

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HISTERECTOMIA RADICAL EN CARCINOMA
DE CERVIX

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por:

LUIS EDILBERTO VILLATORO CHAVEZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1978

PLAN DE TESIS

- 1. INTRODUCCION**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. MATERIAL Y METODOS**
- 4. ANTECEDENTES**
- 5. RESULTADOS Y COMENTARIOS**
- 6. PRONOSTICO DEL CARCINOMA DEL CERVIX**
- 7. CONCLUSIONES**
- 8. RECOMENDACIONES**
- 9. BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCION

Existen dos métodos efectivos para el tratamiento del carcinoma invasivo del cuello dependiendo de su estadio clínico: radioterapia y la cirugía radical o la combinación de ambos.

La radioterapia es más ampliamente usada en todas partes del mundo porque es más aplicable en todos los casos primarios de cancer cervical, mientras que la Histerectomía Radical de la cual nos ocupamos en esta ocasión, se ha dicho que es definitiva solamente para lesiones en estadio I.

La Histerectomía Radical es tecnicamente laboriosa y puede ser ejecutada solamente por aquellos con experiencia en cirugía radical pélvica, y conocimiento anatómico del área.

El presente trabajo se efectuó para continuar en Guatemala con el estudio de la Histerectomía Radical tipo Wertheim ya que hay solamente un trabajo previo como referencia. Asimismo conocer los resultados obtenidos con este tipo de operaciones para el carcinoma de cérvix, en el Departamento de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios y compararlos con estudios efectuados en otros países.

Quede el presente trabajo como una referencia para profesionales y estudiantes que se inclinen por el campo de la cirugía radical pélvica.

OBJETIVOS

1. Establecer efectividad del tratamiento quirúrgico en el carcinoma del cérvix tipo invasivo.
2. Investigar sobrevida de los pacientes con el tratamiento antes mencionado.
3. Anotar las complicaciones operatorias y post-operatorias de la técnica.
4. Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico vrs. resultados del tratamiento con radiación.
5. Continuar con el estudio de Histerectomías Radicales en Guatemala.
6. Conocer el manejo pre-operatorio y las formas de diagnóstico para el carcinoma del cérvix.

MATERIAL Y METODOS

Fueron estudiados los registros clínicos de las pacientes que acudieron al Hospital General San Juan de Dios Departamento de Ginecología en las Salas A y B durante los años de 1971 a 1977.

Se efectuó además revisión de referencias bibliográficas utilizando las bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas biblioteca del Hospital General, biblioteca del I.N.C.A.P.

Finalmente se tabularon los siguientes parámetros investigados en los registros clínicos:

Estado Civil

Paridad

Procedencia

Edad

Primeros Síntomas

Tiempo de Evolución

Tratamiento

Complicaciones Quirúrgicas

Diagnóstico Histológico previo

Exámenes de laboratorio

Tiempo de sobrevida

Anatomía patológica de ganglios linfáticos

ANTECEDENTES

Según los datos con que se cuenta, la Histerectomía Radical fue inicialmente descrita en 1895 por 2 diferentes autores: Clarck de Filadelfia y Reis de Chicago, ambos publicaron reportes de la técnica de la Histerectomía Radical y aparentemente estos son los primeros de la literatura.

Reis sugirió la posibilidad de efectuar la linfadenectomía pélvica, sin embargo él nunca efectuó la operación. Freund facilitó la recopilación de datos y reportes dejando por escrito por primera vez la técnica de la Histerectomía Radical Abdominal en el tratamiento del cancer del cérvix en 1879. Le continuaron en sus trabajos prácticos los grandes pioneros de la cirugía entre los que se encuentran: Lister, Billroth, Churney, Doyen y Pean; todos los cuales emplearon la cirugía abdominal como vía para el tratamiento del cancer del cérvix, no vacilando en remover algunos de los órganos adyacentes como intestino o vejiga urinaria al encontrar extensión del tumor a esos órganos. Con este legado Clarck y Reis describieron el prototipo de la operación. Con el aparecimiento de la radiación en la siguiente centuria, los médicos especialmente en los Estados Unidos, cambiaron la modalidad del tratamiento del cancer del cérvix, ya que la morbilidad y mortalidad era alta con los procedimientos quirúrgicos de esa época.

