejiga o el recto debe ser confirmada por biopsia. La etapa debe ser asignada antes de cualquier tratamiento definitivo. El estadio clínico nunca debe ser cambiado sobre la base de los resultados posteriores. Cuando la etapa a la que debe ser un caso particular asignado está en duda, el caso debe ser asignado a la etapa anterior. Aunque los pacientes tratados quirúrgicamente a veces se clasifican de acuerdo con un sistema de estadificación TNM patológico, esta práctica no ha sido ampliamente aceptada, ya que no se puede aplicar a los pacientes que son tratados con radioterapia primaria

Factores Pronósticos

El pronóstico está fuertemente influenciado por una serie de características de los tumores que no están incluidos en el sistema de estadificación. A pesar de que la FIGO se subdivide ahora la etapa IB y IIA categorías según el tamaño mayor o menor de 4 cm, información específica sobre el diámetro del tumor clínico sigue siendo un indicador importante para el pronóstico, incluso dentro de estas categorías. Aunque el estadio FIGO se correlaciona con los resultados, la evaluación mediante un examen clínico tiende a ser inexactos, y los resultados operativos a menudo no están de acuerdo con las estimaciones clínicas de la afectación del parametrio en la pared o en la pelvis.

Las metástasis a los ganglios linfáticos es uno de los factores pronósticos más importantes. El involucro del cuerpo uterino se ha asociado con una mayor tasa de metástasis a distancia. Una fuerte respuesta inflamatoria en el estroma cervical tiende a predecir un buen resultado. Aunque algunos investigadores han reportado ninguna diferencia en los resultados entre los pacientes con carcinomas escamosos y los de los adenocarcinomas de cuello uterino, la mayoría de los investigadores han concluido que los adenocarcinomas confiere un peor pronóstico. La evidencia de un peor pronóstico es particularmente fuerte para los pacientes cuyos tumores son el estadio IB2 o mayor. En un análisis multivariado de 1.767 pacientes tratadas con radiación para la enfermedad en estadio IB, Eifel y cols. encontró que el riesgo relativo de muerte por cáncer en 106 pacientes con adenocarcinomas de 4 cm o más de diámetro fue de 1,9 veces mayor que para los pacientes con tumores epidermoides de del mismo tamaño ($P < .01$). Las tasas pélvicas de control de la enfermedad no se correlaciona con la histología, pero la incidencia de metástasis a distancia fue significativamente mayor en los pacientes con adenocarcinomas.

En los pacientes con carcinomas escamosos, la concentración sérica de antígeno de carcinoma de células escamosas parece que se correlaciona con el tamaño del tumor, la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos y la presencia de la enfermedad recurrente, sin embargo, el valor de este antígeno como un predictor independiente del pronóstico y el costo-efectividad sobre la medición de este antígeno como una modalidad de elección se han disputado. Muchos estudios han demostrado una relación entre el nivel de hemoglobina y el pronóstico en pacientes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado, a pesar de la influencia independiente de la hemoglobina en los resultados puede ser difícil de estimar debido a numerosos factores pronósticos de confusión. La evidencia más fuerte que la anemia juega un papel causal en la recurrencia pélvica proviene de un pequeño estudio aleatorio llevado a cabo 1978 en el Hospital Princess Margaret, en ese estudio, los pacientes anémicos que fueron transfundidas a un nivel de hemoglobina de al menos 12,5 g / dl tuvieron una menor tasa de recidiva locorregional que aquellos que se mantuvieron a un nivel de hemoglobina de al menos 10 g/dL.

Tratamiento

Una serie de factores que pueden influir en la elección del tratamiento local del cáncer de cuello de útero, incluyendo el tamaño del tumor, estadio, características histológicas, la evidencia de metástasis ganglionares, los factores de riesgo para complicaciones de la cirugía o la radioterapia, y la preferencia del paciente. Sin embargo, por regla general, LIAG se manejan con un procedimiento de asa electroquirúrgica (LEEP), los cánceres invasores microinvasores inferior a 3 mm (estadio IA1) se tratan con cirugía conservadora (conización escisional o histerectomía extrafascial), los cánceres invasivos (el estadio IA2 y IB1 y algunos pequeños tumores en estadio IIA) se manejan con la histerectomía radical o radical modificada, la traquelectomía radical (si se desea preservación de la fertilidad), o la radioterapia, y tipos de cáncer localmente avanzado(estadios IB2 a IV A) se manejan con una combinación de quimioterapia y radioterapia. Algunos pacientes seleccionados con enfermedad recurrente después de radioterapia central máxima se puede tratar con cirugía de exenteración radical, la recurrencia pélvica aislada después de la histerectomía es tratada con irradiación.

Carcinoma Microinvasor (estadio IA)

El tratamiento estándar para los pacientes con estadio IA1 enfermedad es la conización cervical o histerectomía total (tipo I). Debido a que el riesgo de metástasis de ganglios linfáticos pélvicos de estos tumores mínimamente invasores es menos del 1%, la linfadenectomía pélvica no suele ser recomendada. Estos pacientes estadio FIGO IA1 con enfermedad sin ILV y que deseen mantener la fertilidad pueden ser tratados adecuadamente con una conización cervical terapéutica si los márgenes del cono son negativos. Aunque los informes indican que las recidivas son poco frecuentes, los pacientes que tienen este tratamiento conservador deben ser seguidas muy de cerca con la evaluación citológica periódica, la colposcopia, y la probabilidad de curetaje.

Enfermedad en Estadio IB y IIA

Las primeras etapas del IB carcinomas de cuello uterino se puede tratar eficazmente con la combinación de irradiación de haz externo y la braquiterapia o con histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral. El objetivo de ambos tratamientos es destruir las células malignas en el cuello uterino, los tejidos paracervical, y los ganglios linfáticos regionales. Los pacientes que son tratados con histerectomía radical, cuyos tumores se encuentran con características de alto riesgo de enfermedad se pueden beneficiar de la radioterapia postoperatoria o quimiorradiación. Las tasas de supervivencia específicas para los pacientes con enfermedad estadio IB cáncer de cuello uterino tratadas con cirugía o radiación por lo general oscilan entre 80% y 90%, lo que sugiere que los dos tratamientos son igualmente efectivos. Dado que las mujeres jóvenes con tumores pequeños, clínicamente negativos de nodos tienden a ser candidatos favoritos para la cirugía y porque el diámetro del tumor y el estado ganglionar se describe de manera incompatible con las series publicadas, es difícil comparar los resultados reportados en los pacientes tratados con cirugía y aquellos tratados con radioterapia.

