Universidad De San Carlos De Guatemala

Facultad De Ciencias Médicas

Escuela De Estudios De Post-grado

Cirugía Oncológica

# “UTILIDAD DE LOS DRENAJES CERRADOS A SUCCION EN HISTERECTOMIAS RADICALES”

Estudio analítico, prospectivo y controlado realizado en el Instituto De Cancerología “Dr. Bernardo Del Valle”

MARCOS ROBERTO ESTRADA MALDONADO

Tesis

Presentada ante las autoridades de la

Escuela de Estudios De Postgrado de la

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias

Para obtener el grado de

Maestro en Cirugía Oncológica

Julio del 2,011

## RESUMEN

El manejo del cáncer del cuello uterino en etapas tempranas puede hacerse con tratamiento médico (radioterapia y quimioterapia) o de forma quirúrgica. Esta última difiere según la escuela y la institución que la ponga en práctica, tanto en lo que respecta a los criterios que se toman para planificar una cirugía como en la técnica quirúrgica utilizada. Precisamente en el Instituto de Cancerología de Guatemala la utilización, en los últimos años, de drenajes a succión cerrados tipo hemovac es la rutina, lo cual contrasta con la literatura mundial. Basado en esta última, se tomó como premisa que en el Instituto de Cancerología era necesario efectuar un estudio que demostrase que este tipo de drenajes, en este particular procedimiento, pueden ser obviados. Se tomaron a estudio 21 mujeres que consultaron al Instituto De Cancerología de Guatemala "Dr. Bernardo Del Valle", quienes presentaban carcinoma del cuello uterino en estadio Ib1, todas ellas oscilaron entre los 29 y 60 años de edad; a la totalidad se les efectuó histerectomía radical con linfadenectomía pélvica. Del total, a 11 pacientes (52.38%) no se les colocó drenaje a succión cerrados, y a 10 (47.62%) sí se les colocó el mismo. De las 11 pacientes a quienes no se les colocó el drenaje (81.3%) tuvieron una estancia hospitalaria entre 48 y 120 hrs. (2 a 5 días), mientras a las que se les colocó el mismo el 80% tuvo una estadía de entre 96 y 168 hrs (4 y 7 días). Del primer grupo únicamente una paciente (9.09%) se complicó con colección extraperitoneal mientras del 2ª grupo el 50% sufrió complicaciones, aunque no todas ellas secundarias al uso de aparatos de succión. El estudio determinó que la utilización de drenajes a succión cerrados no tiene utilidad en pacientes a quienes se les efectúa histerectomía radical con linfadenectomía pélvica. Además no hay un incremento de la frecuencia de complicaciones secundarias a la no utilización de estos aparatos.

## INDICE DE CONTENIDOS

Pag.

1. INTRODUCCION ……..6

2. ANTECEDENTES……..…7

3. OBJETIVOS…….....11

4. MATERIAL Y METODOS……...12

5. RESULTADOS……..……..……..15

5.1 PRESENTACION TABULAR…….……15

5.2 PRESENTACION DESCRIPTIVA…….…..26

6. DISCUSION……..……..28

7. REFERENCIAS ……...…….……32

8. ANEXOS……..……..……..……34

## INDICE DE TABLAS

Pag.

1. RANGO DE EDAD DE PACIENTES……..15

2 HORAS DE HOSPITALIZACION……17

3. TIPOS HISTOLOGICOS PRE-OPERATORIOS……..19

4 TIPOS HISTOLOGICOS POST-OPERATORIOS……...21

5 COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS……...23

6 FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS…….25

## INDICE DE GRAFICAS

Pag.

1. RANGO DE EDAD DE PACIENTES……16
2. HORAS DE HOSPITALIZACION……..18
3. TIPOS HISTOLOGICOS PRE-OPERATORIOS……20
4. TIPOS HISTOLOGICOS POST-OPERATORIOS……..22
5. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS……..24

# INTRODUCCION

En los momentos actuales, el cáncer del cuello uterino es uno de los tumores mejor conocido y con muchos estudios efectuados que nos hacen comprender la patogenia, la historia natural de la enfermedad y por ende los múltiples factores tanto intrínsecos como extrínsecos que interactúan en el aparecimiento del tumor, así como en el diagnóstico y el manejo del mismo. De hecho en lo que respecta a este último ha habido cambios sustanciales tanto en el tratamiento médico como en el quirúrgico. El nivel socioeconómico, la promiscuidad, los medios efectivos de tamizaje masivo para la detección temprana, la experiencia del personal que utiliza esas herramientas son algunos de los factores de los que mencionamos anteriormente.

El cáncer del cuello uterino en etapa Ia2 y Ib1 en el Instituto de Cancerología de Guatemala, a excepción de casos particulares, es tratado a través de histerectomía radical. Las pacientes de esta forma tratadas, como parte de la técnica quirúrgica se les colocan drenajes cerrados de succión al finalizar el procedimiento, lo cual conlleva mayor cantidad de días estancia hospitalaria, las molestias propias de tener el aparato de succión por un período promedio de 5 a 6 días y los riesgos inherentes a cualquier instrumento de drenaje; y que otros factores como dolor, incomodidad, riesgos de infección, erosiones de vasos sanguíneos, cantidad de días en el hospital etc. se reducen, beneficiando de esta manera tanto a la paciente como a la institución.

El presente trabajo se basa en pacientes con cáncer del cuello uterino invasivo en etapa temprana (Ib1) que asistieron a consulta al Instituto de Cancerología y que además contaron con condiciones propias específicas para ofrecerles manejo quirúrgico (histerectomía radical) como primera línea de tratamiento. Desde hace muchos años hasta la actualidad a estas pacientes se les han dejado drenajes cerrados para el manejo de las secreciones linfáticas, posterior a la linfadenectomía, pero con este estudio se trató de demostrar la inoperancia de los mismos a través de utilizar la técnica quirúrgica adecuada.