No fue sino hasta que Ernest Wertheim en 1912 publicó los resultados del tratamiento de 500 pacientes con la operación que lleva su nombre, y que consistía en Histerectomía Abdominal Total, resección de los parametrios y extirpación de los ganglios linfáticos que estuvieron afectados. Sus publicaciones contribuyeron mucho a la aceptación de la Histerectomía Radical, tanto que su nombre ha sido sinónimo con el procedimiento.

El mérito de Víctor Bonney fue el de haber establecido el

procedimiento en la ginecología moderna. Boney fue capaz de incrementar la cifra de operabilidad reduciendo la mortalidad operatoria de 30o/o a cifras tan bajas como 9o/o.

Morton y Kerner en su clásica descripción de 500 pacientes mostraron que el tratamiento por radiación implicaba reacciones secundarias, complicaciones hasta en 90.5o/o. Mientras que el tratamiento quirúrgico era mejorado en Europa. En los Estados Unidos la terapia por radiación era cuidadosamente evaluada. La experiencia probó que este último método no está exento de complicaciones. Sin embargo mejorando los equipos y las técnicas ayudaron a disminuir los problemas de radiación. El doctor Joe Meigs combinó tanto la Histerectomía Radical tal como la efectuaba el Dr. Taussig, con linfadenectomía pélvica, realizando una marcada selección entre las pacientes, dependiendo del grado de invasión neoplásicos, operando unicamente los estados iniciales. La sobrevida aumentó en 30o/o sobre técnicas anteriores. Fue así como el Dr. Meigs estableció definitivamente un tratamiento adecuado para ese tipo de problemas.

En Guatemala hay unicamente un estudio efectuado de 1947 a 1970 sobre Histerectomía Radical en carcinoma del cérvix.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Es una revisión de un período comprendido entre los años de 1971 a 1977 de casos diagnosticados como cancer del cérvix en el Hospital General; se encontró que el número de casos durante este período fue de 30 pacientes operadas con la técnica tipo Wertheim.

De estos casos únicamente se encontraron 18 fichas clínicas en el archivo general debido al extravío de papeletas durante el terremoto de 1976.

CUADRO No. 1

RAZA		
LADINAS	16 casos	88.9o/o
INDIGENAS	2 casos	11.1o/o

De las 18 pacientes con carcinoma de cérvix que fueron intervenidas con Histerectomía Radical, el 88.9o/o de ellas fueron de raza ladina y un 11.1o/o indígenas. Esto no significa que sea más común el cancer cervical en ladinos que en indígenas, sino que nos demuestra que la gran mayoría de pacientes pertenecen al área urbana y son las que más demandan atención médica, siendo todo lo contrario la gente del área rural que asiste muy poco a un centro hospitalario.

Asimismo en muchas de ellas el cancer fue descubierto casualmente al efectuárseles Papanicolau de rutina cosa que casi no se practica en el área rural.

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL

UNIDAS	14 casos	77.7o/o
CASADAS	2 casos	11.1o/o
DIVORCIADAS	1 caso	5.5o/o
VIUDAS	1 caso	5.5o/o
SOLTERAS	0 casos	0 o/o

La mayoría de las pacientes estudiadas estaban unidas a sus conyugues (77.7o/o) o bien estuvieron por un tiempo viviendo maritalmente.

Llama la atención que en ningún caso de cancer de cérvix la mujer era soltera. Esto concuerda con datos obtenidos en la revisión bibliográfica en lo que respecta a los factores etiológicos del cancer cervical, que nos indica que la baja frecuencia que se ha observado de cancer de cérvix en mujeres judías ha hecho sospechar que el coito con un varón sin circuncisión puede actuar en alguna forma como influencia causal, quizá a base de poca higiene del pene y se sospecha también de la importancia que pudiera tener el esmegma.

De hecho, algunos investigadores han observado recientemente el desarrollo de cancer cervical en algunas cepas de ratones sometidos a estimulación durante 14 meses por lo menos, con esmegma humano.

Por otra parte, durante la última década, se han hecho varios estudios importantes y se ha examinado la relación entre el coito o el matrimonio y el cancer cervical.

El resultado es que todos los estudios concuerdan en que el riesgo de cancer cervical aumenta con el matrimonio temprano o el primer coito en edades tempranas.

CUADRO No. 3

PARIDAD

0 a 2 hijos	1 caso	5.5o/o
3 a 5 hijos	11 casos	61.1o/o
6 a 8 hijos	6 casos	33.3o/o
9 y más hijos	0 casos	0 o/o

En este cuadro podemos observar que el 61.1o/o de las pacientes tenían de 3 a 5 hijos; siguiéndole en frecuencia las pacientes con 6 a 8 hijos totalizando un 33.3o/o dejando por último a las pacientes con 2 hijos obteniendo un 5.5o/o.