En 1997, Landoni y cols. presentó los resultados del único ensayo prospectivo que comparó la cirugía radical con radioterapia sola para el cáncer de cérvicouterino. En su estudio, 343 pacientes con estadio IB o IIA fueron asignados aleatoriamente a tratamiento con histerectomía radical (tipo III) o una combinación de radioterapia de haz externo y braquiterapia intracavitaria de baja tasa de dosis (LDR). En el grupo de cirugía, los resultados de la afectación del parametrio, márgenes positivos, invasión del estroma profundo, o ganglios positivos llevaron al uso de la radiación pélvica postoperatoria en el 54% de los pacientes con tumores de 4 cm o menos de diámetro y en el 84% de los pacientes con tumores más grandes. Los pacientes en el brazo de radioterapia recibieron una dosis media relativamente baja al punto A de 76 Gy. Con una mediana de seguimiento de 87 meses, las tasas de supervivencia para los pacientes en los grupos de la cirugía y la radioterapia fue del 80% y 82%, respectivamente, para los pacientes con tumores que eran 4 cm o menos y el 63% y 57%, respectivamente, para los pacientes con tumores más grandes. Los autores informan de una tasa significativamente mayor de complicaciones en los pacientes tratados con cirugía inicial y atribuyeron este resultado a la utilización frecuente del tratamiento de modalidad combinada en este grupo. Para los pacientes con carcinomas escamosos etapa IB1, la elección del tratamiento se basa principalmente en la preferencia del paciente, los riesgos anestésicos y quirúrgicos, la preferencia del médico, y una comprensión de la naturaleza y la incidencia de complicaciones con la histerectomía y la radioterapia. Para los pacientes con tumores similares, la tasa global de complicaciones mayores es similar a la cirugía y la radioterapia, aunque las complicaciones del tracto urinario tienden a ser más común después del tratamiento quirúrgico y complicaciones intestinales son más comunes después de la radioterapia.

Los pacientes que tienen cánceres de etapa IB1 sin evidencia de la participación regional tienen excelentes tasas de control de la pelvis con la radioterapia sola (alrededor del 97% a los 5 años) y, probablemente, no requieren de quimioterapia cuando son tratados con radioterapia primaria

Enfermedad en Estadio IIB, III, y IVA

La radioterapia es el tratamiento primario local para la mayoría de los pacientes con carcinoma de cuello uterino locorregional avanzada. El éxito de la radioterapia depende de un delicado equilibrio entre la radioterapia de haz externo y la braquiterapia, la optimización de la dosis a los tejidos tumorales y normales y la duración total del tratamiento. Para los pacientes tratados con radioterapia sola para el estadio IIB, IIIB y IV de la enfermedad, la supervivencia a 5 años es de 65% a 75%, 35% a 50%, y 15% a 20%, respectivamente. Los resultados de los principales ensayos clínicos reportados a finales de la década de 1990 indican que, salvo contraindicación médica, la mayoría de los pacientes con tumores localmente avanzados también deben recibir la quimioterapia concurrente con radioterapia. Con la quimiorradioterapia apropiada, incluso los pacientes con enfermedad locorregional masiva tienen una importante oportunidad para la curación. La radiación de haz externo se utiliza para administrar una dosis homogénea al tumor primario de cérvicouterino y de los sitios potenciales de propagación regional y también puede mejorar la eficacia de la braquiterapia intracavitaria posterior por encogimiento del tumor voluminoso. Para facilitar la braquiterapia, los pacientes con enfermedad localmente avanzada por lo general comienzan con un curso de tratamiento de haz externo con quimioterapia concurrente. Posteriores braquiterapia para administrar una dosis alta a los tejidos paracervical y reducir al mínimo la dosis de tratamiento a tejidos normales adyacentes.

Enfermedad en Estadio IVB

Los pacientes que presentan enfermedad en órganos distantes son casi siempre incurables. El cuidado de estos pacientes debe hacer hincapié en la paliación de los síntomas con el uso de analgésicos apropiados y la radioterapia localizada. Los tumores pueden responder a la quimioterapia, pero las respuestas suelen ser breves. Un solo agente de quimioterapia con cisplatino ha sido estudiado en una variedad de dosis y horarios en el manejo del cáncer de cuello uterino recurrente o metastásico y es considerado el agente más activo contra este tipo de cáncer. Aunque un número de otros agentes (por ejemplo, ifosfamida, carboplatino, irinotecán y paclitaxel) han demostrado un modesto nivel de actividad biológica en el cáncer de cuello uterino (que producen las tasas de respuesta de 10% a 15%), la utilidad clínica de estos fármacos en los pacientes que no han respondido a cisplatino o que tienen una recurrencia o progresión después de la quimiorradiación es incierto. Además, es bien reconocido que la tasa objetiva de la respuesta a la quimioterapia es menor en las zonas previamente irradiadas (por ejemplo, la pelvis) que en sitios no irradiados (por ejemplo, pulmón).

Tratamiento Quirúrgico en Recurrencia o Persistencia Tumoral.

Algunos pacientes que tienen una recurrencia central aislada después de la radioterapia se puede curar con tratamiento quirúrgico. Debido a que la extensión de la enfermedad puede ser difícil de evaluar y el riesgo de complicaciones graves en las vías urinarias en cirugía pélvica es alta después de altas dosis de radioterapia, el tratamiento de recuperación quirúrgica por lo general requiere una exenteración pélvica, lo más a menudo una exenteración anterior. Operaciones menos extensas, como la histerectomía radical, se reservan para pacientes seleccionados con tumores pequeños confinados al cuello uterino o lesiones que no inmiscuirse en el recto.