## ANTECEDENTES

El cáncer del cuello uterino es uno de los tumores mejor conocidos y estudiados, tanto en los factores que inciden en aparecimiento como en el diagnóstico y manejo del mismo. Es el tumor maligno más frecuente en Guatemala y en otros países considerados en vías de desarrollo, con una tendencia a mantener la incidencia anual casi invariable en los últimos años. En general esta relación se ha mantenido desde los inicios del Registro Nacional del Cáncer en el año 1975 (1), la que se observa también en otros países con desarrollo económico social bajo semejante al de Guatemala. Además notamos, como en otras partes del mundo, que además del nivel socioeconómico bajo, la promiscuidad, las infecciones por VPH y otros, son factores muy determinantes en la frecuencia de los casos. El 75.6% de los casos femeninos incluye casos de mujeres hasta los 64 años de edad y el 90.5% hasta de las menores de 75 años (1).

La detección temprana por medios de tamizaje masivos como el papanicolau, aunque con su inconvenientes, ha demostrado su beneficio como principal herramienta para la detección temprana de las lesiones pre-invasoras o invasoras tempranas (1).

En lo que respecta a la histología de los tumores del cérvix el más frecuente es el epidermoide, siguiéndole en frecuencia los adenocarcinomas, lo que no difiere en mucho con la literatura internacional. En el 2005 la distribución de los tumores según Grandes Grupos Morfológicos (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ª revisión –CIE-O3-), demuestra el predominio de las Neoplasias Escamosas, que en conjunto agrupan (del total de los tumores diagnosticados en 2005) un 35%; siguen en orden de importancia los Adenocarcinomas con 18%. Las morfologías no difieren significativamente de lo que se encuentra en otros estudios (1).

Algo muy importante de ver, es que la mayoría de pacientes que consultan a nuestros centros asistenciales especializados por carcinomas del cérvix, son pacientes en estadíos avanzados, por lo que el tratamiento que se les puede ofrecer es con otros medios que no son precisamente el quirúrgico (1,2). En el 2005 según el Regístro del Cáncer del INCAN se consideraron no clasificables 188 (7%) casos y se clasificaron 1,035 (40%), de éstos, 407 (39.0%) fueron clasificados en estadío III y 365 (35.0%) en estadío II (1), lo que resulta desalentador, pues indica claramente que los pacientes consultan tardíamente y así disminuyen las probabilidades de ofrecerles resultados

exitosos con los tratamientos, en términos de resolver o controlar la enfermedad o prolongar la sobrevida. La radioterapia es usada en el tratamiento de todos los estadíos de la enfermedad, y ha mostrado ser un equivalente eficaz a la histerectomía radical en el tratamiento de de estadíos tempranos del cáncer del cuello uterino (2,3). La decisión para seguir el camino quirúrgico o el de la radiación como terapia de los estadíos tempranos de la enfermedad, es generalmente tomada en base a comparar la morbilidad que pueda ocasionar una u otra modalidad en un caso en particular.

Específicamente el tamaño de la lesión, edad de la paciente, deseo de preservación de la función ovárica y vaginal, y si la paciente es o no candidata por sus condiciones generales a efectuársele un procedimiento quirúrgico, contribuyen a tomar la decisión de un tratamiento primario correcto y adecuado para el cáncer invasor del cuello uterino (2,3,4). ***No se cuenta con datos estadísticos de la institución con respecto al tratamiento específico de cada estadio del Cáncer de Cérvix, por lo que solamente se citan datos generales en el tratamiento establecido a todos los estadíos del cáncer cervicouterino.*** De los pacientes que no recibieron tratamiento (no lo iniciaron o rehusaron), debe señalarse que equivale a la quinta parte de pacientes que por diversas causas no recibieron tratamiento alguno en el INCAN (1).

La obesidad ha sido considerada una relativa contraindicación para la exploración y posterior histerectomía radical con disección ganglionar pélvica en estadíos tempranos del cáncer del cérvix, para prevenir el alto riesgo que significaría una resección inadecuada y las complicaciones tanto trans como peri-operatorias. Investigaciones previas de histerectomía radical y disección ganglionar linfática pélvica en pacientes obesas son muy escasas en la literatura y están limitadas por una amplia definición de obesidad. Estos estudios han concluido que la histerectomía y disección de ganglios linfáticos pélvicos son más difíciles en pacientes obesas a causa del incremento en el tiempo operatorio y a la perdida sanguínea, pero sin un incremento en el riesgo de mayores complicaciones o compromiso de la sobrevida. David E. Cohn, Md, et. Al. Llevaron a cabo un estudio en la escuela de medicina de la Universidad de Washington entre el año 1,986 y 1,998 con 48 pacientes obesas, con una media en la edad de 40 años y con un criterio a parte de la etapa ( I y IIa) que tuvieran peso de 85 Kg (190 lbs); del total de pacientes la histerectomía radical fue completada en 46 (96%), de éstas 13 tuvieron morbilidad asociada que la clasificaron de leve a moderada (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, asma, diabetes mellitus insulino-dependiente, fallo renal crónico), no hubo pacientes con morbilidad asociada considerada severa según los criterios de la Sociedad Americana de

Anestesiología. Del total de pacientes solo 2 abandonaron el estudio por considerarse trans-operatoriamente que tenían enfermedad avanzada y ninguna abandonó por razones técnicas. Como complicaciones transoperatoria se presentaron perdidas sanguíneas en 4 pacientes y una lesión parcial del nervio obturador en una única persona, con una estadia hospitalaria media de 5 días; hubo solo 4 pacientes a quienes se le infectó la herida operatoria y tres casos de dehisencia de la misma**.** ***Durante los últimos años del estudio los drenajes de succión cerrados no fueron rutinariamente usados, siendo colocados únicamente a discreción del ginecólogo oncólogo***. En este estudio en particular consideran que debe darse la opción a las pacientes de escoger el tratamiento en radioterapia y/o cirugía siempre y cuando no sean pacientes que se oponen en definitiva a algún procedimiento quirúrgico. En conclusión según el estudio el único factor que se puede utilizar para recomendar un tratamiento para cáncer temprano del cuello uterino es que se tenga una morbilidad asociada severa según el ASA (3).