Durante años se ha tenido la impresión de que las mujeres con hijos tienen mucha más tendencia a sufrir cancer cervical que las solteras.

Ha habido al respecto diferentes investigaciones, pero una de las más impresionantes fue la efectuada por Gagnon quien en una revisión de las historias clínicas y certificados de defunción de 13,000 monajas canadienses, no logró descubrir un solo caso de carcinoma de cérvix.

Asimismo la mayoría de las escuelas ginecológicas consideran que el cancer cervical intraepitelial puede evolucionar hacia la invasión, cuando el epitelio en que se encuentra localizado sufre el traumatismo del parto.

Sin embargo, últimos estudios efectuados al respecto señalan la posibilidad de que el parto no sea causa determinante de invasión en los casos de carcinoma in situ cervico-uterino.

CUADRO No. 4

EDAD		
20 a 30 años	3 casos	16.6o/o
31 a 40 años	3 casos	16.6o/o
41 a 50 años	9 casos	50.0o/o
51 a 60 años	2 casos	11.1o/o
61 y más	1 caso	5.5o/o

Este cuadro que se refiere específicamente a edad, está de acuerdo con los hallazgos en otros países en donde el promedio de edad de las pacientes con cancer sistomático del cuello es de 48 años.

Como observamos nosotros obtuvimos el 50o/o de los casos en pacientes con edades que van de 41 a 50 años, un 16.6o/o en pacientes de 31 a 40 años e igual porcentaje para pacientes de 51 a 60 años de edad y por último un 5.5o/o en pacientes con más de 60 años.

CUADRO No. 5

PROCEDENCIA		
DEPARTAMENTOS	13 casos	72.3o/o
CAPITAL	5 casos	27.7o/o

Las pacientes que ocupan el primer lugar en este cuadro, tienen como procedencia algún departamento de Guatemala obteniendo un 72.3o/o y el 27.7o/o fueron de esta capital.

Esto no quiere decir que la mayoría de las pacientes hubieran venido a este hospital de un departamento, sino que fueron nacidas en un departamento pero actualmente se encuentran radicadas en esta capital.

CUADRO No. 6

PRIMEROS SINTOMAS		
Hemorragia vaginal	11 casos	61.1o/o
Flujo vaginal	9 casos	50.0o/o
Cólicos en hipogastrio	9 casos	50.0o/o
Alteraciones menstruales	7 casos	39.0o/o
Prurito	3 casos	16.6o/o
Ninguno	2 casos	11.1o/o

Según revisión bibliográfica, en la mayoría de los casos, el primer síntoma de carcinoma de cérvix es la hemorragia la cual por lo general es ligera. Si la paciente por la edad se encuentra aun en período reproductor, dicha "hemorragia" adopta típicamente la variedad intermenstrual. Además dicho sangrado puede producirse después del coito, esfuerzos violentos o después de una defecación dificultosa.

Es característica sobre todo la hemorragia por contacto que puede seguir después del coito o de un simple examen pélvico. Además en el cancer de tipo intracervical, la hemorragia suele aparecer tardíamente dado que la lesión se halla más protegida. Algunas veces puede notarse un flujo anormal acuoso, aun antes que aparezca la hemorragia, especialmente en caso de adenocarcinoma. Sin embargo, tarde o temprano el flujo aparece teñido de sangre.

Por lo anterior, los datos que obtuvimos en nuestro estudio estan de acuerdo con investigaciones y estadísticas de otros países, ya que el 61.1o/o refirió hemorragia vaginal como primer síntoma, siguiéndole el flujo vaginal y el dolor tipo cólico en hipogastrio con igual porcentaje de 50.0o/o. Un 39.0o/o indicó alteraciones menstruales, un 16.6o/o presentó prurito vaginal y un 11.1o/o no tuvo ninguna sintomatología.

CUADRO No. 7

TIEMPO DE EVOLUCION

1 a 3 meses	6 casos	33.3o/o
4 a 7 meses	5 casos	27.7o/o
8 a 12 meses	5 casos	27.7o/o
13 y más	2 casos	11.1o/o

Los porcentajes obtenidos en este cuadro son relativos ya que el tiempo de evolución se refiere más que todo al tiempo que transcurrió desde el apareamiento del primer síntoma hasta la consulta a una institución hospitalaria o centro de salud.