La afectación tumoral de la pared pélvica es una contraindicación para la exenteración, pero puede ser difícil evaluar si hay fibrosis por radiación amplia. Aunque la edad avanzada puede ser una contraindicación para la exenteración pélvica, estudios han sugerido que, con una cuidadosa selección, los buenos resultados se pueden lograr con exenteración pélvica incluso en mujeres de 65 años de edad o más. A pesar de una cuidadosa evaluación preoperatoria, cerca del 30% de las operaciones son abortadas durante la operación. Biopsias transoperatorias se hacen de las áreas sospechosas. Si los resultados de la biopsia son negativos, el cirujano procede a extirpar la vejiga, el recto, la vagina, el útero, los ovarios, las trompas de Falopio, y todos los demás tejidos de soporte de la pelvis verdadera. Se debe reconstruir con un conducto urinario, una colostomía transversa o sigmoidea, la recuperación puede llegar a tardar hasta 3 meses.

En un estudio del Hospital General de México Torres LA y cols. revisaron 429 exenteraciones pélvicas realizadas de enero de 1966 a diciembre de 2006, de las cuales 214 fueron anteriores (49.8%) y 208 totales (48.4) y siete posteriores (1,6%) el desarrollo de complicaciones sucedió en 49.1% de los casos, de las cuales 30% fueron mayores (fistulas urinaria o intestinal, sepsis, sangrado gastrointestinal, obstrucción intestinal, sangrado postoperatorio, necrosis del conducto ileal, neumonía), la mortalidad operatoria global fue de 10.7%, en el seguimiento a 24 meses: sin evidencia de enfermedad en 48.8% de las pacientes. En ausencia de metastasis en los nodos linfáticos de los especímenes quirúrgicos, la sobrevida sin enfermedad fue de 62.3% vs 40.9% cuando hubo nodos metastasicos 8

Uropatía Obstructiva y Cáncer Cérvicouterino

En los países en vías de desarrollo la mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad localmente avanzada en estadio III / IV de la enfermedad al momento del diagnóstico. Estas pacientes reciben por lo general radioterapia (generalmente teleterapia mas braquiterapia) como tratamiento definitivo concomitante con quimioterapia basada en cisplatino y tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedad progresiva durante el seguimiento. Las opciones terapéuticas para la enfermedad recurrente, son limitadas.

La uropatía obstructiva definida como cualquier impedancia al flujo de la orina causando la dilatación de las estructuras del sistema colector e hidronefrosis resultante, que ha sido documentado por ultrasonido es una complicación frecuente en el cáncer de cérvicouterino, aunque su incidencia exacta no ha sido plenamente establecida en la literatura. La uropatía obstructiva es comúnmente una manifestación tardía de la enfermedad avanzada, resultado de la compresión extrínseca ureteral secundaria a tumores malignos 9

A pesar de los recientes avances en técnicas quirúrgicas, la radioterapia y la quimioterapia para el tratamiento de tumores malignos cérvicouterinos, estas neoplasias suelen progresar con uropatía obstructiva debido a la propagación local en la pelvis. Si la obstrucción en el tracto urinario no se elimina, las condiciones clínicas del paciente se deterioran a un ritmo más rápido a través de la uremia, anomalías hidroelectrolíticas e infecciones urinarias con la consiguiente reducción de la lucidez mental y la posterior muerte. 10

La presencia de obstrucción ureteral e insuficiencia renal como consecuencia tiene un efecto adverso significativo sobre la supervivencia en pacientes con carcinoma cérvicouterino. Con el fin de evitar la obstrucción ureteral, se han empleado derivaciones urinarias, pero se necesitan más pruebas en relación con los resultados de tales métodos.

La uropatía obstructiva se observa también a veces en pacientes previamente tratados que no tenían evidencia de enfermedad recurrente, pero desarrollan hidronefrosis por atrapamiento de los uréteres en la fibrosis pélvica secundaria al tratamiento con radioterapia.

A pesar de que las derivaciones urinaria a través de colocación de stents endoscópicos ureterales y drenajes percutáneos de nefrostomías han ofrecido procedimientos de fácil realización que alivian la obstrucción ureteral y puede prolongar la supervivencia, un dilema ético persiste: se ha sugerido que la calidad de vida en términos de dolor y el rendimiento físico luego de la derivación es a menudo pobre, de modo que el beneficio de los procedimientos que ofrecen a los pacientes es incierto.

La nefrostomía percutánea es la mejor opción clínica como medida paliativa en esta situación. Debido a la mejora en los materiales para nefrostomía percutánea y las técnicas de uroradiological, sobre todo la ecografía, ha hecho que este procedimiento sea adecuado para los pacientes con uropatía obstructiva, la obtención de mejoras inmediatas en los parámetros bioquímicos y de laboratorio de función renal función, se asocia con un beneficio de supervivencia en pacientes con cáncer de cuello uterino fuera de tratamiento, o los que tienen opciones de tratamiento viables, como se muestra en múltiples estudios retrospectivos. Sin embargo, cuando se utiliza en pacientes con enfermedad refractaria o metastásica que no tienen opciones de tratamiento, el beneficio clínico ha sido limitado, además a pesar de ser una técnica bien establecida y simple, la nefrostomía percutánea no está exenta de complicaciones y puede estar asociada con una morbilidad significativa. las complicaciones del procedimiento han sido reportadas en hasta el 40% de los pacientes.

Aunque la derivación urinaria puede prolongar la vida de estos pacientes, no necesariamente mejorar su calidad de vida. Como ya se había mencionado muchas cuestiones éticas, filosóficas y emocionales se han planteado, lo que hace la indicación de la nefrostomía aún más compleja en los pacientes con mal pronóstico.

No hay pautas claras para predecir qué pacientes en el escenario de los cuidados paliativos se beneficiaran en términos de supervivencia y calidad de vida. Factores que influyen en la no recuperación de la función renal después de que el alivio de la obstrucción del tracto urinario en mujeres con cáncer de cuello uterino incluyen la edad avanzada y la disminución de grosor cortical renal.

