

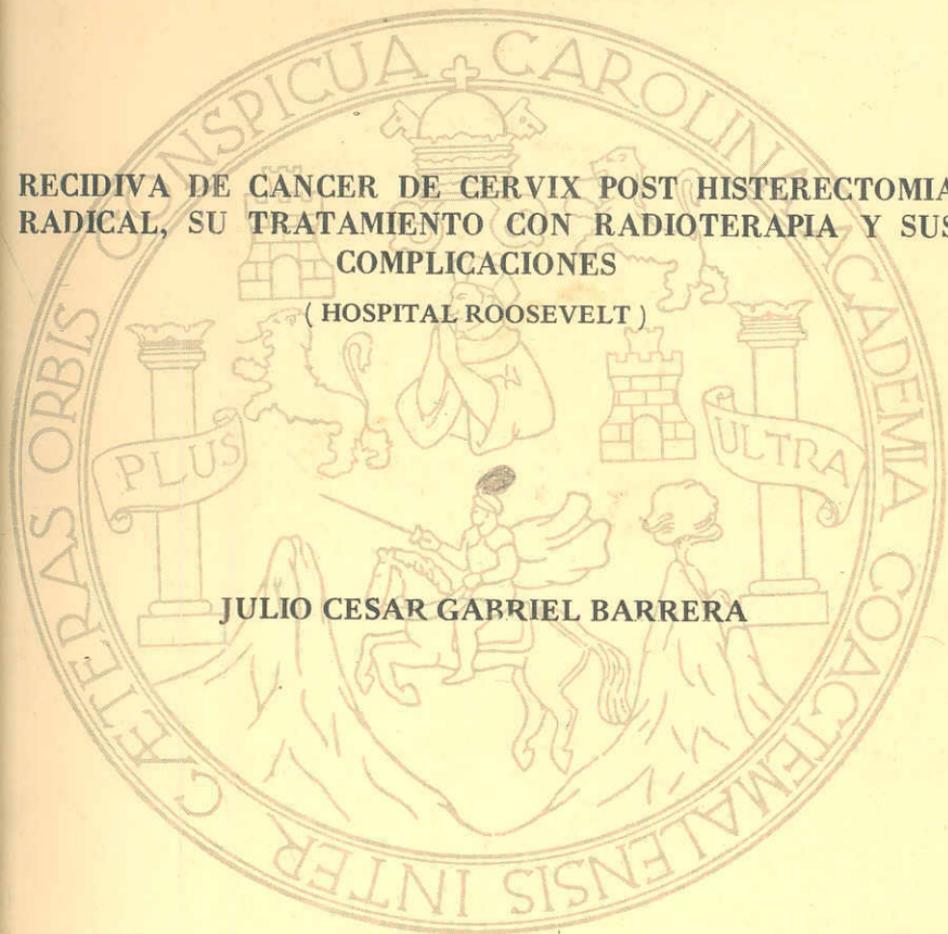
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**RECIDIVA DE CANCER DE CERVIX POST HISTERECTOMIA
RADICAL, SU TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y SUS
COMPLICACIONES**

(HOSPITAL ROOSEVELT)

JULIO CESAR GABRIEL BARRERA



I INTRODUCCION

II JUSTIFICACIONES

III HIPOTESIS

IV OBJETIVOS

- a) **Generales**
- b) **Específicos**

V MATERIAL Y METODOS

VI RECURSOS:

- a) **Humanos**
- b) **Físicos**

VII CONSIDERACIONES GENERALES

VIII PRESENTACION DE DATOS

IX ANALISIS Y DISCUSION

X CONCLUSIONES:

- a) **Parciales**
- b) **Generales**

XI RECOMENDACIONES

XII RESUMEN

XIII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado en la Clínica de Tumores Sección de Radioterapia del Hospital Roosevelt, con la asesoría del Dr. Carlos A. Escobar quien tiene a su cargo el Departamento de Radioterapia para los casos de Carcinoma del Cervix Uteri que se presentan en este hospital.

El trabajo consiste en la revisión de 26 casos de Cáncer - el cuello del útero que fueron tratados quirúrgicamente en el - Depto. de Ginecología con Histerectomía Radical, con clasificación clínica de estadio I y II durante los años comprendidos entre 1969 á 1977; y que posteriormente presentaron recidiva de la enfermedad maligna en Cúpula Vaginal o en la Pelvis, por lo que fueron referidos a Radioterapia en donde se procedió a otorgarles un segundo tratamiento, con tendencia paliativa o curativa mejorando su condición y obteniendo curación en algunos casos. Se tratará de evidenciar las causas de recidiva en el tratamiento quirúrgico del Cáncer del Cervix en los estadios mencionados, y se hará una reseña de las posibilidades curativas del tratamiento con Radioterapia y sus complicaciones más frecuentes, en casos de recidiva post-operatoria.

JUSTIFICACION

El presente trabajo, fue realizado con el propósito de establecer las posibilidades curativas de la Radioterapia en pacientes que ya no tienen útero y en las cuales falló el tratamiento inicial, en este caso Histerectomía Radical, tratando de establecer las causas de la recidiva en estas pacientes con relación al Estado Clínico, Patología, Margen Quirúrgico y otros factores de valoración Clínica previos al procedimiento quirúrgico.

Asimismo tratar de establecer la conveniencia de una clínica conjunta entre Ginecólogos y Radioterapeutas previa a la decisión del tratamiento en cada caso en particular y recomendar la Histerectomía Radical en casos seleccionados, ya que la Radioterapia es incompleta después del procedimiento quirúrgico al no tener la Cavidad Uterina para la introducción de los Aplicadores Radioactivos.

Además existe el hecho de que a la Unidad de Radioterapia del Hospital Roosevelt asisten gran cantidad de pacientes que han sido previamente sometidas a tratamiento quirúrgico presentando nuevamente cuadro de Ca. cervical, solamente que en ésta oportunidad el estado es avanzado y el estado de la paciente es grave.

HIPOTESIS

- 1.- La Histerectomía Radical no constituyó un tratamiento eficaz en la terapéutica de los casos estudiados de Ca. Cervical, con impresión clínica preoperatoria de estado I ó II.
- 2.- El 50% de los pacientes que presentan recidiva de Cáncer de Cervix después de tratamiento quirúrgico, lo hacen dentro del primer semestre post-operatorio, el 50% restante la presentan después de 6 meses.
- 3.- La recidiva Mixta (vagina y parametrios) es la que más se presenta en estos casos.
- 4.- La Radioterapia proporciona buen margen de mejoría y curabilidad en pacientes con Recidiva de Ca. Cervical después de la Histerectomía.
- 5.- Las I. C. de grado preoperatorias no corresponden con los diagnósticos de estado en el período post-operatorio en el 50% de los casos.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Conocer el porcentaje de casos de Cáncer de Cervix que presentaron recidiva con tratamiento inicial quirúrgico, en el período comprendido de 1969-77, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
- 2.- Mostrar que el tratamiento quirúrgico en el Cáncer de Cervix, no es siempre eficaz en estos casos.
- 3.- Cuantificar las complicaciones más frecuentes en el tratamiento con radioterapia en pacientes histerectomizadas por Cáncer del Cervix, ya que la asociación de ambos tratamientos trae más complicaciones.
- 4.- Qué cantidad de pacientes mostraron mejoría con el tratamiento de Radioterapia post-histerectomía y cuántos curaron, tomando en cuenta las circunstancias.