Más sin embargo muchas pacientes no recuerdan con exactitud la fecha en que comenzó a manifestarse la enfermedad con algún signo o síntoma y dan una fecha aproximada; pero prestando atención a los porcentajes indicados en el cuadro, nos damos cuenta que un 33.3o/o o sea una tercera parte de las pacientes manifestaron que su tiempo de evolución estaba entre 1 y 3 meses y con un porcentaje igual de 27.17o/o para pacientes con 4 a 7 meses y 8 a 12 meses de evolución respectivamente; dejando por último un 11.1o/o que correspondió a los casos que indicaron tener un tiempo de evolución de más de un año.

EXAMENES DE LABORATORIO

Al 100o/o de las pacientes previo a ser intervenidas quirúrgicamente, se les efectuaron los siguientes exámenes de laboratorio:

HEMATOLOGIA
HECES
ORINA
QUIMICA SANGUINEA
GLICEMIA
V.D.R.L.

ELECTROCARDIOGRAMA
RADIOGRAFIA DE TORAX
PIELOGRAMA
CISTOSCOPIA
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA
GRUPO Y Rh.

Todos estos exámenes se realizaron a todas las pacientes estudiadas en forma rutinaria y no se encontró en ninguno de ellos alguna patología. Principalmente la cistoscopia, la proctosigmoidoscopia y el pielograma estuvieron normales en todas las pacientes estudiadas.

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

Papanicolau	15 casos	83.3o/o
Biopsia de Cérvix	10 casos	5.5o/o
Conización	8 casos	4.4o/o

El examen de frotis vaginal de Papanicolau se emplea cada vez más; requisito previo para esto es la falta de cambios citolíticos debidos a una colonización excesiva por bacterias de Döderlein, o a fenómenos inflamatorios de la vagina. Mediante el empleo local de antibióticos o de sulfamidas unos días antes de recoger el frotis, puede eliminar estos dos factores perturbadores, si la citología exfoliativa descubre una lesión sospechosa se procederá a realizar una biopsia para la cual se utilizará las pianzas sacabocados del tipo de Gaylord, o conización.

En el cuadro anterior se observan los porcentajes de las pacientes con diagnóstico histológico previo. Cabe mencionar que la mayoría de las pacientes tuvieron dos clases de método para su diagnóstico: el Papanicolau y la biopsia de cérvix siendo ambos exámenes positivos para carcinoma cervical principalmente de celulas escamosas tipo invasivo. Algunas pacientes únicamente

tuvieron biopsia pero el 100o/o de los casos se les efectuó diagnóstico histológico previo. La elección de biopsia o conización depende de la visualización de lesión sospechosa o de el criterio de el ginecólogo.

CUADRO No. 10

TRATAMIENTO

Histerectomía Radical (Wertheim)	15 casos	83.4o/o
Histerectomía Radical con radiación previa	3 casos	16.6o/o

La histerectomía radical tipo Wertheim con disección de los ganglios linfáticos pélvicos es la cirugía acostumbrada. Procedimiento que se utiliza para el cancer invasivo limitado al cérvix en estadios I y IIa tradicionalmente.

Esta operación requiere cuidados pre-operatorios, evaluación y preparación de la paciente, incluyendo preparación intestinal y una determinación del volumen sanguíneo.

Esta operación es técnicamente dificultosa y puede ser ejecutada solamente por aquellos con experiencia en cirugía radical pélvica.

La operación de Wertheim compromete una disección en bloque con cuidados de remoción de todos los ganglios linfáticos de la pelvis, conjuntamente con la remoción amplia del útero, trompas, ovarios, de los ligamentos de sostén y la vagina superior.

Obviamente esto compromete una disección extensa de los uréteres y la vejiga. Los cinco años de detención del cancer cervical por esta operación es tan buena como con irradiación en casos seleccionados.

Obesidad y edad avanzada son serios problemas que comprometen complicaciones en cirugía o convalecencias largas reduciendo el número de candidatas para cirugía electiva del cancer. Todas las pacientes y cirujanos consideraron los peligros de la operación, excediendo estos a los de la irradiación; siendo la complicación más frecuente la formación de fistulas en el tracto urinario.