En un estudio prospectivo con 43 paciente de los cuales 23 eran mujeres con cáncer cérvicouterino Romero RF y colaboradores en 2005 encontraron que las pacientes menores de 52 años de edad y las pacientes con cáncer cérvicouterino se beneficiaron de la nefrostomía percutánea en comparación con los pacientes con cáncer de próstata refractario a la terapia hormonal, cáncer de vejiga o de más de 52 años de edad. En este mismo estudio Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en el 42,3% de los pacientes. No hubo mortalidad relacionada con el procedimiento. Treinta y dos por ciento de los pacientes sobrevivió el tiempo suficiente para someterse a algún tipo de tratamiento en el tumor primario. La tasa de supervivencia fue de 40% a los 6 meses y el 24,2% a los 12 meses. El porcentaje de toda la vida dedicado a la hospitalización fue del 17,7%. La tasa de supervivencia fue mayor en pacientes con neoplasia de cuello uterino ($p = 0,007$) y en pacientes con 52 años de edad o menos ($p = 0,008$) comparada con otras neoplasias pélvicas. 10

Por su parte Marie CM. y colaboradores encontraron que en pacientes con cáncer avanzado cérvicouterino con uropatía obstructiva y niveles elevados de creatinina, la derivación urinaria con nefrostomía percutánea confiere un beneficio de supervivencia modesta y no hay evidencia en este estudio que ponga en peligro la calidad de vida en esta población. Por lo tanto, concluyen que la decisión de realizar una intervención en los pacientes con una pobre supervivencia general, deben ser conducidos únicamente por la posibilidad de que el claro beneficio de supervivencia a corto plazo, si se desea por parte del paciente. La derivación urinaria puede ser de particular beneficio para los pacientes con cáncer avanzado de cuello uterino, la hidronefrosis moderada a severa y los niveles de creatinina muy elevados (> 400 mmol / L), y que no han tenido tratamiento previo para la malignidad. La reducción de los niveles de creatinina a niveles normales después de la desviación se asoció con un menor riesgo de muerte dentro de 12 meses.10

En su estudio Cardona AF y colaboradores en 2005 reportó 106 pacientes de las cuales 9 (8.5%) se encontraban en estadio IIB, 68 (64%) en estadio IIIB, y 29 (27.5%) se clasificaron como estadio IVA, se dividieron a las pacientes en 2 grupos el primero grupo A de 37 pacientes de reciente diagnóstico y sin haber recibido ningún tratamiento, el segundo B las restantes 69 pacientes con tumores recurrentes, de las cuales 90 pacientes se diagnosticó obstrucción urinaria bilateral y 16 fueron de manera unilateral, 90 % presentaban pruebas de función renal alteradas, dentro de las principales morbilidades 13.2% de las pacientes presentaron hemorragia después del procedimiento, 12% absceso intra o perirrenal y 6% afección del sitio de inserción, la mediana de permanencia de las nefrostomías fue de 5.2 y 6.9 meses para el grupo A y B respectivamente, 53% de las pacientes requirió más de un recambio de los catéteres y se documentaron 147 episodios de infección de vías urinarias, el 37% (n=39) de las pacientes murió por sepsis de origen urinario, la mediana de supervivencia fue de 14.9 y 7.3 meses en grupo A y B respectivamente, concluyendo que en pacientes con enfermedad recurrente o progresión, a pesar de tener buen estado funcional basal, la nefrostomía no es recomendable debido a la elevada proporción de complicaciones atribuibles principalmente de origen infeccioso. 11

Planteamiento del problema

El cáncer cérvicouterino constituye un importante problema de salud pública, en especial en los países en desarrollo. Para 2008 se estimó una incidencia en México de 10 186 casos que representa el 15.3% ubicándolo en segundo lugar solo rebasado por el cáncer de mama, se estimaron 5 061 muertes que representan el 12.9% del total en la población femenina, la mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad localmente avanzada en estadio III / IV de la enfermedad al momento del diagnóstico, La uropatía obstructiva es comúnmente una manifestación tardía de la enfermedad avanzada, resultado de la compresión extrínseca ureteral secundaria a la compresión del tumor, Si esta obstrucción en el tracto urinario no se elimina, las condiciones clínicas del paciente se deterioran llegando en algunas ocasiones a producir la muerte, Con el fin de evitar la obstrucción ureteral, se han empleado derivaciones urinarias, actualmente las nefrostomías percutáneas son la más aceptadas para este fin, pero se necesitan más pruebas en relación con sus resultados ya que aún persiste el dilema ético que ha sugerido que la calidad de vida en términos de dolor y el rendimiento físico luego de la derivación es a menudo pobre, de modo que el beneficio de los procedimientos que ofrecen a los pacientes es incierto, y conlleva una serie de comorbilidades y complicaciones propias de un procedimiento invasivo.

Justificación

Teniendo en cuenta el gran problema de salud que representa en la actualidad el cáncer cérvicouterino y a que la mayoría de las pacientes se presentan con etapas clínicas avanzadas con las consecuencias propias y siendo una de las principales la uropatía obstructiva secundaria obstrucción de los ureteres por la actividad tumoral a nivel de la pelvis, teniendo en la actualidad la facilidad de la nefrostomía percutáneas que debido a la mejora en los materiales y las técnicas de uroradiological, sobre todo la ecografía, han hecho que este procedimiento sea adecuado para estos pacientes, la obtención de mejoras inmediatas en los parámetros bioquímicos y de laboratorio de función renal función, el beneficio clínico no ha sido bien establecido, además a pesar de ser una técnica bien establecida, la nefrostomía percutánea no está exenta de complicaciones y puede estar asociada con una morbilidad significativa. Las complicaciones del procedimiento han sido reportadas en hasta el 40% de los pacientes.

Pregunta de investigación

¿Es útil en la paciente con cáncer cérvicouterino avanzado y que presenta uropatía obstructiva la colocación de nefrostomías percutáneas para mejorar su calidad de vida y prolongarla sin aumentar significativamente sus comorbilidades y sin presentar complicaciones significativas propias de un procedimiento invasivo?

Hipótesis

Se trata de un estudio descriptivo por lo que no requiere hipótesis

Objetivos Generales

- ✓ Determinar la utilidad de las nefrostomías percutáneas en paciente con cáncer cérvicouterino con respecto a la mejoría clínica y bioquímica y determinar las complicaciones y comorbilidades que presentan como consecuencia la colocación de las mismas.