ESPECIFICOS:

- 1.- Conocer y relacionar los motivos de consulta pre y post cirugía de pacientes con recidiva de Ca. de Cervix.
- 2.- Conocer los hallazgos más frecuentes al examen ginecológico.
- 3.- Conocer los grados de diferenciación de los cánceres cervicales reportados por Anatomía patológica.

- 4.- Conocer y cuantificar a los pacientes que presentaron Enfermedad Residual y Enfermedad Recurrente.
- 5.- Conocer que estadio fue el más frecuente previo al tratamiento quirúrgico.
- 6.- Conocer el porcentaje de correspondencia entre I. C. pre-operatorias y Dx. post-operatorios.
- 7.- Conocer en cuantos pacientes la recidiva fue pélvica, o en cúpula vaginal, o en ambos (mixta).
- 8.- Conocer los diagnósticos post-operatorios de estadio más frecuentemente encontrados, además conocer los más frecuentes al momento de la recidiva.

MATERIAL Y METODOSMATERIAL:

El presente trabajo se realizó con 26 pacientes de sexo femenino que presentaron Recidiva de Cáncer de Cervix post-histerectomía, la edad promedio de las mismas fue de 44 años, en un margen comprendido entre 23 y 76 años.

METODOS:

El presente trabajo se realizó utilizando los métodos de investigación Prospectiva y Retrospectiva, el mismo consistió en la revisión de papeletas tanto en el Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt como los Registros Médicos del Instituto contra el Cáncer (INCAN). Esto se debió a que las pacientes fueron sometidas previamente a tratamiento quirúrgico (Histerectomía Radical Abdominal con Linfadenectomía Pélvica Bilateral más Apendicectomía Profiláctica) por presentar cuadro de Ca. Cervical Grado I ó II, según impresión clínica pre-operatoria, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, posteriormente éstos presentaron recidiva de su cuadro consultando por lo mismo nuevamente a Ginecología de donde fueron remitidos a Clínica de Tumores y Sección de Radioterapia del mismo hospital, donde se les otorgó tratamiento. Hay que hacer mención de que el tratamiento con Radioterapia se dio tanto en el Hospital Roosevelt (en pequeño porcentaje), como en el Instituto contra el Cáncer (INCAN). Posteriormente se siguieron los casos hasta poder dar cuenta del estado actual de los mismos, para el efecto se citaron por vía telegráfica a los pacientes que según consta en papeleta presentaron mejoría o curaron.

RECURSOSRECURSOS HUMANOS:

Para la realización del presente trabajo se contó con la valiosa colaboración de los doctores Carlos A. Escobar, Asesor del tratamiento de Radioterapia para los casos de Ca. Cervical que se presentan en el Hospital Roosevelt, además se contó con la ayuda del Dr. Milward van Tuylen, catedrático de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

RECURSOS FISICOS:

Además se contó con la colaboración de los Departamentos siguientes:

- a.- Clínica de Tumores y Sección de Radioterapia del Hospital Roosevelt.
- b.- Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
- c.- Departamento de Registros Médicos del Instituto contra el Cáncer (INCAN).
- d.- Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
- e.- Servicio Social del Hospital Roosevelt.

CONSIDERACIONES GENERALES

HISTORIA DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CERVIX

En la historia del tratamiento del cáncer del cuello del útero existen coincidencias interesantes. En 1900, Wertheim hace la primera cirugía con propósitos curativos y tres años más tarde la Dra. M. Cleaves, en New York, E.E.U.U., realiza la primera aplicación de Radium por Cáncer del Cuello del Utero.

Desde aquella época hasta el presente, tanto radioterapeutas como cirujanos preconizan la validez de cada uno de los métodos en el tratamiento de la afección. En 1919, Janeway publica una revisión de los resultados de la cirugía en 5,000 pacientes con cáncer del cuello uterino, obteniendo una sobrevivencia del 11.7%. Heyman en 1927, en Estocolmo, reporta 35% de curabilidad en casos tratados con radiación. Coincidentes progresos ocurren después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la cirugía mejora notablemente con el advenimiento de los antibióticos y los progresos de la anestesiología y a la par, aparecen las fuentes de Supervoltaje y Telegamaterapia que determinan una nueva avanzada dentro de esta especialidad. En 1970 Hilbert Fletcher, radioterapeuta realiza una revisión exhaustiva del problema y compara aquellas exigüas cifras de curabilidad con las que actualmente se obtienen y que llegan hasta más del 90% de curabilidad en los estadios precoces.

A pesar de la larga historia que hemos resumido, todavía no existe una seria perspectiva, sin la preselección de casos, que pueda demostrar la superioridad de un procedimiento sobre el otro. Hay muchas razones humanas que han impedido la realización de tal serie. Sin embargo, el consenso general es de que la

radiación por razones técnicas y económicas, así como por los satisfactorios resultados que logra con una menor morbilidad, es el procedimiento de elección en el tratamiento del Cáncer del Cuello del Utero. (11)

INDICACIONES DE RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

La Radioterapia tiene indicaciones en el tratamiento del Cáncer Invasivo del Cuello Uterino en los siguientes casos:

- En todos los estadios clínicos
- Después de cirugía limitada incompleta (Enf. Residual)
- Recurrencia post-quirúrgica (Enf. Recurrente) (Rescate con Radioterapia)
- Paliativa: Enfermedad extendida más allá de la pelvis. (11)

INDICACIONES QUIRURGICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

La cirugía tiene indicaciones en el tratamiento del Cáncer del Cuello del Utero en los siguientes casos:

- Carcinoma Pre-invasivo; Estadio "0"
- Estadios IA y IB y raramente estadio II, en las siguientes condiciones:
 - a.- Embarazo a término
 - b.- Asociación con tumor pélvico (Fibroma, tumor ovárico, etc.)
 - c.- Histología desfavorable (Carcinoma Células Claras, etc.)
 - d.- Contraindicaciones Relativas de la Radioterapia: (Enf. Mental, L.E.D., Colitis Ulcerativa)
 - e.- Estadio IV, con la invasión de vejiga y recto pero sin fijación Parametrial. (11)

(Exanteración pélvica), procedimiento que da un alto índice de mortalidad.

FORMA PARA ESTABLECER UN BUEN DIAGNOSTICO DE TADIO EN EL CANCER DEL CUELLO UTERINO

Es importante aclarar que existen factores fundamentales que influyen en la clasificación del Carcinoma del Cuello Uterino. El hecho de que el examen se realice bajo anestesia general al menos en los casos precoces, como se hace en varios hospitales norteamericanos como procedimiento de rutina, permite una palpación más cuidadosa, evita confusiones y facilita la diferenciación entre invasión tumoral, contractura y fibrosis, factores que redundan en una mejor exactitud del estadio clínico, ya que realmente éste depende en gran parte de una buena valoración clínica, en la cual participe conjuntamente el ginecólogo y el radioterapeuta. (2)

METODOS UTILIZADOS PARA ESTABLECER Dx. DE MALIGNIDAD, TIPO HISTOLOGICO DEL PROCESO NEOPLASICO

Actualmente se recomienda que se incluyan en la evaluación del estadio los siguientes exámenes:

- a.- Urografía de eliminación
- b.- Linfografía
- c.- Curetaje endocervical en algunos casos
- d.- Placa Rx. tórax y esqueleto
- e.- Conización en frío en algunos casos
- f.- Biopsia cervical
- g.- Cistoscopia
- h.- Rectosigmoidoscopia (2)

CLASIFICACION CLINICA DEL CANCER CERVICAL

Incluyo la clasificación clínica del Cáncer Cervical debido a que considero que la valoración clínica es fundamental en estos casos.

ETAPA 0

Carcinoma In Situ conocido también como Ca. Preinvasor, intraepitelial o similar.