La operación de Wertheim con linfadenectomía pélvica, es a menudo empleada como tratamiento definitivo para el cancer del cérvix si:

1. La paciente está embarazada
2. Utero grande con tumores anaxiales presentes
3. La paciente presenta una salpingitis crónica
4. Las pequeñas o grandes adherencias intestinales a el útero
5. La paciente es menor de 35 años y demanda la preservación de los ovarios
6. La paciente rehusa o abandona la irradiación pero es un buen riesgo quirúrgico.

En una pequeña proporción de pacientes con cancer del cérvix tratadas inicialmente con radio y rayos X en quienes ocurre o persiste el cancer, tendría que ser notado primariamente dentro del cérvix o bien dentro del canal vaginal.

Una Histerectomía Wertheim y linfadenectomía pélvica puede estar indicada para pacientes con buen riesgo en este grupo por los serios problemas de repetir la irradiación.

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

La irradiación es generalmente considerada como el mejor tratamiento para el carcinoma invasivo del cérvix.

Las metas de la radioterapia son:

a) Destrucción no solamente de las células del tumor sino también las que están en el tejido parametrial y los ganglios linfáticos pélvicos.

b) Preservación de los tejidos que no están incluidos en la malignidad.

La cantidad de radiación requerida para la destrucción del cáncer varía de paciente a paciente. Una dosis cancericida para el carcinoma del cérvix es de cerca de 8,000 rads. administrada en un período de 4 a 5 semanas.

Es imposible la administración adecuada y homogénea de la irradiación cancericida fuera del conducto de la pelvis sin dañar las estructuras tales como: el intestino, la vejiga, los uréteres y los vasos sanguíneos. Sin embargo el cérvix puede ser tratado intensivamente porque este tiene una alta tolerancia a la irradiación. Las estructuras laterales inmediatas y posteriores al cérvix y la vagina, pueden tolerar 24,000 rads. pero la vejiga y el ureter pueden ser dañados con dosis máximas de 10,000 rads., y el intestino puede ser dañado con dosis máximas de 7,000 a 9,000 rads. Sin embargo esa es la dosis requerida para las células radiosensibles cancerosas y para los tejidos afectados que han sido vulnerables.

El experimentado manejo del cáncer cervical depende más de un entendimiento de los aceptados principios de terapia, que sobre detalles familiares con aplicadores de radio y algunas clases de equipos y otras técnicas empleadas.

La radioterapia interna es usada para la destrucción del cáncer en el cérvix y la radioterapia externa es usada para la destrucción del cáncer que puede tener progresión más allá del grado primario. Ambos métodos son empleados concurrentemente dentro de un período de cerca de 5 a 6 semanas aunque algunos médicos prefieren comenzar con uno y otros con el otro método.

Los médicos quienes prefieren comenzar la terapia con rayos X, hacen esto porque ellos piensan que la extensión del cáncer más allá del cérvix es generalmente el que mata a la paciente; así que contienen y destruyen el cáncer dentro de los linfáticos.

La terapia con rayos X a menudo hace:

1. Erradicar la infección cervical
2. Controla la hemorragia
3. Reduce el tamaño del tumor.

Una ventaja adicional de la radiación externa es que es menos angustiosa para la paciente que la cirugía que se hace para una fuente de radio.

Los médicos quienes prefieren iniciar el tratamiento con radio lo hacen con la convicción de que el cáncer debería ser tratado dentro del cérvix en forma temprana como posible prevención de metástasis. Las evidencias estadísticas que indican superioridad de un método sobre el otro son equívocas.

Cuando hay contracturas vaginales y un muñón cervical en pacientes en condiciones poco favorables para una terapia con radio, entonces la radiación externa puede ser usada únicamente.

El radio desde el inicio es a menudo usado cuando el cáncer es pequeño o cuando problemas médicos o quirúrgicos contraindican el uso prolongado de rayos X.

CUADRO No. 11

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Infección Urinaria	4 casos	22.2o/o
Fístula uretero-vaginal	1 caso	5.5o/o
Fístula vesico-vaginal	1 caso	5.5o/o
Atonía vesical	1 caso	5.5o/o
Infección de la herida	1 caso	5.5o/o
Ninguna complicación	10 casos	55.5o/o

En el cuadro anterior se pueden analizar las principales complicaciones post-operatorias en el Hospital General. Se observa que un 55.5o/o de las pacientes no presentaron ninguna complicación, asimismo en las papeletas de las pacientes estudiadas no se encontró ninguna defunción post-operatoria inmediata.