En lo que respecta al manejo quirúrgico de las lesiones invasoras no avanzadas, en particular las clasificadas como estadíos Ib1, a través de histerectomía con linfadenectomía pélvica, cuando se iniciaron los primeros procedimientos alrededor de 1,896, la morbilidad y mortalidad principalmente atribuida por la linfadenectomía era muy alta. Desde su descripción por Werthein el procedimiento a pesar de que conserva su esencia, ha sufrido múltiples modificaciones en lo que al manejo de la cúpula vaginal, peritonización del piso pélvico, así como la utilización de diversos tipos de drenajes, con la idea de disminuir las complicaciones derivadas del procedimiento (2,4). De esto último hay diversas formas de manejo de los drenajes en la literatura consultada. Algunos prefieren la utilización de drenajes rígidos al retroperitoneo, exteriorizados por contraincisión, con la cúpula vaginal cerrada; otros como Barton recomiendan solo la utilización de drenaje vaginal cerrado sin peritonización del piso pélvico (2,4); esto último se ha demostrado en estudios que no es necesario el efectuarlo para evitar complicaciones tales como prevenir linfoceles, infecciones u obstrucción intestinal (8,9).

Pero se ha determinado que la utilización rutinaria de drenaje no previene la formación de linfoceles, que son espacios llenos de fluidos que se desarrollan después de la disección ganglionar. Según la literatura los porcentajes de aparecimiento de linfocele es variada y van desde el 1% al 29%, y por lo regular son asintomáticos. En ocasiones, dependiendo la localización y los efectos de presión sobre estructuras a su alrededor, pueden causar edema, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar y dolor; se ha determinado también que los drenajes tampoco previenen

complicaciones como fístulas ureterovaginales o vescicovaginales; éstas más frecuentemente ocurren por la devascularización de los uréteres y/o la ligadura de la arteria vesical superior (2,4, 5, 6,7).

Un estudio efectuado en el Reino Unido, específicamente en el Hospital Reina Elizabeth por Alberto De B. Lopes, se comparó a 51 pacientes a las que se les colocó drenaje retroperitonial y pélvico, contra 49 que no se les colocó pero se dejó peritoneo del piso pélvico abierto y cúpula vaginal suturada en todo su alrededor pero abierta. A todas las pacientes se les efectuó histerectomía radical con linfadenectomía pélvica. Como complicación importante, una paciente de cada grupo desarrollo fístula ureterovaginal y linfoceles considerados como pequeños. Como resultado final de este estudio se dejaron de lado el uso de drenajes en histerectomías radicales (5,6).

Algunos otros autores, para solucionar el problema que ocasiona en una buena cantidad de pacientes el acortamiento de la vagina, posterior a efectuar una histerectomía radical con linfadenectomía, dejan la cúpula vaginal abierta con peritonización del piso pélvico, lo que les previene además la formación de colecciones retroperitoneales (7).

En un estudio efectuado por Ritsu Yamamoto y colaboradores de la Facultad de Medicina de Hokkaido , Sapporo, Japón, posterior a efectuar una histerectomía radical con linfadenectomía sistemática, por cáncer del cuello uterino o por cáncer de ovario, ellos prevenían la formación de linfoceles y el acortamiento de la vagina dejando esta última abierta y cerrando únicamente el peritoneo del piso pélvico (7). Aunque en este estudio en particular si se dejaron drenajes rígidos de succión cerrada, colocados en el espacio para-vesical a todas las pacientes en estudio.

En términos generales, los diversos artículos revisados determinan que en la actualidad el uso de diversos tipos de drenajes, principalmente los drenajes cerrados de succión no son necesarios para prevenir complicaciones derivadas de las colecciones retroperitoneales y pélvicas, así como de fístulas tanto ureterovaginales y/o vesicovaginales. (3,4,5,6,10,11,12,13,14).

# ***Objetivos***

## ***General:***

1. Determinar la utilidad versus las desventajas del uso de los drenajes cerrados de succión posterior a efectuar histerectomía radical más linfadenectomía pélvica.

## ***Específicos:***

1. Identificar las complicaciones que pudieran presentarse con o sin el uso de drenajes cerrados a succión, posterior a efectuar histerectomía radial más linfadenectomía pélvica.

2. Identificar los beneficios que significaría la no utilización de drenajes cerrados de succión en pacientes operadas de histerectomía radical más linfadenectomía pélvica.

3. Determinar que la utilización de drenajes cerrados de succión inciden en una mayor estadía hospitalaria de las pacientes.

## ***MATERIAL Y METODOS***

El presente estudio el cual es analítico, prospectivo y controlado con dos grupos de mujeres, se basó en una serie de pasos que se describen a continuación.

1. Las pacientes que asistieron a consulta en el Instituto De Cancerología en el tiempo comprendido de octubre 2,008 a marzo 2,010 en etapa clínica Ib1, y a quienes se les efectuó Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica, se asignaron a dos grupos al azar. Al primer grupo se les colocó un drenaje cerrado de succión, posterior a la conclusión del procedimiento quirúrgico. Al segundo grupo no se les dejó ningún tipo de drenaje. Debido a que la cantidad de casos que pueden tratarse con cirugía en relación al universo de pacientes que presentan cáncer del cuello uterino son relativamente escasos en nuestra institución, se tomó la totalidad de pacientes para el estudio que pudieron ser quirúrgicos.

2. A las pacientes que se les colocó sistema de drenaje, posterior a concluida la cirugía, como parte de la técnica se les cerró totalmente la cúpula vaginal, con la adecuada peritonización posterior a la misma.

3. A las pacientes que no se les colocó drenaje, se les dejó parcialmente abierta la cúpula, y también se les efectuó una adecuada peritonización.

4. A todas las pacientes con y sin drenaje se les solicitó ultrasonograma abdominal alrededor del tercer mes post-operatorio, en busca de colecciones extra-peritoneales, o si hubiera sido necesario antes de la fecha programada, si la sintomatología lo hubiera ameritado.

***Criterios de Inclusión:***

1. Las pacientes que asistieron a la consulta externa de evaluación de la Unidad II se seleccionaron todas aquellas consensuadas, con cáncer invasivo del cuello uterino en etapa clínica Ib1 (según criterios de clasificación de la FIGO), que cumplieron criterios de operabilidad, según protocolo del Instituto de Cancerología Dr. Bernardo Del Valle, para ser llevadas a Histerectomía Radical con linfadenectomía pélvica.