ETAPA I

El cáncer se halla limitado al cuello

I a.- Casos con invasión inicial del estroma (Carcinoma Preclínico)

I b.- Los demás casos de esta etapa I

ETAPA II

El carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no ha alcanzado la pared pelviana. Afecta la vagina, pero no en su tercio inferior.

Se recomienda dividir los casos de la etapa II en:

II a.- Sin invasión a los parametrios y el

II b.- Con dicha participación.

ETAPA III

El carcinoma ha alcanzado la pared pelviana (por tacto rectal no se encuentra espacio libre de cáncer entre las paredes pelvianas, el carcinoma interesa el tercio inferior de la vagina.

IIIa.- Invasión tercio inferior de vagina sin extensión parametrial

IIIb.- Extensión parametrial hasta pared pélvica, la presencia de Hidronefrosis o Riñón no funcionando debido a estenosis uretral ubica el caso en estadio III.

ETAPA IV

El carcinoma interesa vejiga, recto o ambos o sea que se ha extendido más de los límites antes descritos, o metastasis a distancia. (2)

ACLARACION DE TERMINOS

Con el fin de lograr una mejor comprensión, incluyo esta sección.

- 1.- TRATAMIENTO COMBINADO: El que comprende Cirugía y Radioterapia.
- 2.- ENFERMEDAD RESIDUAL: Aquella que se presenta en el transcurso del primer semestre post-histerectomía, considerándose como una resección incompleta.
- 3.- ENFERMEDAD RECURRENTE: Cuando el proceso neoplásico recidiva después del primer semestre.
- 4.- RECIDIVA: Volver a presentar una enfermedad no importando tiempo transcurrido entre su primera manifestación y su nueva aparición.
- 5.- IMPRESION CLINICA: Estadio que se supuso que presentaba la paciente antes de ser intervenida quirúrgicamente.
- 6.- DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Estadio que real-

mente presentaba la paciente al examen directo de la región enferma por la intervención quirúrgica.

- 7.- ESTADIO = GRADO.
- 8.- CURABILIDAD RELATIVA: Estado de la paciente al momento de su último control, según constaba en el registro médico.
- 9.- CURABILIDAD REAL: Estado actual de las pacientes que fueron sometidas a tratamiento. Para establecer este parámetro se citaron las pacientes que mejoraron o curaron según ficha.
- 10.- DORSOLUMBALGIA: Dolor región de cintura.
- 11.- HIPOGASTRALGIA: Dolor región del hipogástrico.
- 12.- RAD: Unidad de radiación que expresa la dosis por unidad de masa y es igual a 100 Ergs absorbidos en un gramo.
- 13.- RECIDIVA MIXTA: La que aparece tanto en vagina como en pélvis.

PRESENTACION DE DATOS

En esta parte del trabajo incluyo cuadros, los cuales se dividen de la siguiente forma:

a.- PERIODO PREOPERATORIO:

- a-1. Porcentaje de recidiva con respecto a total de pacientes sometidos a Histerectomía Radical
- a-2. Motivos de consulta más frecuentes en el preoperatorio
- a-3. Hallazgos preoperatorios más frecuentes al examen ginecológico
 - Hallazgos a la Inspección con Espéculo
 - 1) Según su sangrado y localización en cuello
 - 2) Según su extensión cervical únicamente y extensión vaginal.
 - Al examen bimanual
 - 3) Hallazgos al examen bimanual.
- a-4. Métodos utilizados para establecer malignidad, tipo histológico y estadio del proceso
- a-5. Impresión clínica de estadio en el período preoperatorio más frecuente
- a-6. Carcinoma del cuello uterino según reportes de an

tomía patológica (grado de diferenciación)

b.- PERIODO POST-OPERATORIO:

- b-1. Diagnósticos post-operatorios más frecuentes de esta día
- b-2. Frecuencia y localización de la recidiva después del tratamiento quirúrgico
- b-3. Porcentaje de pacientes que presentaron enfermedad residual y enfermedad recurrente
- b-4. Motivos de consulta más frecuentes al momento de la recidiva
- b-5. Relación patológico-quirúrgica

c.- RELACION PRE Y POST-OPERATORIA:

- c-1. Relación entre impresiones clínicas preoperatorias y diagnósticos post-operatorio

d.- PERIODO DE TRATAMIENTO DE RECIDIVA CON RADIOTERAPIA:

- d-1. Estadío clínico que se diagnosticó al dar inicio al tratamiento con radioterapia
- d-2. Explicación del esquema de tratamiento con radioterapia otorgado a los 26 casos
- d-3. Esquema general de tratamiento con radioterapia

e.- COMPLICACIONES CON TRATAMIENTO RADIOTERAPÉUTICO:

- e-1. Complicaciones más frecuentes con radioterapia

f.- RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA.

f-1. Mejoría, curabilidad relativa, pacientes fallecidos

f-2. Estado actual de los pacientes, curabilidad real.

-PERIODO PREOPERATORIO-

Cuadro No. (a-1)

PORCENTAJE DE RECIDIVA CON RESPECTO A TOTAL DE PACIENTES SOMETIDOS A HISTERECTOMIA POR CÁNCER CERVICAL CON IMPRESION CLINICA GRADO III, DEPARTAMENTO GINECOLOGIA, HOSPITAL ROOSEVELT, PERIODO 1969-77.

Pacientes Histerectomizadas	No. Pacientes	Porcentaje
Sin recidiva	95	78.6 %
Con recidiva	26	21.4 %
Total	121	100.0 %

Tomado: Registros médicos, Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt.

Durante el período comprendido de 1969 á 1977 se realizaron 121 Histerectomías Radicales, en gran porcentaje de Tipo Wertheim, las mismas fueron efectuadas en el departamento de ginecología del Hospital Roosevelt. La indicación de las mismas fue Cáncer Cervical con Impresión Clínica de estadio I y II, de

esta cantidad de pacientes que fueron intervenidas (121 en total), 26 presentaron recidiva, representando el 21.4 %.

MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES EN EL PREOPERATORIO
(Consulta Externa Depto. Ginecología Hosp. Roosevelt)

Cuadro No. (a-2)

Motivos de Consulta	No. Pacientes	Porcentajes
1.- Hemorragias vaginales (1 mes evolución)	19	73.07 %
2.- Flujos vaginales	6	23.07 %
3.- Disparéunias	6	23.07 %
4.- Hipogastralgias	4	15.30 %
5.- Dorsolumbalgias	3	11.50 %
6.- Irregularidades menstruales	2	7.60 %
7.- Hemorragias vaginales post-coito	2	7.60 %

Tomado: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

NOTA: A cada motivo de consulta se le sacó porcentaje específico, no porcentaje global, ya que hubo pacientes que presentaron 1-2 motivos de consulta a la vez.

En el anterior cuadro podemos ver que la hemorragia vaginal de más o menos 1 mes de evolución presentaron 19 casos, representando un 73.07 %. Tanto los problemas de flujos vaginales como los problemas de disparéunias coincidieron en el número de casos 6 cada uno, lo que representa el 23.07 % para cada motivo. Con respecto a hipogastralgias, dorsolumbalgias, irregularidades menstruales y hemorragia post-cóito, fueron poco frecuentes en relación a hemorragia vaginal de más o menos 1 mes de evolución. Con respecto a la primera y los dos últimos motivos de consulta fueron divididos así, para ser más específicos, aunque debe de tomarse en cuenta que las 3 son hemorragias vaginales.