Objetivos específicos

- ✓ Establecer la casuística de pacientes con diagnóstico de cáncer cérvicouterino que requieren colocación de las nefrostomías percutáneas.
- ✓ Determinar en qué estadio clínico es más frecuente la necesidad de colocar nefrostomías.
- ✓ Describir las complicaciones resultantes de la nefrostomías.
- ✓ Describir la utilidad de colocar las nefrostomías en cáncer cérvicouterino.
- ✓ Determinar la sobrevida de este grupo de pacientes.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño del estudio

Se realizó un estudio de casos, observacional, no experimental, retrospectivo, descriptivo y transversal

Población y tamaño de la muestra

Se incluirán a todas las pacientes del Hospital General de México en el servicio de oncología que hayan sido diagnosticadas con cáncer cérvicouterino en cualquier estadio clínico y que fueron sometidas a nefrostomías percutáneas durante el periodo de enero de 2007 a diciembre de 2011

Criterios de inclusión

- ✓ Paciente del Hospital General de México
- ✓ Cualquier edad
- ✓ Diagnóstico de cáncer cérvicouterino
- ✓ Sometidas a colocación de nefrostomías percutáneas

Criterios de exclusión

- ✓ Cualquier otro cáncer diferente del cérvicouterino
- ✓ Diagnóstico previo de insuficiencia renal
- ✓ Pacientes tratadas o diagnosticadas fuera del periodo establecido
- ✓ Expedientes incompletos

Criterios de eliminación

- ✓ Sin seguimiento dentro del Hospital General de México

Definición de las variables

Variables independientes

- ✓ Edad

Escala de Medición: Discreta

Rangos de edades por décadas

- ✓ Estadio Clínico:

Escala de Medición: Discreta

- ✓ Respuesta al tratamiento

Escala de Medición: Dicotómica

Adecuada, inadecuada, progresión

- ✓ Nefrostomías Percutáneas

Definición conceptual: Nefrostomía es la colocación de un catéter de fino calibre en el riñón, se colocan percutáneamente ósea se llevan a cabo a través de la piel.

Definición Operacional: La colocación de un catéter percutáneamente para drenar la orina por este debido a la obstrucción ureteral que se genera por la oclusión debida a la actividad tumoral a nivel de la pelvis

Tipo de variable: Dicotómica

Escala de Medición: Presente necesariamente

Variables dependientes

- ✓ Respuesta al tratamiento
- ✓ Progresión
- ✓ Normalización de creatinina
- ✓ Tiempo de sobrevida general

Procedimiento

Colocación de Nefrostomías: Este fue realizado en todos los casos por el servicio de radiología intervencionista del hospital General de México.

Paciente en decúbito prono, previa asepsia y antisepsia a nivel de la región lumbar y colocación de campos estériles con aplicación mediante infiltración de lidocaína al 2% a nivel local, se realiza abordaje mediante ecografía y fluroscopia, realizando punción con aguja Chiba de 21G, de manera coaxial con aguja de 18G, en la región lumbar inferior, se punciona cáliz posteroinferior y a través de guías y catéteres se realiza colocación de catéter de nefrostomías 8Fr., se realiza mismo procedimiento del lado contralateral y se da terminado procedimiento previa comprobación de colocación y funcionamiento del catéter.

Proceso de captación de datos

Se revisaron los expedientes de las pacientes con diagnóstico de cáncer cérvicouterino y que se sometieron a colocación de nefrostomías percutáneas en el periodo de enero de 2007 a diciembre de 2011, elaborando un formato de recolección de datos y creando una base de datos con la información obtenida de la revisión de los expedientes

RESULTADOS

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA Y RESULTADOS n (37)

Edad	45.0 ± 5.2874
Total de Pacientes con nefrostomía percutánea	
✓ Nefrostomías Antes de Tratamiento radical	22 (59.40 %)
✓ Nefrostomías Posterior a Tratamiento radical	15 (40.54 %)
Estadio Clínico	
✓ I B1	2 (05.40 %)
✓ II A	2 (05.40 %)
✓ II B	6 (16.21 %)
✓ III B	19 (51.35 %)
✓ IV A	3 (08.10 %)
✓ IV B	1 (02.70 %)
✓ No clasificado	3 (08.10 %)
Tipo Histológico	
✓ Epidermoide	29 (78.37 %)
✓ Adenocarcinoma	6 (16.21 %)
✓ Otros *	2 (05.40 %)
Tratamiento radical	
✓ RT/BT/QT	32 (86.48 %)
✓ RT incompleta	2 (05.40 %)
✓ Paliativo	2 (05.40 %)
✓ Ninguno	1 (02.70 %)
Hidronefrosis	
✓ Bilateral	33 (89.18 %)
✓ Unilateral	4 (10.81 %)
Nivel Promedio de Creatinina al Inicio del Tratamiento	
✓ Con Uropatía Obstructiva Antes de Tratamiento Radical	8.20 mg/dL
✓ Con Uropatía Obstructiva Posterior a Tratamiento Radical	4.64 mg/dL
Sobrevida General	
✓ Con Uropatía Obstructiva Antes del Tratamiento Radical	55.6 semanas
✓ Con Uropatía Obstructiva Posterior del Tratamiento Radical	79.16 semanas
Pacientes Vivas	22 (59.40 %)
Pacientes Muertas	15 (40.54 %)

*Un tipo adenocarcinoma de Células Claras y un Carcinoma Epidermoide Verrucoso

Se incluyeron en el estudio 37 mujeres con edades entre 31 y 68 años (media=45.0 ± 5.2874). De éstas, 22 tenían cáncer de cérvicouterino recientemente diagnosticado, localmente avanzado y sin tratar (grupo A), y 15 tenían tumores recurrentes y en progresión y en 2 de ellas no se demostró la recurrencia (grupo B). Dos pacientes tenían cáncer cérvicouterino, estado IB1 (5.40%); 2, tumores estadio IIIA (5.40%), 6 (16.21%), tumores clasificados como estadio IIB, 19 (51.35%) eran estadio IIIB, 3 (8.1%) en estadio IVA, 1 en estadio IVB (2.7%) y 3 el (8.1%) habían sido tratadas inicialmente en otras unidades por lo que no fueron clasificadas.