2. Se incluyeron en el estudio todas las pacientes que fueron operadas por Médicos titulares del Instituto de Cancerología Dr. Bernardo Del Valle.

***Criterios de Exclusión:***

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes:

a. Que fueron intervenidas quirúrgicamente por Médicos que no pertenecían al Staff de titulares del Instituto de Cancerología Dr. Bernardo Del Valle.

b. Pacientes a quienes se les colocara otro tipo de drenaje que no fuera cerrado de succión.

c. Pacientes que por algún motivo no fueron peritonizadas.

d. A todas aquellas pacientes que fueron operadas de Histerectomía Radical pero no por Carcinoma de Cérvix.

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Tipo de Variable | Escala/Valor | Indicador |
|---|---|---|---|---|---|
| Drenaje | Medio por el cual queda asegurada la salida de líquidos y derrames de una herida absceso o cavidad | Aparatos cerrados a presión negativa que aseguran la salida de liquido y derrame del espacio extraperitonial posterior a una histectomia radical | Cualitativa | Con Drenaje<br>Sin Drenaje | Record operatorio de Registros Medicos |
| Edad | Se expresa como el periodo de tiempo que a pasado desde el nacimiento | El periodo de tiempo (en rango de 10 años de diferencia) para enmarcar la frecuencia de la patología según edad | Cuantitativa | < ò = 30<br>31-40<br>41-50<br>51-60<br>>de 60 | Registros Médicos |
| Estancia Hospitalaria | Cada uno de los días que esta el enfermo en el hospital y cantidad diaria que devenga | Cada unos de los días expresados en horas que los pacientes estuvieron en el hospital postoperatoriamente | Cuantitativa | 48-72 hrs<br>96-120 hrs<br>144-168 hrs<br>192 o > | Registros Médicos |
| Tipo Histológico | Estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos que pueden ser normal o patológica | Estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos que componen los tumores del cuello uterino | Cualitativa | Epidermoide<br>Adenocarcinoma<br>In situ<br>Sin Neoplasia | Informe de Patología de Registros Médicos |
| Complicaciones | Fenómeno que sobre viene en el curso de una enfermedad sin ser propi de ella, agravándola generalmente | Fenómenos que sobrevinieron posterior a la colocación o no de aparatos de drenaje cerrados a succión | Cualitativa | Vasculares<br>Fistula Uretero Vaginal<br>Colecciones<br>Infección Herida Op.<br>Fistula Recto Vaginal | Registros Médicos |

# ***RESULTADOS***

## *A.* ***PRESENTACIÓN TABULAR:***

Cuadro No. 1

## RANGO DE EDAD DE PACIENTES

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010

| EDAD | Con Drenaje | Porcentaje% | Sin Drenaje | Porcentaje% |
|---|---|---|---|---|
| **25 - 30** | 3 | 30% | 3 | 27.3% |
| **31-40** | 5 | 50% | 7 | 63.6% |
| **41-50** | 0 | 0 | 1 | 9.1% |
| **51-60** | 2 | 20% | 0 | 0 |
| **> 60** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Totales** | 10 | 100% | 11 | 100% |

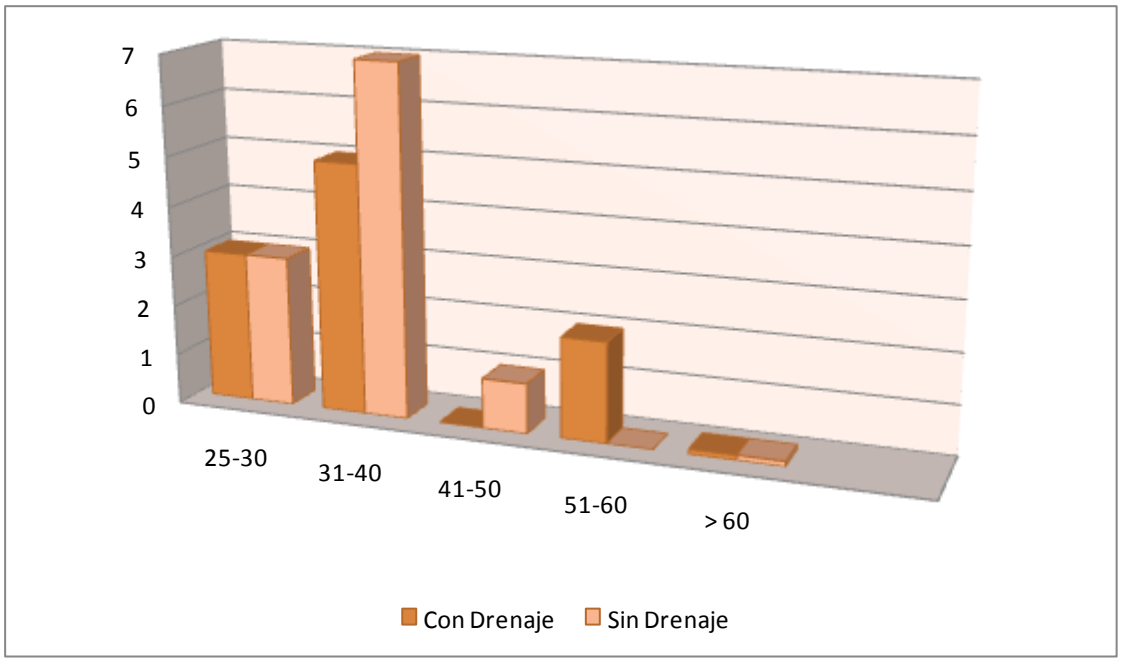
Fuente: Registros Médicos de pacientes del Instituto De Cancerología.

Notamos que la edad de mayor predominancia para este tipo de cirugía oscila entre los 31 y 40 años

Grafica No. 1

# RANGO DE EDAD DE PACIENTES

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010




Fuente: Cuadro No. 1

Se grafica lo expuesto en cuadro No.  Al respecto de que la edad que predominó en este tipo de cirugía es entre 31 a 40 años.