HALLAZGOS PREOPERATORIOS MAS FRECUENTES AL GINECOLOGICO

Aquí como se podrá observar se realizó una división del examen ginecológico de la siguiente manera:

Cuadro No. (a-3)

Hallazgos a la inspección con espéculo:

- 1.- Según su sangrado al examen y su localización en cuello
- 2.- Según su extensión cervical únicamente y con extensión a vagina

Hallazgos al examen bimanual

- 3.- Hallazgos al examen bimanual

Cuadro No. (a-3) - 1

HALLAZGOS A LA INSPECCION CON ESPECULO:

Según su sangrado al examen y localización en cuello	Ambos labios (Casos)	Localización Parcial	%	Total
Masa exofítica proliferante, que sangra con facilidad	3	3	23 %	6
Masa exofítica proliferante, que no sangra con facilidad	6	14	77 %	20
Totales	9	17	100 %	26

Tomado: Registros médicos, Hospital Roosevelt.

Según el cuadro anterior a la inspección del cuello, el hallazgo más frecuente fue masa exofítica proliferante que no sangraba con facilidad de localización a ambos labios como de localización parcial, teniendo 20 casos, lo cual constituye el 77 %. Los procesos neoplásicos cervicales que ocuparon tanto ambos labios como de localización parcial que sangraban fácilmente, fueron 6 casos, lo que representa un porcentaje de 23 %.

Cuadro No. (a-3) - 2

HALLAZGOS A LA INSPECCION CON ESPECULO:

Hallazgos cervicales únicamente y con <u>ex</u> tención vaginal.	No. casos	Porcentaje
Tumoración que se localizó en cuello únicamente	20	77 %
Tumoración que se localizó en cuello con extensión a 1/3 sup. de vagina.	6	23 %
Totales	26	100 %

Tomado: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

En el cuadro anterior se ve con claridad que, el proceso neoplásico se encontraba circunscrito únicamente a cuello uterino, en la mayoría de los casos, 20 en total, lo cual representa el 77 %. Y los casos que presentaron extensión vaginal fueron 6. (23 %).

En los cuadros (a-3) - 1 y (a-3) - 2, hay porcentajes iguales siendo pura coincidencia ya que se tomaron parámetros diferentes para obtenerlos, sangrado y extensión de la lesión neoplásica.

Cuadro No. (a-3) - 3

HALLAZGOS AL EXAMEN BIMANUAL

Hallazgos al examen	No. casos	Porcentaje
1.- Parametrios y anexos con anormalidades	1	4.0 %
2.- Parametrios acortados	2	7.6 %
3.- Parametrios y anexos libres	23	88.4 %
Totales	26	100.0 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

Al examen bimanual podemos ver que se encontraron en la mayoría de los casos tanto parametrios como anexos libres alcanzando un porcentaje de 88.4 %, además se reportaron anomalías anexas 1 caso y acortamiento de parametrios en 2 casos, re presentando porcentajes bajos.

Cuadro No. (a-4)

MÉTODOS UTILIZADOS PARA ESTABLECER MALIGNIDAD
TIPO HISTOLÓGICO Y ESTADIO DEL PROCESO
NEOPLÁSICO, EN DEPTO. GINECOLOGÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

Método utilizado	No. pacientes que se les prac- ticó	%	No. pacientes que no se ob- tuvo informa- ción	%
Valoración clínica x ginecólogo úni- camente	26	100 %	0	0 %
Pielograma I.V.	22 Nls.	84.6 %	4	15.4 %
Foto tórax	26 Nls.	100 %	0	0 %
Biopsia cervical	26 positivas	100 %	0	0 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

Como podemos darnos cuenta en el cuadro anterior, la valoración clínica fue realizada en todos los casos (100%). El pielograma I.V., solamente fue reportado en 22 casos lo que representa el 84.6 %, de estos todos fueron Nls. Los 4 pielogramas que no se obtuvo información constituyen el 15.4 %.

En lo que se refiere a foto tórax se les realizó al 100 % de los pacientes, siendo Nls., al igual que las biopsias cervicales - se le practicaron al 100 % de pacientes siendo todas patológicas.

Cuadro No. (a-5)

IMPRESIÓN CLÍNICA DE ESTADIO PREOPERATORIO
MÁS FRECUENTE, SI (I O II)

Estadio número	No. pacientes	Porcentaje
A. Estadio I	14	53.9 %
B. Estadio II	12	46.1 %
Total	26	100.0 %

Datos tomados de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

En este cuadro la impresión clínica preoperatoria dominante fue estadio I, del cual hubo 14 casos (53.9 %). El estadio II - presentó 12 casos (46.1 %).

Cuadro No. (a-6)

CARCINOMA DEL CUELLO DEL ÚTERO, SEGUN REPORTES
ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de cáncer	No. reportes	Porcentaje
1.- Ca. in situ	1	3.8 %
2.- Ca. epidermoide indiferenciado	16	61.5 %
3.- Ca. epidermoide diferenciado	2	7.6 %
4.- Adenocarcinoma	1	3.8 %
5.- No especificados	6	23.3 %
Totales	26	100.0 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

Según el cuadro anterior el Ca. Epidermoide Indiferenciado fue reportado en 16 informes de Anatomía Patológica, lo que constituye el 61.5 %. Los cánceres Diferenciados fueron pocos en relación a los anteriores, ya que sólo se presentaron 2 casos lo que representa el 7.6 %. El Ca. In Situ mostró, 1 caso (3.8 %). Además hubo un caso de Adenocarcinoma (3.8 %). Los informes que no fueron especificados, si era diferenciado o indiferenciado, fueron 6 (23.3 %). Ver Análisis y Discusión.

PERIODO POST-OPERATORIO

Cuadro No. (b-1)

FRECUENCIA Y LOCALIZACION DE LA RECIDIVA
DESPUES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Localización de la recidiva	No. pacientes	Porcentaje
1.- Recidiva pélvica solamente	9	34.7 %
2.- Recidiva a cúpula vaginal	0	00.0 %
3.- Recidiva mixta	17	65.3 %
Total	26	100.0 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

En el cuadro anterior se puede observar la superioridad porcentual de la recidiva mixta con un 65.3 % (17 casos).

Las recidivas pélvicas puras, se presentaron en un porcentaje de 34.7 %. La recidiva a cúpula no se presentó en ningún caso.

Cuadro No. (b-2)

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS
MAS FRECUENTES DE ESTADIO

Estadio	No. pacientes	Porcentaje
A.- Estadio I	3	11.1 %
B.- Estadio II	17	65.3 %
C.- Estadio III	5	19.4 %
D.- Estadio IV	1	3.8 %
Totales	26	100.0 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

En el cuadro No. (b-2) el estadio II presentó 17 casos (65.3 %), le siguió en frecuencia el estadio III, el cual presentó 5 casos lo que constituye el 19.4 %. Del estadio I sólo se reportaron 3 casos (11.1 %). En lo que al estadio IV únicamente reportó un caso (3.8 %).

Cuadro No. (b-3)

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON
ENFERMEDAD RESIDUAL Y ENFERMEDAD RECURRENTE

Lapso entre histerectomía y recidiva	No. pacientes	Porcentaje
1.- Recidiva dentro de los 6 meses postoperatorios (Enf. residual)	17	65.3 %
2.- Recidiva después de 6 meses postoperatorios (Enf. recurrente)	9	34.7 %
Total	26	100.0 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

En este cuadro nos damos cuenta que la enfermedad residual presentó 17 casos (65.3 %). La enfermedad recurrente únicamente se presentaron 9 casos, lo que representa un 34.7 %.