Treinta y dos mujeres recibieron radioterapia pélvica (>50 Gy) 27 también recibieron braquiterapia intracavitaria (>30 Gy) con diversos esquemas de fraccionamiento, 20 fueron tratadas concomitantemente con quimioterapia más radioterapia, 2 pacientes no terminaron la radioterapia externa, 2 pacientes más solo recibieron tratamiento paliativo y una no fue candidata a ningún tratamiento. De las pacientes del grupo A, 10.81 % (n=4) tuvo persistencia de la enfermedad después de finalizar el tratamiento con radioterapia y 13.51% (n=5) presentó recaídas después de practicada dicha intervención. En 13 de las pacientes del grupo B se documentó recaída local y regional antes de la realización de las nefrostomías percutáneas, con una mediana para la progresión de la enfermedad de 16,3 meses. Sólo 15 pacientes presentaron resolución significativa y duradera de la obstrucción que permitió el retiro de la nefrostomía en una mediana de 132 días (rango, 42 a 294 días).

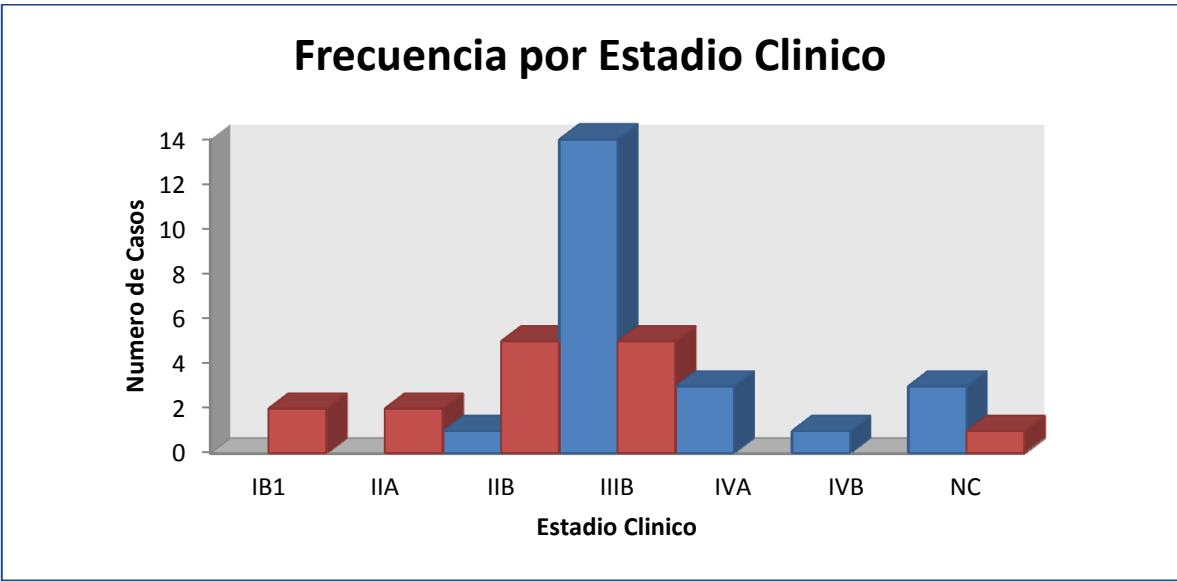
EDADES DE LAS PACIENTE n (37)

Rangos de Edades	Grupo A	Grupo B
Menores DE 30	0	0
31 a 40	6	7
41 a 50	9	4
51 a 60	3	1
Mayores de 60	4	3
Total	22	37

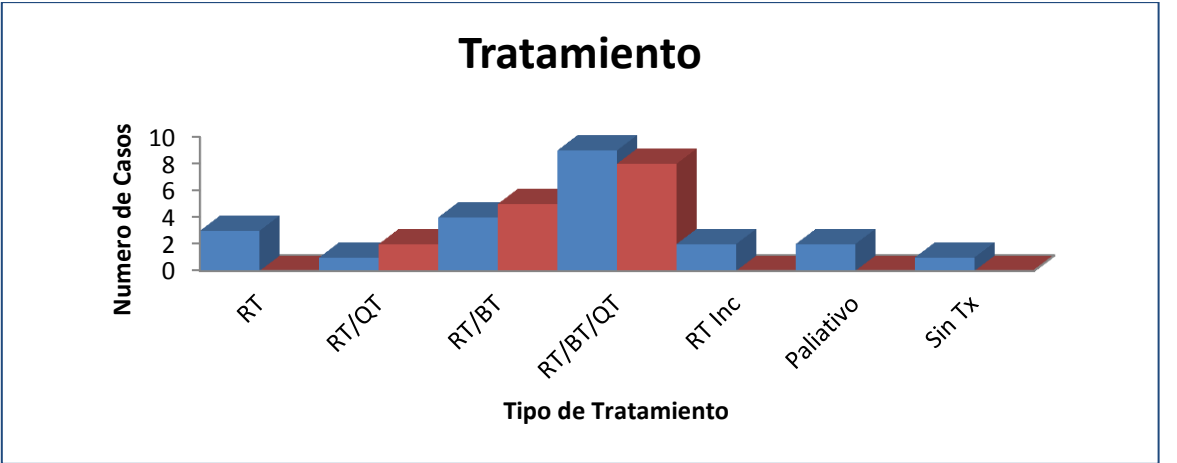
ESTADIOS CLÍNICOS EN AMBOS GRUPOS

Estadio Clínico	Grupo A	Grupo B
1B1	0	2
IIA	0	2
IIB	1	5
IIIB	14	5
IVA	3	0
IVB	1	0
NC	3	1
Total	22	15