Cuadro No. 2

# HORAS DE HOSPITALIZACIÓN

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010

| HORAS | Con Drenaje | % | Sin Drenaje | % | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 48-72 | 0 | 0% | 6 | 54.5% | 6 |
| 96-120 | 4 | 40.% | 3 | 27.3% | 7 |
| 144-168 | 4 | 40.% | 2 | 18.2% | 6 |
| 192 ó > | 2 | 20.% | 0 | 0% | 2 |
| Total | 10 | 100% | 11 | 100% | 21 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Media | 141.6 | Mediana 144 | Moda 144 |
| Media | 93.6 | Mediana 72 | Moda 48 Y 72 |

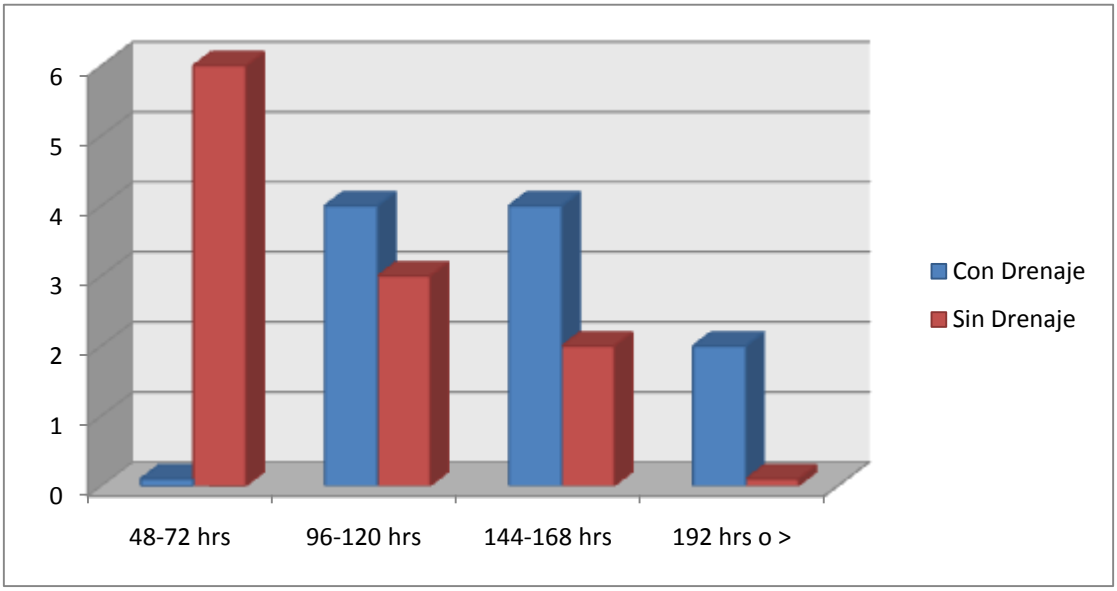
Fuente: Registros Médicos de pacientes del Instituto De Cancerología

La menor estadía hospitalaria correspondió al grupo de pacientes a quienes no se les dejó aparato de drenaje cerrado a succión.

Grafica No. 2

# DIAS DE HOSPITALIZACIÓN

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010




| | | | |
|---|---|---|---|
| Media | 141.6 | Mediana 144 | Moda 144 |
| Media | 93.6 | Mediana 72 | Moda 48 y 72 |

Fuente: Cuadro No. 2

Se observa graficado que el tiempo de estancia hospitalaria correspondió al grupo que no se les colocó drenaje.

Cuadro No. 3

# TIPOS HISTOLOGICOS PRE. OP.

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010

| TIPO HISTOLOGICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE% |
|---|---|---|
| Epidermoide | 14 | 66.60% |
| AdenoCarcinoma | 6 | 28.6% |
| AdenoEscamoso | 1 | 4.80% |
| TOTAL | 21 | 100% |

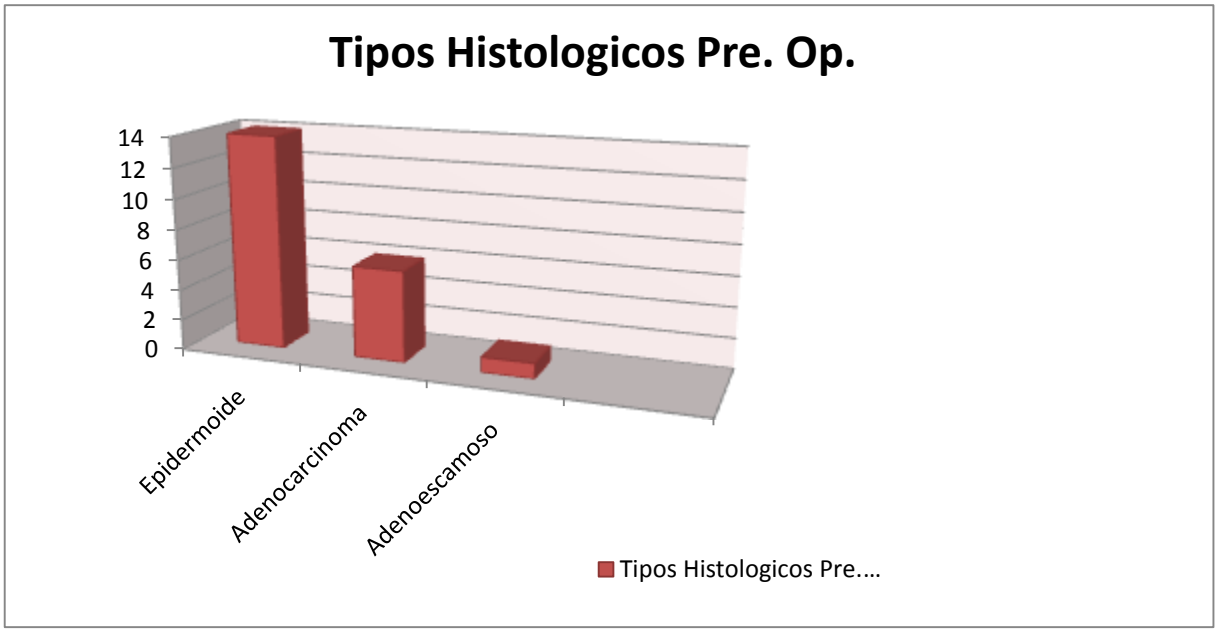
Fuente: Informes de histopatología de los Registros Médicos de pacientes del Instituto De Cancerología

La estirpe de carcinoma epidermoide es la más frecuente causa de patología de carcinoma del cuello uterino.