Cuadro No. (b-4)

MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES
AL MOMENTO DE LA RECIDIVA

Motivo	No. pacientes	Porcentaje
1.- Sacrolumbalgias	9	34.6 %
2.- Aparición de masa anexial (derecha o izquierda)	8	30.7 %
3.- Dificultad para defecar	8	30.7 %
4.- Hipogastralgias	7	26.9 %
5.- Dificultad para orinar	6	23.0 %
6.- Dolor en ambas fosas ilíacas	6	23.0 %
7.- Disuria	4	15.3 %
8.- Rectalgia	2	7.3 %
9.- Mal estado general	1	3.4 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

Los motivos de consulta de la recidiva o sea el momento en que se decidió otorgar el tratamiento con radioterapia, que se exponen con anterioridad, fueron colocados en orden de frecuencia.

(B-5)

RELACION PATOLOGICA-QUIRURGICA

Histerectomía Abdominal Radical. 26 Casos 100%	a) Con Linfadenectomía (25 Casos) 96.2%	a) Reportados por anatomía patológica (21) 80.7%	a- Positivos 13 casos (50%) ganglios II, Izq. metastáticos reseca- dos en # de 21 a 4
	b) Sin Linfadenectomía 1 caso (3.8%) Por estadio III - IV al Acto Quirúrgico.	b) Unilateral (Se resecaron 12 ganglios derechos)	b) No reportados por Anatomía Patológica 3 casos (11.5%)

Nota: Hay que hacer mención que todos los porcentajes son en relación a los 26 casos.

Cuadro No. (b-5):

En lo que respecta al tipo de intervención quirúrgica a que fueron sometidas las 26 pacientes de nuestro estudio, como se puede ver en este cuadro el 100 % de las mismas se les practicó Histerectomía radical abdominal y Apendicectomía profiláctica. De estos casos solamente a 24 se les realizó resección ganglionar bilateral (92.3 %). En el resto, o sea 2 casos (7.6 %) hubo resección parcial. De los 24 casos, únicamente se obtuvo información de 21 informes de anatomía patológica (80.7 %), mostrando positividad de malignidad ganglionar en un 50 % (13 casos) y fueron negativos el 30.7 % (8 casos).

RELACION PRE Y POST-OPERATORIA

Cuadro No. (c-1)

RELACION ENTRE DIAGNOSTICOS DE ESTADIO PREOPERATORIO Y POST-OPERATORIO

Diagnóstico	No. pacientes	Porcentaje
1.- Diagnósticos pre y post que correspondieron	11	42.4 %
2.- Diagnósticos pre y post que no correspondieron	15	57.6 %
Totales	26	100.0 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

En el cuadro anterior se puede ver que hubo una similitud entre Impresiones clínicas de estadio preoperatorias y Diagnóstico quirúrgico, en 11 casos lo que representa un 42.4 %.

En cuanto a Impresiones clínicas de estadio preoperatorio que no correspondieron con los diagnósticos post-operatorios se presentaron 15 casos, lo que constituye el 57.6 %.

PERIODO DE TRATAMIENTO DE
RECIDIVA CON RADIOTERAPIA

Cuadro No. (d-1)

ESTADIO CLINICO QUE SE DIAGNOSTICO AL DAR INICIO
EL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

Estadio	No. pacientes	Porcentaje
1.- Estadio II	3	11.5 %
2.- Estadio III	18	69.2 %
3.- Estadio IV	5	19.3 %
Total	26	100.0 %

Tomado de: Registros Médicos, Hospital Roosevelt.

Según el cuadro anterior el estadio más frecuente al momento de otorgar tratamiento con Radioterapia fue el estadio III, con 18 casos (69.2 %). El estadio IV presentó 5 casos lo que cons

tituye un 19.3 %. El estadio II solamente reportó 3 casos (11.5 %). Hay que hacer mención que no se presentaron estadios I, debido a que no había cavidad uterina para su clasificación.

PERIODO DE TRATAMIENTO DE RECIDIVA CON RADIOTERAPIA

No. (d-2)

EXPLICACION DEL ESQUEMA DE TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

En esta etapa del estudio hay que hacer mención que desde el año de 1973 no se otorgan tratamientos en colaboración con junta de la Unidad de Radioterapia del Hospital Roosevelt y el INCAN (Cancerología). En este último se da tratamiento con Supervoltaje de Telecobalto 60, el cual tiene menos riesgos, en comparación con el tratamiento radiactivo que se aplica en el Hospital Roosevelt el que se da con Roengenterapia 250 KV, teniendo más riesgos ya que puede producir verdaderas quemaduras dérmicas si no se toman todas las precauciones, de allí que solamente se dio la mitad de la dosis de radiación (2400 á 3000 rads).

Casos tratados así fueron en total 8, los cuales fueron completos, por otro lado 2 pacientes recibieron tratamiento incompleto en Unidad de Radioterapia del Hospital Roosevelt, ya que fallecieron o no se continuó Tx. por declararse caso terminal.

Al resto de los 26 pacientes se les otorgó tratamiento únicamente en el INCAN, de éstos, 13 recibieron Tx. completo con Telecobalto 60, á 2 se les prescribió no asistiendo al mismo. 1 paciente recibió radioterapia incompleta con telecobalto.

Tomando en cuenta lo anteriormente explicado tenemos que

realmente recibieron tratamiento completo 21 pacientes, o sea el 80.7 % a los cuales se les podía ofrecer cierto margen de mejoría o curación. En lo que respecta a colocación de Implantes Vaginales de Material Radioactivo, en nuestra casuística solamente se le otorgó a 6 pacientes tomando en cuenta que en la recidiva de Carcinoma del Cervix después de Histerectomía hay que confiar más en la Radiación externa la que deberá ser administrada con Supervoltaje de Telecobalto lo que permite dar una dosis Pélvica de 6000 Rads. en 6 semanas. Unicamente los casos que manifestaron enfermedad Residual en cúpula vaginal o los casos que después de haber recibido 6000 rads. de Radiación Pélvica externa y persistieron con enfermedad en la cúpula, confirmada o no con citología exfoliativa, son los casos en los que se practicó adicionalmente un Implante vaginal. En nuestra serie 11 casos no tuvieron este implante debido a estenosis vaginal, vagina sumamente corta secundaria a tratamiento quirúrgico o algún otro motivo, estas condiciones no fueron determinadas específicamente en la investigación, siendo prácticamente imposible la colocación del implante.

ESQUEMA GENERAL DE TRATAMIENTO CON RADIO TERAPIA
DE LOS 26 CASOS DE NUESTRO ESTUDIO, REALIZADO EN PE
RIODO DE 1969-77. UNIDAD RADIOTERAPIA, HOSPITAL
ROOSEVELT