*NC; No Clasificado por haber sido tratado fuera de la unidad previamente

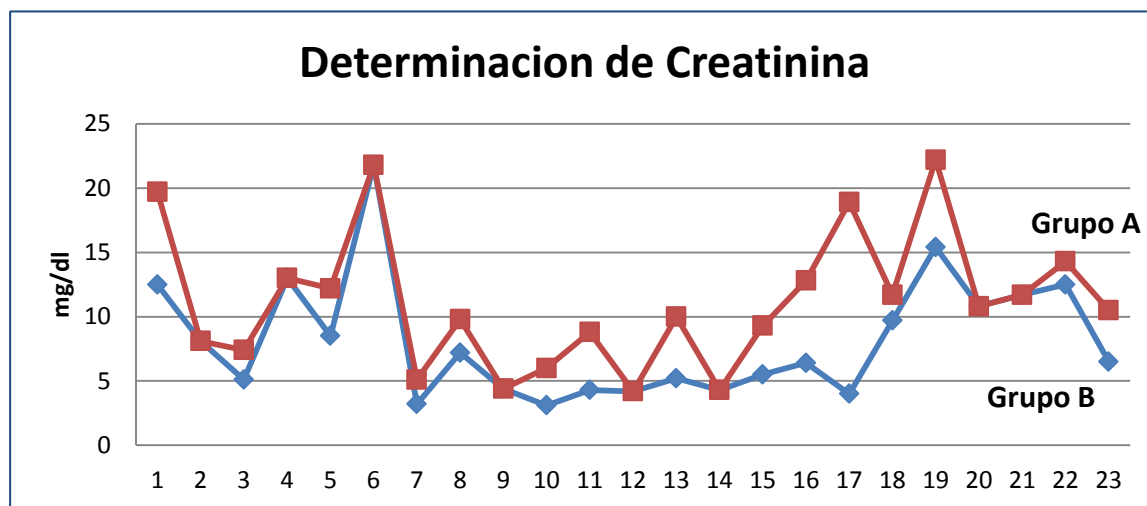


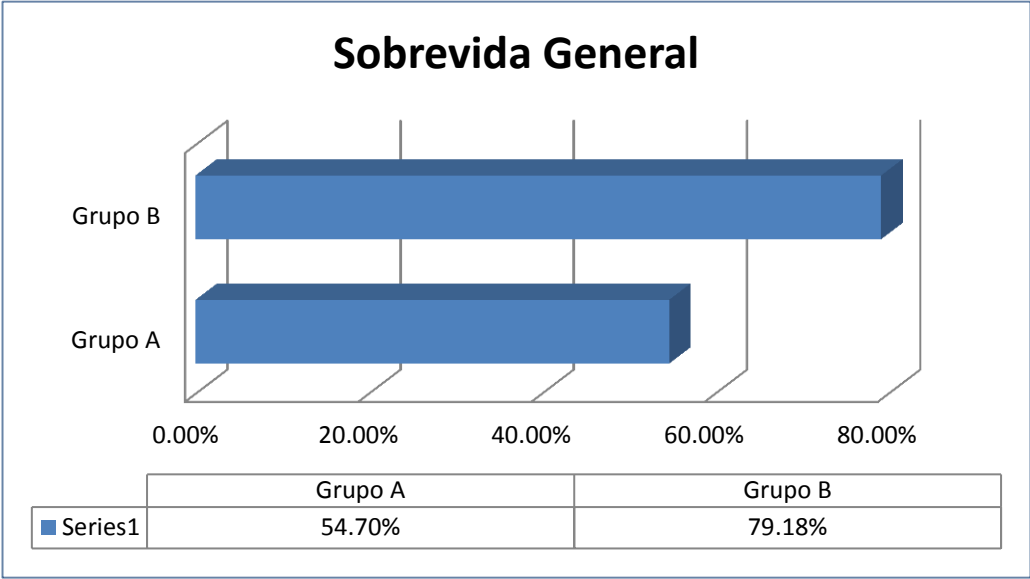
En 33 pacientes se diagnosticó obstrucción urinaria bilateral y en 4 fue unilateral, de estas 2 fueron derechas y 2 izquierdas, una paciente presentó exclusión renal al momento del diagnóstico. La uropatía obstructiva se descubrió por ultrasonografía en 17 casos (45.94%) y por TAC en 20 pacientes (54.05%) en promedio, 15 días antes de la realización de la nefrostomía percutánea. El 100% de las pacientes tenía pruebas de función renal anormales en el momento de la realización del procedimiento, con una media de creatinina de 8,2 mg/dl en las pacientes del grupo A y de 4.64 mg/dl en las del grupo B. Diez días después, 62.1% (n=23) había normalizado la creatinina y, 32.43% más (n=12), al día 20; 2 mujeres estuvieron con falla renal permanente (las 2 del grupo A), una de estas pacientes presentó exclusión renal, 3 pacientes del grupo A recibieron terapia de reemplazo con hemodiálisis en agudo durante un promedio de 2 sesiones



La mediana de permanencia de las nefrostomías fue de 3,4 y 8,7 meses para los grupos A y B, respectivamente. Durante este tiempo, el 53% de los sujetos requirieron 1 o más cambios del catéter (en total, se practicaron 53 cambios), principalmente, disfunción y retiro accidental. Se documentaron 54 episodios de infección de vías urinarias después de la derivación el 29% tuvo 2 o menos eventos y el 10,5%, más de 3 eventos.

Las paciente al realizar este estudio presentaron una sobrevida general a partir de la colocación de las nefrostomías de 54.6 semanas para el grupo A y de 79.16 semanas para las del grupo B, seguían vivas 22 pacientes (59.45%), 10 (27.02%) del grupo A y 12 pacientes (32.43%) del grupo B y habían fallecido 15 pacientes (40.54%) 12 (32.43%) del grupo A y 3 (8.10%) del grupo B.





Complicaciones por Nefrostomías Percutáneas

Infección de Vías Urinarias	54
Pielonefritis	8
Infección del Sitio de Punción	4
Hematuria Severa	3
Absceso Renal	1
Total	70

DISCUSION

Debido a que el cáncer cérvicouterino constituye un importante problema de salud pública, en nuestro país y una importante fuente de demanda de atención médica en el Hospital General de México, también teniendo en cuenta que en esta institución se atienden a los pacientes que son referidos de varios lugares de la república y que por lo tanto son paciente que acuden en estadios avanzados de la enfermedad, tenemos que tener en cuenta las altas posibilidades de que lleguen a requerir procedimientos invasivos del tipo de las nefrostomías percutáneas, sabiendo que la uropatía obstructiva es comúnmente una manifestación tardía de la enfermedad avanzada, resultado de la compresión extrínseca ureteral secundaria a la compresión del tumor y que si esta no se elimina, las condiciones clínicas del paciente se deterioran llegando en algunas ocasiones a producir la muerte, tenemos que tener en claro las indicaciones para colocarlas y los beneficios y los riesgos que por ser procedimientos invasivos conllevan por lo tanto se necesitan más pruebas en relación con sus resultados ya que aún persiste el dilema ético que ha sugerido que la calidad de vida en términos de dolor y el rendimiento físico luego de la derivación es a menudo pobre, de modo que el beneficio de los procedimientos que ofrecen a los pacientes es incierto, en nuestros resultados, tiene particular importancia el hecho de que la mayoría de los pacientes sometidos a la colocación de nefrostomías percutáneas son pacientes de reciente diagnóstico y que llegan en condiciones generales muy deterioradas con parámetros bioquímicos alterados de manera significativa en especial la creatinina que en el 100% de los pacientes estaba por arriba de los parámetros normales y también de manera importante el potasio, también es de importancia el hecho de que actualmente la mayoría de las pacientes son sometidas a tratamientos radicales debido a que se logran mejorar esas condiciones en la que inicialmente llegan y tiene un papel importante en mejorar estas la colocación de las nefrostomías.