Grafica No. 3

# TIPOS HISTOLOGICOS PRE. OP.

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010




Fuente: Cuadro No. 3.

El Carcinoma epidermoide es la estirpe histológica más frecuente en el cáncer del cuello uterino.

Cuadro No. 4

# TIPOS HISTOLOGICOS POST. OP.

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010

| TIPO HISTOLOGICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE% |
|---|---|---|
| Ca. Epidermoide | 8 | 38.2% |
| Adenocarcinoma | 7 | 33.3% |
| In Situ | 4 | 19.0% |
| Sin Neoplasia | 2 | 9.5% |
| TOTAL | 21 | 100% |

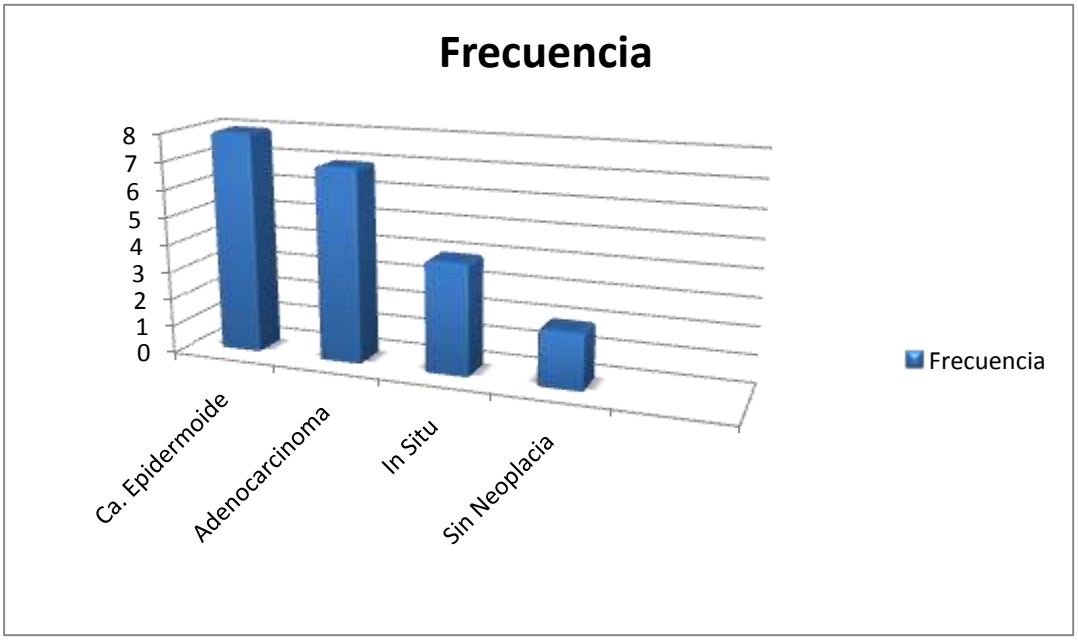
Fuente: Informes histopatología en Registros Médicos de pacientes del Instituto De Cancerología.

La estirpe histológica postoperatoria más frecuente continuó siendo el Ca. Epidermoide, aunque hubo variaciones.

Grafica No. 4

# TIPOS HISTOLOGICOS POST. OP.

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010




Fuente: Cuadro No. 4.

Se grafica lo expuesto en el cuadro No. 4.

Cuadro No. 5

# COMPLICACIONES POST. OP.

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010

| COMPLICACIONES | Con Drenaje | Sin Drenaje |
|---|---|---|
| Vasculares | 1 | 0 |
| Fistula U. V. | 1 | 0 |
| Infección Herida | 1 | 0 |
| Colecciones | 1 | 1 |
| Fistula R. V | 1 | 0 |
| Total | 5 (50%) | 1 (9.1%) |

***Nota:*** Los porcentajes en este cuadro hacen referencia al total de casos de cada variable (10 con Drenaje y 11 sin Drenaje)

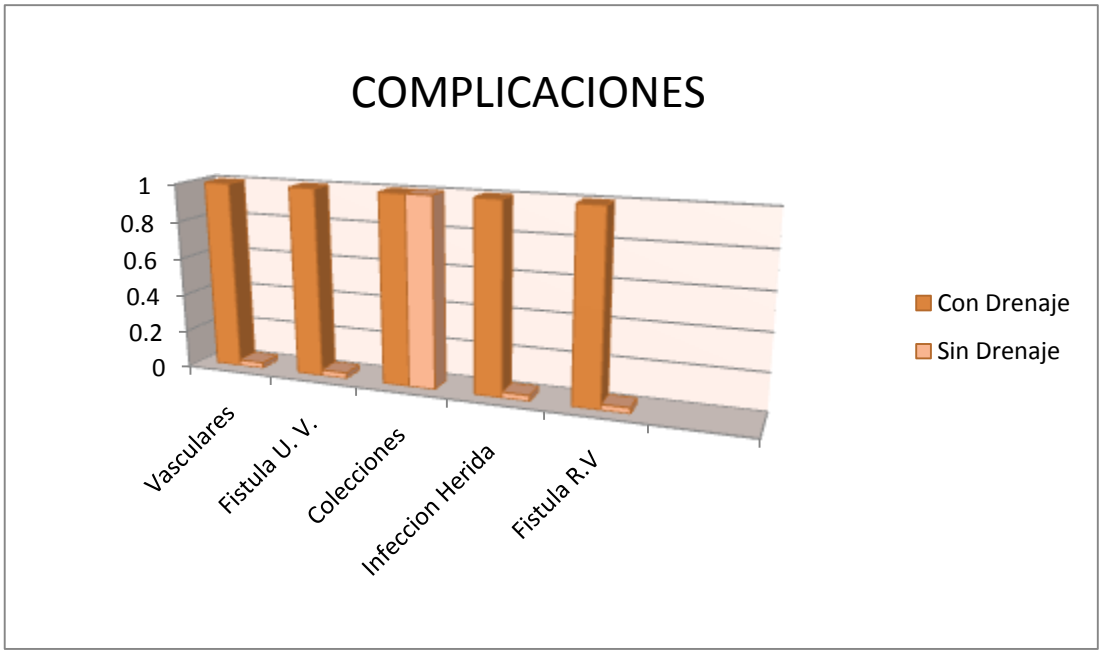
Fuente: Registros Médicos de pacientes del Instituto De Cancerología.