Pte.	RADIO TERAPIA EXTERNA						Intracav. Implant. Vaginal	Tot. Rad.s Recibidos
	Tx. Roosevelt			Telecobalto 60 (INCAN)				
	T. Rads.	Días	Aplicac.	T. Rads.	Días	Aplic.		
1	2600r.	20	13	4000r	25	20	2400r.	9000 r.
2	3000r.	22	15	2000r	12	10	-----	5000 r.
3	3000r	21	15	3600r	30	18	2000r	8600 r.
4	2600r.	19	14	3400r	30	17	-----	6000 r.
5	2400r.	14	12	3400r	33	17	-----	6000 r.
6	2400r.	16	12	3600r	25	18	-----	6000 r.
7	2750r.	23	15	300r.	22	15	2000r.	7750 r.
8	2400r.	22	12	CASTO TERMINAL			-----	2400 r.
9	900r	7	5	PACIENTE FALLECIO			-----	900 r.
10	2400r.	21	12	2800r.	16	14	-----	6000 r.
11	-----	--	--	4800r.	32	24	-----	4800 r.
12	-----	---	---	6000r	46	30	-----	6000 r.
13	-----	--	--	6000r.	42	30	2000r.	8000 r.
14	-----	--	--	6000r.	44	30	-----	6000 r.
15	-----	--	--	5000r.	36	25	-----	5000 r.
16	-----	--	--	6000r.	42	30	-----	6000 r.
17	-----	--	--	6000r.	41	30	-----	6000 r.
18	-----	--	--	5600r.	41	28	4900r.	10500 r.
19	-----	--	--	6000r.	49	30	-----	6000 r.
20	-----	--	--	4000r	31	20	2000r.	6000 r.
21	-----	--	--	7000r.	59	35	-----	7000 r.
22	-----	--	--	No se presentó Tx.			-----	-----
23	-----	--	--	800r.	6	4	-----	800 r.
24	-----	--	--	4000r.	29	20	-----	4000 r.
25	-----	--	--	6400r.	42	32	-----	6400 r.
26	No se presentó a Tratamiento						-----	-----

COMPLICACIONES

(No. e-1)

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES CON TRATAMIENTO
DE RADIOTERAPIA

En nuestro estudio encontramos que de los 26 casos solamente 9 pacientes presentaron complicaciones, las cuales no fueron de mucha consideración, las más frecuentes en nuestra casuística fueron, las siguientes:

- a.- Radiodermatitis descamativa 5 casos
- b.- Estenosis vaginal 2 casos
- c.- Cistitis 1 caso
- d.- Ulcera sacra 1 caso

Además se observaron casos de complicaciones, tales como:

- a.- Leucopenia (la que se consideró como indirecta o por motivo de que el paciente estuviera tomando pirazolónicos u otro medicamento, según el registro médico.)
- b.- Fibrosis parametrial.

El resto de pacientes de nuestro estudio no presentó complicación alguna, o sea 17 pacientes, lo que constituye el 65.3 %.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO RADIACTIVO
HASTA EL ULTIMO CONTROL

No. (f-1)

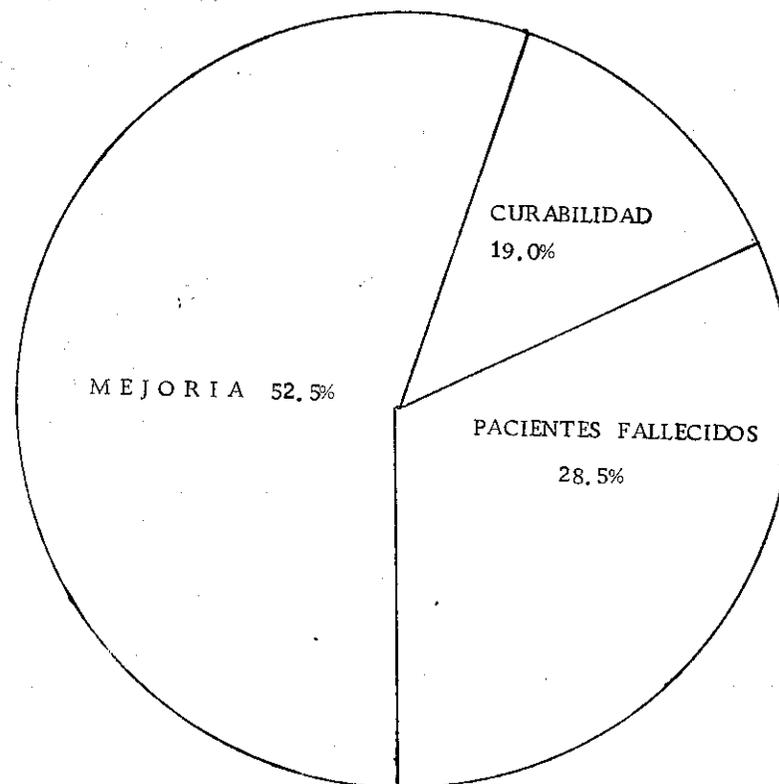
No. DE PACIENTES QUE NO SE LES DIO TRATAMIENTO
COMPLETO:

Del total de pacientes que presentaron recidiva del proceso neoplásico, a 5 no se les otorgó tratamiento con radio terapia, lo cual los excluye del margen de mejoría y curabilidad de la radioterapia.

PACIENTES MEJORADOS, CURADOS Y FALLECIDOS

Como hago mención con anterioridad, solamente a 21 pacientes se les otorgó tratamiento completo con radioterapia, en base a esto, obtuve los porcentajes de mejoría y curabilidad:

- a.- Pacientes que mostraron mejoría con el tratamiento radioactivo, 11 (52.5 %).
- b.- Pacientes que curaron con el tratamiento radioactivo, 4 (19.0 %). Curabilidad relativa.
- c.- Pacientes fallecidos habiéndoseles dado tratamiento completo con radioterapia 6 (28.5 %)



ESTADO ACTUAL DE LAS PACIENTES

CURABILIDAD REAL

Con el objeto de enterarnos del estado actual de las pacientes que fueron sometidas a radioterapia después de Histerectomía radical, se citaron a todas las pacientes que según el último control mostraron mejoría o curaron, siendo 15 en total, de estas asistieron 4 pacientes las cuales fueron examinadas, encontrándose en buen estado de salud.

ANALISIS Y DISCUSION

Al realizar este estudio lo que nos interesó fue mostrar que el porcentaje de recidiva de Cáncer de Cervix con Impresión clínica de estadio preoperatorio, I y II, en Depto. de Ginecología - del Hospital Roosevelt, en el período comprendido de 1969-77, - fue de 21.4 %, como nos damos cuenta en el cuadro No. (a-1), - debiéndose tomar muy en cuenta este porcentaje de recidiva, debido a que si se le compara con resultados de otros tratamientos - constituye un porcentaje elevado; ya que como tratamiento inicial en estos casos, se considera más eficaz la radioterapia, con la cual se logran cifras de curabilidad de más de 90 %, según informe de la Sociedad Americana de Radium (1970).

En base a esto se desarrolla nuestro análisis y discusión, ya que si queda aceptado, que la radioterapia como tratamiento es más eficaz, por razones técnicas y económicas, así como por los satisfactorio de los resultados que se logran con una menor morbilidad, se puede establecer una crítica de tipo constructivo en la - cual nuestro objetivo final es ayudar a que se reduzcan al mínimo los casos de recidiva, ya que es posible lograrlo.

Con el objeto de conocer lo que se hace con una paciente con Cáncer Cervical antes de ser sometida a Histerectomía Radical, se revisaron minuciosamente los registros médicos de cada - uno de los casos, dándonos cuenta que para establecer Impresión Clínica preoperatoria se hace primeramente la valoración clínica, la que se considera incompleta; ya que, en la misma debería participar tanto ginecólogo como radioterapeuta. Además como métodos complementarios solamente se utilizan 3, siendo éstos: Pielograma I.V., Foto Tórax, Biopsia Cervical, las cuales establecen - diagnóstico de malignidad y tipo histológico, los primeros dos fue-

ron normales en su mayoría y todas las biopsias mostraron malignidad. Siendo la más importante la valoración clínica, pues por medio de ésta se establece el estadio clínico del proceso y se toman decisiones terapéuticas. Ver Cuadro No. (a-4).