Las complicaciones debidas ala colocación con las nefrostomías en nuestra población de estudio están acorde con lo publicado con Cardona AF, con cifras similares de infecciones y de sobrevida posterior a la colocación de las mismas, también van de acuerdo con lo publicado con Romero RF quien encontró que 32% de los pacientes sobrevivió el tiempo suficiente para someterse a algún tipo de tratamiento en el tumor primario. La tasa de supervivencia fue de 40% a los 6 meses y el 24,2% a los 12 meses y con lo publicado por Marie CM quien encuentra que en pacientes con cáncer avanzado cérvicouterino con uropatía obstructiva y niveles elevados de creatinina, la derivación urinaria con nefrostomía percutánea confiere un beneficio de supervivencia modesta.

CONCLUSIONES

La derivación urinaria por medio de las nefrostomías percutáneas tiene un papel importante para mejorar las condiciones generales de las pacientes secundarias a la falla renal aguda y que de esta manera ellas puedan ser candidatas a recibir tratamiento médico y aunque en realidad nuestro estudio no puede llegar a concluir acerca de si este procedimiento prolonga la supervivencia general ni la sobrevida libre de enfermedad al permitir el tratamiento adecuado porque no fue su objetivo, sería importante el realizar un estudio más detallado con grupos control que determinen si este beneficio existe, de acuerdo con otros estudios en los que las morbilidades se han valorado nuestra población está dentro de los parámetros establecido.

Por lo tanto, se concluyen que la decisión de realizar una intervención en los pacientes con una pobre supervivencia general, deben ser conducidos únicamente por la posibilidad de que el claro beneficio de supervivencia a corto plazo, con una evaluación individual de cada caso y también si se desea por parte del paciente

ANEXOS

**INDICACIONES, EVOLUCION Y RESULTADOS ONCOLOGICOS EN
PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO SOMETIDAS A
NEFROSTOMIAS PERCUTANEAS SECUNDARIO A UROPATIA**

NOMBRE		EDAD	
ECU		EXP, ONCOLOGIA	
TIPO HISTOLOGICO		EC CLINICO (FIGO)	
DIAGNOSTICO (FECHA)			
TX CA CU	RT	RT +BT	RT + QT
RESP AL TX	ADECUADA	RECURRENCIA	TIEMP REC
DIAGNOSTICO UROPATIA OBSTRUCTIVA			
FECHA DE DIAGNOSTICO DE UROPATIA ONSTRUCTIVA			
UNILATERAL		BILATERAL	
SINTOMATICA		LABORATORIO	
USG RENAL			
LABORATORIOS	CR	BUN	NA
	K	UREA	OTROS
TIEMPO % DIAGNOSTICO Y TX			
REQUIRIO TX SUSTITUTIVO (HEMODIALISIS)		SI	NO
TIEMPO PARA NORMALIZAR PARAMETROS BIOQUIMICOS			
NEFROSTOMIAS PERCUTANEAS			
FECHA DE COLOCACION			
TIEMPO ENTRE DX UROPATIA Y COLOCACION NP			
COMPLICACIONES	IVU		DISFUNCION
	OTRAS INFECCIONES		HEMORAGIA
TIEMPO DE NP			
RECAMBIOS	DISFUNCION	RETIRO ACCIDENTAL	
ESTANCIA HOSPITALARIA		SUPERVIVENCIA GENERAL	
CONTINUA VIVA			
MUERTE		CAUSA	

OBSTRUCTIVA

BIBLIOGRAFIA

1. Torres LA, CANCER GINECOLOGICO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, Mc GRAW HILL INTERAMERICANA EDITORES SA de CV Primera edición 2004 pp 131-165
2. Globocan, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 <http://globocan.iarc.fr>
3. Vincent T, De vita, Jr, CANCER PRINCIPLES & PRACTICE OF ONCOLOGY, 9th EDITION 2011 WOLTTERS KLUMER, LIPPICOTT WILLIAMS & WILKINS EE UU.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Estadísticas de natalidad, mortalidad y nupcialidad 2010. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>
5. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
6. Ward KK, Shah NR, Saenz CC, McHale MT, Alvarez EA, Plaxe SC CHANGING DEMOGRAPHICS OF CERVICAL CANCER IN THE UNITED STATES (1973-2008). Gynecol Oncol. 2012 Jun 2.
7. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium, FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY, International Journal of Gynecology and Obstetrics 105 (2009) 103–104

8. Torres LA, CANCER CERVICO-UTERINO; EXPERIENCIA CON 429 EXENTERACIONES PELVICAS, Rev Med Hosp Gen2010; 73(3):154-160

9. Lapitan MC, Impact of palliative urinary diversion by percutaneous nephrostomy drainage and ureteral stenting among patients with advanced cervical cancer and obstructive uropathy: A prospective cohort *J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 37, No. 8: 1061–1070, August 2011*

10. Romero FR, INDICATIONS FOR PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE UROPATHY DUE TO MALIGNANT UROGENITAL NEOPLASIAS, International Braz J Urol Official Journal of the Brazilian Society of Urology Vol. 31 (2): 117-124, March - April, 2005

11. Cardona AF y colaboradores MORTALIDAD Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A NEFROSTOMIAS PERCUTANEAS EN PACIENTES CON CANCER AVANZADO DE CUELLO UTERINO REV colombiana de canerologia,2005;9(3):37-81