A pesar que el 50% de pacientes a quienes se les colocó drenaje presentó complicaciones, éstas no son secundarias al uso o no de aparatos de drenaje cerrados a succión, a excepción de las colecciones.

Grafica No. 5

# COMPLICACIONES POST. OP.

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010




Fuente: Cuadro No. 5

Se grafica lo expuesto en el cuadro No. 5.

Cuadro No. 6

# FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POST. OP.

INCAN OCT. 2,008 – MARZO 2,010

| | Con Drenaje | Sin Drenaje | Totales |
|---|---|---|---|
| **Con Complicaciones** | 5 | 1 | 6 |
| **Sin Complicaciones** | 5 | 10 | 15 |
| **Totales** | 10 | 11 | 21 |

Fuente: Cuadro No. 5.

Con los datos anteriores podemos determinar un RR de 5.5 y OR de 10

B. ***PRESENTACION DESCRIPTIVA:***

El presente trabajo, el cual fue analítico, prospectivo y controlado, con 2 grupos de personas, evidenció los siguientes resultados:

De la población en estudio, el rango de edad que prevaleció fue el de 31 a 40 años con un 50% (5 casos) para el grupo con drenaje y 63.6% (7 casos) para el grupo sin drenaje; seguido por el rango de 30 años o menos con 30% (3 casos) y 27.3% (3 casos) respectivamente. Del rango de 41 a 50 años únicamente 9.1% (1 caso) del grupo sin drenaje, y del rango 51 a 60 años 20% (2 casos) pertenecieron al grupo que se le dejó drenaje (CUADRO No. 1).

En lo que respecta a los días de estancia hospitalaria post-operatoria podemos ver que en el grupo de pacientes con drenaje, 40% permanecieron en el rango de 96 ó 120 horas, otro 40% entre 144 y 168 horas, y 20% permanecieron 192 horas o más; con una media de 141.6, una mediana de 144 y una moda de 144. Mientras en el grupo que no se le dejó drenaje el 54.5% permanecieron 48 ó 72 horas intrahospitalariamente, el 27.3% entre 96 y 120 horas y únicamente el 18.2% 144 ó 168 horas; con una media de 93.6, una mediana de 72 y una moda de 48 y 72 (CUADRO No. 2).

Del total de casos estudiados, el 66.6% fue operado por tener como tipo histológico Carcinoma Epidermoide, 28.6% Adenocarcinoma y solo el 4.8% Carcinoma Adenoescamoso. Pero la patología final de la pieza quirúrgica post-operatoria evidenció que esos porcentajes variaron, el 38.2% correspondió al tipo histológico de Carcinoma Epidermoide. 33.3% a Adenocarcinoma, 19% Carcinoma Epidermoide In situ y 9.5% sin neoplasia (CUADRO No. 3 y 4). 26

El seguimiento post-operatorio de las pacientes demostró que del grupo en el que se usaron drenajes, 5 pacientes (50%) sufrieron complicaciones, entre las que estuvieron lesión vascular (10%), fístula ureterovaginal (10%), fístula rectovaginal (10%), infección herida operatoria (10%) y colección pélvica (10%). Mientras que en el grupo que no se usó drenajes post-operatorios únicamente 1 paciente (9.09%) tuvo una complicación la cual fue una colección pélvica (CUADRO No. 5).

## ***DISCUSION***

La utilización o no de drenajes posterior a realizar histerectomías radicales, con la consecuente linfadenectomía, ha sido controversial en esta institución.

Las edades de las pacientes que fueron estudiadas, en ambos grupos, oscilaron por debajo de los 40 años (85%), y solo una pequeña parte (14%) por arriba de ésta pero menos de 60 años, que es la edad tomada como límite en la institución para efectuar este tipo de cirugía. Hay que hacer énfasis según se muestra en el cuadro y gráfica No. 1 que la población es demográficamente similar en ambos grupos.

En el presente trabajo se demostró una significativa diferencia en lo que respecta a los días de estancia hospitalaria post operatoria entre los dos grupos de estudio. En el primer grupo (con drenajes) la estancia hospitalaria

fue de 96 ó 120 horas (40%) y de 144 ó 168 horas (40%), mientras que en el segundo grupo fue significativamente menor, la mayoría de pacientes permaneció 48 ó 72 horas (54%). Estadísticamente podemos ver que el primer grupo tuvo una media de 141.6, una mediana de 144 y una moda de 144, sin embargo en el segundo la media fue de 93.6, la mediana de 72 y la moda de 48 y 72.

El total de pacientes fueron llevadas a sala de operaciones con diagnóstico de neoplasia invasiva del cérvix. En su mayoría (66.6%) con estirpe histológica de Carcinoma Epidermoide y el resto Adenocarcinoma (28.6%) o Adenoescamoso (4.8%). Sin embargo en la patología final post operatoria hubo discrepancia en relación a la pre operatoria, primordialmente en lo referente a la estirpe de Carcinoma Epidermoide invasivo; esto se debe a que 4 casos (19%) fueron reportados de la misma estirpe pero in situ y 2 (9.5%) sin neoplasia residual. Los 6 casos fueron revisados y confirmados por el Departamento De Patología en su diagnóstico pre y post operatorio. Podría deducirse que la biopsia pudo haber

contenido la porción invasora en 5 casos, ya que a uno se le efectuó cono diagnóstico en donde se resecó el tumor invasor en su totalidad.