La principal complicación en el hospital fue de infección urinaria secundaria principalmente al uso prolongado de sonda vesical. Le siguen con igual frecuencia o sea de 5.5o/o las fístulas tanto uretero-vaginal como vesico-vaginal, asimismo atonía vesical e infección de la herida operatoria.

Como se pudo observa efectuando revisión bibliográfica, la mortalidad de la operación Wertheim ha sido reducida a menos del 1o/o. Asimismo en otros países la complicación más común es la formación de fístulas, siendo la ureterovaginal la más frecuentemente encontrada seguida de la vesico-vaginal y la recto-vaginal. Asimismo, las modificaciones en la técnica preservan el suministro de sangre al ureter distal y vejiga y el uso prolongado del cateter de la vejiga urinaria de 6 a 8 semanas tienen reducida la frecuencia de fístulas del tracto urinario del 10o/o a menos del 3o/o.

La obstrucción intestinal, estrictura ureteral, pielonefritis, hemorragia, tromboembolismo, sepsis, fístulas entéricas y otras complicaciones pueden existir también.

Vale la pena mencionar las complicaciones de la radioterapia las cuales se pueden dividir en: inmediatas y tardías.

A. Complicaciones inmediatas (de 2 a 3 semanas)

1. Menopausia radiactiva
2. Enterocolitis radiactiva
3. Cistitis radiactiva
4. Infección pélvica

B. Complicaciones tardías (de 1 mes a 5 años)

1. Estrictura cervical con piometria
2. Estenosis vaginal y dispareunia
3. Necrosis del cérvix post-radiación.
4. Ulceración rectal
5. Fístula recto-vaginal
6. Ulceración de la vejiga
7. Estricta vaginal
8. Fístula entérica.

CUADRO No. 12

ANATOMIA PATOLOGICA

Ganglios normales	12 casos	66.8o/o
Metástasis a ganglios	3 casos	16.6o/o
No se quitaron ganglios	3 casos	16.6o/o

Analizando el cuadro anterior nos damos cuenta que el 66.8o/o de las pacientes presentaban ganglios normales al examen de anatomía patológica; un 16.6o/o o sean únicamente tres casos presentaron metástasis a los ganglios y en otros 3 casos no se encontró reportado en el informe de patología que se hubieran quitado ganglios durante el acto quirúrgico.

De todos modos parece no haber ninguna relación entre sobrevida y el número de ganglios tomados y si estos son bilaterales, ya que en un estudio se observó que hubo pacientes

con solo un ganglio tomado y murieron dentro de los primeros cinco años de tratamiento; mientras que pacientes que tuvieron positivos 8 ganglios de un lado y 3 del otro lado, estuvieron vivas por 10 años.

Hay una diferencia más o menos significativa en la sobrevida de estas pacientes con carcinoma de células escamosas del cérvix, cuando se analiza el diagnóstico en su grado de diferenciación. Así, en un estudio efectuado con 107 pacientes, 103 fueron reportadas con carcinoma bien diferenciado de células escamosas del cérvix y la sobrevida para 5 años fue del 96.3o/o. Luego, de 64 pacientes, 56 fueron reportadas con carcinoma pobremente o mal diferenciado de células escamosas del cérvix y la sobrevida para cinco años fue del 87.5o/o.

Estudios recientes señalan que de los estadios clínicos I el 20o/o pueden tener tomados ganglios paraaorticos, por lo que sugieren que toda paciente con carcinoma de el cuello debe tener pre-operatorio radioterapia, no importando el estadio habiendo mejorado el pronóstico por la frecuencia de errores en su clasificación.

SOBREVIDA POST-OPERATORIA

5 años después de la operación.	2 ptes.	Ultimo papanicolau normal
4 años después de la operación	1 pte.	Ultimo papanicolau con cambios inflamatorios
3 años después de la operación	5 ptes.	4 pacientes con papanicolau negativo y 1 paciente referida al INCAN por Ca recidivante.
2 años después de la operación	3 ptes.	2 pacientes con papanicolau normal y 1 paciente referida al INCAN por Ca recidivante.
1 años después de la operación	1 pte.	Referida al INCAN por Ca recidivante
6 meses después de la operación	1 pte.	Papanicolau normal

En el cuadro anterior podemos observar que las pacientes que tuvieron su último control 5 años después de la operación fueron únicamente 2 constuyendo un 11.1o/o; las pacientes que tuvieron su último control 4 años después de la operación constituyeron el 5.5o/o que corresponde solamente a una paciente; el porcentaje más alto lo constituyeron las pacientes cuyo control último fue de tres años después de la operación haciendo un porcentaje de 27.7o/o que corresponde a 5 pacientes; le sigue a la cifra anterior pacientes con control último 2 años después de operadas obteniendo un porcentaje de 16.6o/o para 3 pacientes. Por último con igual porcentaje de 5.5o/o para pacientes cuyo control último fue efectuado 1 año y 6 meses

respectivamente después de ser operadas.