En nuestro caso como podemos ver en Cuadro No. (b-1), - realmente de las impresiones clínicas preoperatorias que se describieron en estadios I y II, que fueron los que se consideraron quirúrgicos, ver Cuadro No. (a-5), resultaron estar distribuidas en los 4 estadios clínicos. Con el objeto de conocer aún más el grado de no correspondencia o correspondencia y poner en evidencia lo superficial de la valoración clínica, se realizó una comparación entre impresiones clínicas preoperatorias y Diagnósticos post-operatorios, pudiéndonos dar cuenta que los mismos no correspondieron en un 57.6 %, (ver Cuadro No. (c-1)) lo cual se podría considerar un error diagnóstico, si se hubiera tomado en cuenta tiempo transcurrido entre valoración clínica y la intervención quirúrgica, cosa que no se realizó, ya que por ser el proceso de la enfermedad un fenómeno dinámico, los estadios precoces podían haber evolucionado a estadios más avanzados al dejar un tiempo muy prolongado entre ambos. Por lo tanto podría tratarse de un porcentaje de error diagnóstico elevado, o realmente de la evolución de carcinoma a estadios avanzados.

En lo concerniente a la influencia que tuvo la valoración clínica preoperatoria sobre el porcentaje de correspondencia pre y post-quirúrgica (ver Cuadro No. c-1), podemos inferir que lo más probable en estos casos fue que la decisión terapéutica no fue adecuada. Si vemos el Cuadro No. (b-3) nos damos cuenta que la enfermedad Residual presentó 17 casos (65.3 %) o sea, que la enfermedad había rebasado el margen para tratamiento quirúrgico, el cual se acepta con sus indicaciones precisas (ver Hoja No. 9).

Existe otra circunstancia que limita la decisión de dar tra-

tamiento quirúrgico y ésta es la coincidencia de un porcentaje elevado de cáncer indiferenciados con la recidiva en nuestro estudio; a sabiendas que el grado de diferenciación es una apreciación subjetiva del patólogo. En nuestra casuística 16 informes fueron reportados como indiferenciados (61.5 %) lo que nos obliga a expresar que frente a un caso de cáncer cervical con impresión clínica de estadio II se debe evaluar cuidadosamente su intervención quirúrgica.

Con el fin de sacar conclusiones que nos conduzcan a corroborar nuestras hipótesis, se relacionaron los motivos de consulta preoperatorios y al momento de la recidiva (ver Cuadro No. a-2, b-4). Al relacionar los mismos notamos que hay un franco dominio en el período preoperatorio de Hemorragias y flujos vaginales, que nos hacen pensar más en procesos precoces. Los motivos de consulta al momento de la recidiva nos hacen pensar en estadios más avanzados, encontrando franca predominancia de Sacrolumbalgias, masas anéxiales y dificultad para defecar (ver Cuadro b-1). Si a esto sumamos que el 65.3 % de los pacientes presentaron enfermedad Residual (ver Cuadro b-3), podemos decir que la cirugía no bloqueó el avance del proceso, por lo cual existió recidiva.

Lo que nos motivó a realizar el cuadro No. (b-5) el cual es una relación Patológico-quirúrgica, fue para darnos cuenta como es que se otorgó el tratamiento quirúrgico, desde un punto de vista general en el período de estudio y su relación con la positividad o negatividad ganglionar (Anatomía Patológica).

Dándonos cuenta que del 100 % de los casos intervenidos, el 50 % mostraron ganglios metastáticos y el 30.7 % no mostró evidencia de la misma, esto nos hace pensar que:

- 1) No se realizó una completa resección de toda la cadena linfática habiendo positividad post-resección, ya que como se ve en el esquema el promedio de ganglios resecados fue

de 5 a 6 tanto derechos como izquierdos.

- 2) O que realmente la positividad ganglionar es factor de recidiva, al menos la encontramos en 13 casos (50 %).

Al ubicarnos ya en el tratamiento con radiación nos encontramos que el estadio más frecuente al momento de la recidiva fue el III con un porcentaje de 69.2 % (ver Cuadro No. d-1), lo que nos muestra nuevamente que el avance del proceso neoplásico no fue modificado; es más, si tomamos en cuenta que al ser sometida una paciente de este tipo a intervención quirúrgica, facilita la diseminación de células neoplásicas, fomentando con esto las metástasis a distancia, lo cual sumado a las causas anteriormente mencionadas potencializa más la recidiva. Además se debe considerar que el tratamiento combinado no es beneficioso.

Tomando en cuenta lo anterior, en la Unidad de Radioterapia del Hospital Roosevelt, a la paciente con recidiva se le clasifica como un caso especial, ya que son pacientes que se les considera fuera de toda posibilidad de curación por el resto de la terapéutica existente.

A pesar de esas circunstancias nos dimos cuenta que el porcentaje de mejoría y curación se pueden considerar dentro límites aceptables, así tenemos que de los 21 pacientes sometidos a tratamiento completo con radiación o sea el 80.7 % se obtuvo una curabilidad de 19 %, una mejoría de 52.5 % y un porcentaje de pacientes fallecidos de 28.5 %. Este último porcentaje podría confundirse con una mortalidad de la Radioterapia, pero no es así; ya que estos pacientes fallecieron por el avance del proceso neoplásico o mejor dicho la tardanza en dar tratamiento radioactivo y no por el tx. en sí.

En lo que respecta a las complicaciones de la radioterapia nos dimos cuenta que eran pocas en relación a lo que esperábamos encontrar, tomando en cuenta que el tx. combinado tiene más

complicaciones que beneficios.

Para ver el estado actual de las pacientes, se citaron a 15 que según constaba en la papeleta habían mostrado mejoría o curación, dándonos cuenta que la curabilidad real y la relativa eran similares, ya que en los registros médicos a 4 pacientes se les consideró como curados y al momento de citarlos asistieron 4 pacientes.

Desde el punto de vista económico, hay que tomar en cuenta que la mayoría de las pacientes que asisten a estos centros son de escasos recursos económicos, podemos asegurar que realmente la radioterapia en comparación con la cirugía, resulta ser más al alcance de estas pacientes y si a ésto agregamos los buenos resultados obtenidos debemos de asumir que es eficaz en la terapéutica de estos casos.

CONCLUSIONES

PARCIALES

PERIODO PREOPERATORIO:

- 1.- El porcentaje de recidiva de Ca. Cervical en el período comprendido de 1969 á 1977, fue de 21.4 % en 121 Histerectomías Radicales realizadas.
- 2.- El motivo de consulta preoperatoriamente más frecuente fue Hemorragia Vaginal de más o menos 1 mes de evolución.
- 3.- El hallazgo más frecuente a la inspección del Cuello Uterino, en el período preoperatorio fue Masa exofítica proliferante que no sangraba con facilidad al espéculo y de localización parcial.
- 4.- La localización del proceso neoplásico se presentó en la mayoría de los casos circunscrita a Cervix 77 %, en el período preoperatorio.
- 5.- La extensión del proceso neoplásico a 1/3 superior de la vagina en este período fue baja.
- 6.- Al examen bimanual lo más frecuente fue parametrios y anexos libres (88.4 %).
- 7.- Los métodos para establecer diagnóstico de malignidad y tipo histológico y estadio del proceso en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, fueron: Biopsia Cervi

cal, Pielograma I.V., Foto Tórax.

- 8.- La impresión clínica de estadio más frecuente en este período fue I.
- 9.- El carcinoma indiferenciado en nuestra casuística fue el que más se reportó por anatomía patológica, 16 casos lo que equivale a un 61.5 %.

PERIODO POST-OPERATORIO:

- 1.- La mayoría de los pacientes presentaron recidiva en los primeros 6 meses después de la Histerectomía, 17 casos (65.3 %).
- 2.- La localización de la recidiva fue en la mayoría de los casos mixta (tanto a pélvis como a cúpula vaginal), 65.3 %.
- 3.- El estadio post-operatorio más frecuente fue el II, de los que hubo 17 casos (65.3 %).