En lo que respecta a las complicaciones, vemos que la no utilización de drenajes cerrados a succión no fue un factor para aumentar el índice de complicaciones secundarias a su uso, ya que del total de pacientes a quienes no se les dejó el mismo, solo un caso (9.09%) tuvo colección pélvica considerada pequeña (5 cms de diámetro) que no ameritó ningún tipo de drenaje. Esta misma complicación, con dimensiones similares, se presentó con la misma frecuencia en el otro grupo de estudio. Es de hacer notar que en el grupo de pacientes con drenaje hubo otras complicaciones, aunque éstas no necesariamente son relacionadas al uso de drenajes pero tampoco podríamos descartarlo en definitiva. Lo que si podríamos deducir es que la lesión vascular en esta investigación no fue secundaria al uso de aparatos de drenaje cerrados a succión ya que fue trans-operatoria. Con los datos presentados en el CUADRO No. 6 podemos determinar que el RR es de 5.5 y OR es de 10, lo cual nos está indicando que el riesgo de complicaciones por el uso de drenajes en este estudio en particular fue elevado.

## ***CONCLUSIONES***

1. El uso de drenajes cerrados de succión posterior a efectuar Histerectomías Radicales no demostraron utilidad significativa en relación a la no utilización de los mismos.

2. La no utilización de drenajes cerrados de succión no fue un factor en el aumento del índice de complicaciones.

3. La colocación de drenajes no influyó en la incidencia de colecciones pélvicas.

4. La cantidad de horas de estancia hospitalaria fue significativamente menor en el grupo de pacientes en quienes no se utilizó drenajes.

5. La utilización de drenajes cerrados de succión son una rutina para algunos cirujanos más que una verdadera utilidad.

6. El beneficio en cuanto a costos por la no utilización de drenajes en Histerectomías Radicales también es significativo tanto para la paciente como para la institución. Este punto se concluye de forma cualitativa, ya que el aspecto cuantitativo debe ser motivo de otra investigación particular.

## ***RECOMENDACIONES***

1. Utilizar drenajes cerrados de succión en Histerectomías Radicales únicamente en casos muy particulares que lo ameriten, y no como rutina.

2. Efectuar la cirugía con técnica quirúrgica adecuada para minimizar la utilización de drenajes.

3. Efectuar la cirugía con técnica quirúrgica adecuada para minimizar el aparecimiento de complicaciones.

4. A las pacientes a quienes no se les deje drenajes cerrados de succión dejar cúpula vaginal parcialmente abierta.

## ***REFERENCIAS***


1. Palomo José Manuel, et al. "Histerectomía Radical en Cáncer Cervico-uterino en estadios IA2 y IB1 en el Instituto De Cancerología Dr. Bernardo Del Valle S". Trabajo de investigación. 2007, Programa de Post grado. (No Publicado)
2. Gonzalo Montalvo Esquivel, et al. "Histerectomía radical: presentación de 24 casos y revisión de literatura". Rev Inst Nal Cancerol (Mex). 2000, 46(2):99-103.
3. David E. Cohn, MD, et al. "Radical hysterectomy for cervical cancer in obese women". Obstetrics & Gynecology. 2000, 96(5):727-731.
4. Philippe Morice, MD, et al. "Retroperitoneal drainage after complete para-aortic lymphadenectomy for gynecologic cancer. A randomized trial". Obstetrics & Gynecology. 2001, 97 (2):243-247.
5. Alberto De B. Lopes, MB, et al. "Drainage following radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: Dogma or need?". Obstetrics & Gynecology. 1995, 86(6):960-963.
6. Alberto De B. Lopes, MB, et al. "Drainage following radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: Dogma or need?". Obstetrics & Gynecology. 1996, 87(4):641-643.
7. Ritsy Yamamoto, et al. "Prevention of lymphocyst formation following systematic lymphadenectomy". Jmp J Clin Oncol. 2000; 30(9)397-400.
8. Togas Tulandi, MD, et al. "Nonclosure of peritoneum: A reappraisal". Am J Obstet Gynecol. 2003, 189(2):609-612.
9. Franchi M, et al. "Nonclosure of peritoneum at radical abdominal hysterectomy and pelvic node dissection: a randomized study". Obstetrics & Gynecology. 1997, 90:622-627.
10. Franchi M, et al. "Randomised trial of drains versus no drains following radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection: European organization for research and treatment of cancer gynecological cancer grup (EORTC-GCG) study en 234 patients". Eur J Cancer. 2007, 43(8):1265-1268.

11. Jensen JK, et al. “To drain or not to drain: a retrospective study of closed suction drainage following radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy”. Gynecol Oncol. 1993, 51(1):46-49.
12. Patsner B. “Closed suction drainage versus no drainage following radical abdominal hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for stage IB cervical cancer”. Gynecol Oncol. 1995, 57(2):232-234.
13. Srisomboon J, et al. “A prospective randomized study comparing retroperitoneal drainage with no drainage and no peritonization following radical hysterectomy and pelvic limphadenectomy for invasive cervical cancer”. J Obstet Gynecol Res. 2002, 28(3):149-153.
14. Bafna Ud, et al. “Closed suction drainage versus no drainage following pelvic lymphadenectomy for gynecological malignancies”. Int J gynecol Cancer. 2001, 11(2):143-146.

# ANEXOS

Encuesta No._____

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre_____

Edad_____RegistroMédico_____No.Patología_____
_____

EstadioClínico:Ia2_____Ib1_____FechaOperación____/____/____FechaEgreso____/
____/___

DíasHospitalizaciónPostoperatorio_____Cirujano_____
_____

BiopsiaPreoperatoria_____

---

SondaFoley:Días_____Homavac:Si_____No_____Días_____Cúpula:Abierta_____
Cerrada_____

Complicaciones_____

---

Ganglios:N°_____/_____Negativo_____Positivo_____TamañoTumor___
_____

PermeaciónLinfoVascular_____
_____

PatologíaPostoperatoria_____
_____

Indicación de RT_____

ÚltimoControl_____/_____/____USGa3Meses_____

---

Observaciones_____
_____
_____

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada:" UTILIDAD DE LOS DRENAJES CERRADOS A SUCCION EN HISTERECTOMIAS RADICALES", para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.