En cinco pacientes o sea un 27.7o/o no se encontraron anotados ninguna clase de control por lo que no se sabe si fueron las pacientes las que no asistieron a sus citas o bien no fueron anotadas en su récord por los médicos tratantes.

Asimismo se puede observar que un 72.6o/o de las pacientes operadas en su último control obtuvieron un papanicolau negativo; un 16.6o/o presentaron carcinoma recidivante y fueron referidas al INCAN para tratamiento con radioterapia.

PRONOSTICO DEL CARCINOMA DE CERVIX

Los factores que deben ser considerados para la apreciación del pronóstico del cancer cervical son: a) edad de la paciente; b) condición física general; c) estatus socio-económico; d) características del cancer; e) características citológicas del cancer; f) características histológicas del cancer; g) la habilidad del terapeuta y h) el estadio clínico.

La edad de la paciente es importante porque los tumores anaplásicos más agresivos, son más frecuentemente encontrados en mujeres jóvenes con cancer cervical. Las mujeres más grandes en edad son las más afectadas con tumores de células indiferenciadas cultivando lentamente la malignidad.

La condición física de la paciente tiene mucha influencia en su sobrevida, ya que la muerte intercurrente es más frecuente en pacientes quienes tienen serios problemas crónicos como: diabetes, enfermedades del corazón y enfermedades de los riñones.

Incidentalmente, también la infección pélvica tiene un pronóstico malo.

Las pacientes de condición socio-económica baja tienen más avanzada la enfermedad cuando se hace el diagnóstico y responden poco a la terapia.

Los tumores exofíticos y papilares, estos últimos con una apariencia de coliflor son usualmente vistos en un estadio clínico temprano que los endofíticos ulcerativos o lesiones nodulares, y dentro de los cancers son los que más a menudo responden a la radioterapia.

El carcinoma de células pequeñas trae un mejor pronóstico que el carcinoma de células grandes variedad queratinizadas. Los

tumores que demuestran una rápida reducción en el número de células vistas y de células mitóticas con incremento en la diferenciación y degeneración de células en biopsias seriadas durante la terapia con radiación tienen un mejor pronóstico.

La experiencia y habilidad del terapeuta son de una importancia obia. La experiencia, dedicación y bastante interés conjuntamente con el tratamiento del cancer cervical son factores definitivos en el resultado cuando el tratamiento ha sido tanto con cirugía radical como con radioterapia.

El involucrimiento de los ganglios linfáticos pélvicos tienen una profunda influencia en el pronóstico.

En canceres pequeños de más o menos 1 centímetro de diámetro, raramente están tomados los ganglios regionales.

En los tumores más extensos la incidencia de que los ganglios linfáticos tengan metástasis son: en el estadio I el 15o/o, en el estadio II el 30o/o y en el estadio III el 60o/o.

La cura para las lesiones en estadio I cuando los ganglios estan tomados por el tumor es cerca del 40o/o. Cuando el cancer del cérvix responde poco al tratamiento la muerte ocurre en el 95o/o de los casos dentro de los 2 años después de haberse iniciado los síntomas.

Signos y síntomas de enfermedad recurrente son:

1. Examen citológico positivo 2 meses o más después de la terapia.
2. Un tumor palpable en la pelvis o en el abdomen
3. Ulceración en el cérvix o vagina

4. Dolor en la pelvis posterior, la ingle o en las extremidades inferiores.
5. Hemorragia vaginal o vesical
6. Linfadenopatía supraclavicular
7. Ascitis