RELACION PRE Y POST-QUIRURGICA:

- 1.- Las impresiones clínicas preoperatorias no correspondieron con el diagnóstico post-operatorio en un 57.6 %.

PERIODO DE TRATAMIENTO RADIOACTIVO:

- 1.- El diagnóstico de estadio más frecuentemente encontrado al momento de iniciar el tratamiento con radioactividad fue III (69.2 %).
- 2.- Las complicaciones más frecuentes fueron radiodermitis leves.
- 3.- El porcentaje de curabilidad con radioterapia, tanto rela-

tiva como real fue de 19 %, tomando en cuenta que son pacientes excluidas de toda posibilidad de curación.

- 4.- El margen de mejoría que se logró fue de 52.5 %.

CONCLUSIONES GENERALES

- 1.- Debido a lo elevado que se puede considerar el porcentaje de recidiva (21.4 %) de pacientes con impresión clínica de Ca. Cervical que fueron sometidas primeramente a tratamiento quirúrgico, al compararlo con los resultados terapéuticos logrados con Radioterapia; podemos concluir que la histerectomía Radical no es eficaz en el tratamiento de cáncer cervical en estadios II considerados clínicamente precoces, sin una buena evaluación preoperatoria.
- 2.- La Radioterapia en estos casos tomando en cuenta que son pacientes que se consideran excluidas de posibilidad de curación, proporcionó márgenes aceptables de curabilidad (19 %), mejoría (52.5 %). Por lo que se puede considerar eficaz en el tratamiento de Cáncer Cervical con impresión clínica de estadio I y II.
- 3.- Las impresiones clínicas preoperatorias no correspondieron en un 57.6 % con los diagnósticos postoperatorios; por lo que podemos concluir que la valoración clínica no se realizó adecuadamente.

RECOMENDACIONES

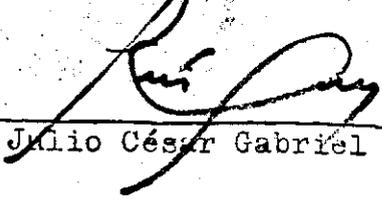
- 1.- Instalación de clínica en colaboración conjunta de los Departamentos de Ginecología y Unidad de Radioterapia, en donde se examinen a las pacientes con Ca. Cervical y se decida el tratamiento.
- 2.- Tomar muy en cuenta los informes de anatomía patológica en lo que se refiere a grado de diferenciación; ya que en nuestro estudio los cánceres de tipo indiferenciados alcanzaron un porcentaje elevado, lo que podría ser un factor de recidiva.
- 3.- Que en todos los informes de Anatomía Patológica se reporte grado de diferenciación.
- 4.- Que se realice una resección quirúrgica anatómicamente completa, cuando la cirugía esté indicada, para reducir los casos de recidiva.
- 5.- Someter a intervención quirúrgica en este caso, histerectomía radical, solamente cuando existan indicaciones precisas.
- 6.- Que se realice un minucioso examen ginecológico si fuera posible bajo anestesia general al menos los casos precoces, para poder distinguir: masa, fibrosis, contractura y establecer un mejor diagnóstico de estadio clínico.

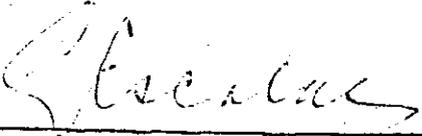
RESUMEN

Con el deseo de ser más claros en nuestro trabajo adjuntamos una reseña muy general del mismo. Así tenemos que del total de pacientes sometidas a Histerectomía Radical por presentar cáncer cervical con impresión clínica de estadio I y II, en el período de nuestro estudio (1969-77), recidivaron 26 lo que representa el 21.4 %. De esta cantidad de pacientes previo a ser intervenidas se les estableció diagnóstico con el objeto de otorgar tratamiento, encontrando que solamente se les realizaron 3 métodos diagnósticos complementarios, siendo éstos: Pielograma I.V., Foto tórax, Biopsia cervical y además se les practicó una valoración clínica que consideramos superficial, llegándose a establecer impresión clínica de estadio preoperatorio; siendo el más frecuente el estadio I con 14 casos (53.9 %). Con esta impresión clínica se sometió a Histerectomía Radical, encontrándose al momento de intervenir que realmente el estadio más frecuente era el II con 17 casos (65.3 %), y estadios avanzados III y IV hubo 6 casos (23.2 %) y únicamente 3 pacientes se les clasificó como estadio I (11.1 %). Posteriormente estas pacientes recidivaron de su cuadro por lo que asistieron nuevamente a Ginecología de donde fueron remitidas a la Unidad de Radioterapia del Hospital Roosevelt donde se les realizó nueva evaluación clínica, encontrando que 17 casos recidivaron dentro del primer semestre posthisterectomía (Enf. Residual) y 9 casos recidivaron después del primer semestre posthisterectomía (Enf. Recurrente). Con respecto a la localización anatómica de la recidiva esta fue en su mayoría de tipo mixta, con 17 casos (65.3 %). Estas pacientes al momento de recidivar presentaban estadios avanzados siendo el III el más frecuente con 18 casos (69.2 %) y el estadio IV con 5 casos (19.3 %). Ya establecido el diagnóstico de recidiva estas pacientes fueron sometidas a tratamiento con radioterapia encontrándose que de los

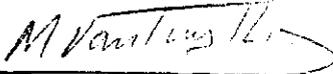
26 casos solamente 21 (80.7 %) recibieron tratamiento completo con radioterapia. Lográndose una curabilidad de 19.0 % y una mejoría de 52.5 % según el último reporte encontrado en el registro médico (Curabilidad relativa). Posteriormente a las pacientes que según el último control habían curado o mejorado se les citó por la vía telegráfica a la Unidad de Radioterapia, asistiendo 4 pacientes lo que representa un 19.0 % (Curabilidad Real).

- 9.- Moss, W. and Brand, W.: Therapeutic Radiology: Rationale, Technique, Results third edition Pub.: C.V. Mosby Company. Saint. Louis. 1969 Pag. 372 - 375.
- 10.- USAC, Facultad de Ciencias Médicas, Fase II, Documento "El Protócolo en los proyectos de investigación Científica", Feb. 13. 78.
- 11.- Sociedad de Obstetricia y Ginecología, Venezuela, Rev. Obt. y Gine. de Venezuela, Ediciones Científicas. S.R.L. Vol. XXXII - No. 4. 537 - 577. 1972.

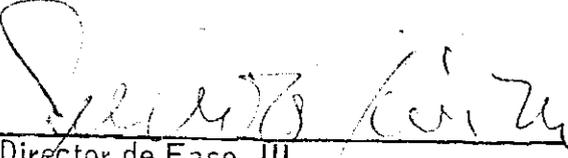

Br. Julio César Gabriel B.


Asesor

Dr. Carlos A. Escobar V.
DR. CARLOS A. ESCOBAR V.
RADIOTERAPIA


Revisor

Dr. Milward van Tuyen

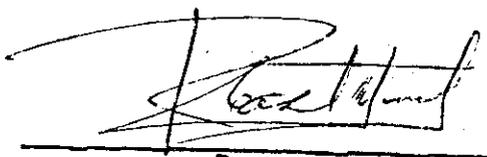

Director de Fase III

Dr. Julio De Leon


Secretario General

Dr. Raul A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano

Dr. Roldando Castillo Montalvo