La insuficiencia renal con uremia es la principal causa de muerte y casi siempre es el resultado de una obstrucción ureteral bilateral por el tumor.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio, la mayoría de pacientes con carcinoma de cérvix fueron de raza ladina.
2. Las pacientes con 3 a 5 niños fueron las más afectadas con cancer cervical.
3. La técnica de Wertheim fue usada más en pacientes con edades comprendidas entre 41 y 50 años.
4. La mayoría de pacientes consultaron con un médico después de tener de 1 a 3 meses de iniciados los síntomas.
5. El síntoma más frecuente de carcinoma cervical fue la hemorragia vaginal.
6. El 100o/o de las pacientes fueron estudiadas correctamente antes de efectuar la operación.
7. El 100o/o de las pacientes tuvieron un diagnóstico histológico previo.
8. Las evidencias estadísticas que indican una superioridad de la radioterapia sobre la cirugía radical en cuanto a sobrevida, son equivocadas.
9. La complicación más frecuente post-operatoria fue la infección urinaria.
10. La fístula uretero-vaginal y vesico-vaginal tuvieron igual frecuencia de 5.5o/o.

11. En el 66.8o/o de las pacientes no hubo metástasis a los ganglios linfáticos pélvicos.
12. No hay ninguna relación entre sobrevida y número de ganglios tomados.
13. No se registró ninguna defunción post-operatoria inmediata.
14. En las pacientes controladas, el último papanicolau fue negativo en el 72.6o/o y positivo en el 16.6o/o.
15. El 27.7o/o de las pacientes no fueron controladas.

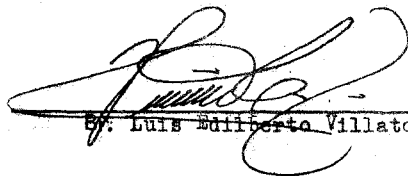
RECOMENDACIONES

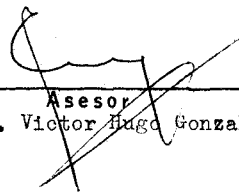
1. Que se efectúe un mejor control y seguimiento de las pacientes por medio del servicio social.
2. Que se anote en la ficha clínica de la paciente, el estadio clínico del carcinoma de cérvix que presenta.
3. Que se realice una mejor concientización de la paciente para que regrese a sus controles post-operatorios.

BIBLIOGRAFIA

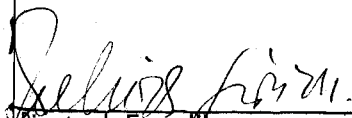
1. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Radical pelvic surgery versus radiation therapy for Stage I carcinoma of the cervix (exclusive of microinvasion). Mayo 1 1976 volumen 125 número 1.
2. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Pelvic cancer priorities. Mayo 25 1976, volumen 125 número 1.
3. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Microinvasive carcinoma of the cervix. December 1 1976 volumen 126 number 7.
4. Castañeda Cabrera Manuel Rafael. Tesis: Morbilidad Operatoria en Cirugía Ginecológica. 1974.
5. Edmund R. Novak. Tratado de Ginecología. Nueva Editorial Interamericana, S.A. 1974.
6. Ginecología y Obstetricia de México. Parto y Carcinoma intraepitelial cervico-uterino. Volumen 38, año XXX, número 229 Noviembre de 1975.
7. Ginecología y Obstetricia de México. Incidencia y manejo de lesiones y fístulas urogenitales en cirugía radical para cancer de cérvix. Volumen 35 año XXIX Número 210 1974.
8. Juan Joaquín Díaz Reyna. Tesis: Carcinoma de Cérvix. 1976.
9. John L. Madden. Atlas de técnicas en cirugía. Nueva Editorial Interamericana S.A. Segunda Edición.

10. Obstetrics and Gynecology. Diagnosis and Treatment of microinvasive carcinoma of the cervix uteri. Volumen 49 No. 6 June 1977.
11. Obstetrics and Gynecology. The Operative Evaluation of pacientes with cervical carcinoma by an Extraperitoneal Approach. Volumen 50 Number 6 December 1977.
12. Ralph C. Benson. Obstetric and Gynecology diagnosis treatment. Lunge Medical Publications. Los Altos California 94002. 1976.
13. Tello Sánchez Guillermo Rafael. Tesis: Histerectomía Radical en tratamiento del carcinoma de cérvix. 1970.


Dr. Luis Edilberto Villatoro Chávez

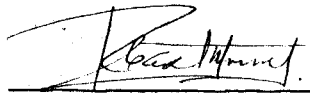

Asesor
Dr. Victor Hugo Gonzalez A.


Revisor
Dr. Raúl Najarro


Director de Fase III
Dr. Julio de León M.


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo H.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo