

**OPERACION DE SCHAUTA-AMREICH
(HISTERECTOMIA RADICAL VAGINAL)**

Revisión de 31 casos efectuados en el
Departamento de Ginecología
del
Hospital Roosevelt
De agosto de 1,966 a diciembre de 1,980

ERNESTO CABRERA ESCALON

GUATEMALA, ABRIL DE 1981

CONTENIDO

- I. Introducción
- II. Objetivos
- III. Revisión Bibliográfica
- IV. Historia
- V. Material y Métodos
- VI. Indicaciones y Contra-
 indicaciones operatorias
- VII. Parámetros
- VIII. Resumen de la Operación
- IX. Presentación de Resultados
- X. Discusión
- XI. Conclusiones
- XII. Recomendaciones
- XIII. Resumen General
- XIV. Bibliografía

INTRODUCCION

El estudio de problemas Gineco-Obstétricos lleva aparejado el estudio de condiciones que tienden a favorecer una variedad de técnicas operatorias, cada una de ellas con la finalidad de lograr una terapéutica quirúrgica eficaz capaz de resolver o de atenuar enfermedades que de otra manera no podrían solucionarse.

Es así, que en los últimos tiempos observamos que el Carcinoma del cuello uterino ha tomado proporciones alarmantes llegando a efectuarse por consiguiendo métodos diagnósticos y técnicas operatorias avanzadas.

En el enfoque quirúrgico de este tipo de lesión amerita mención especial la Histerectomía Vaginal Radical, conocida con el nombre de Operación de Schauta Amreich.

Operación poco ejecutada en nuestro medio debido a innumerables causas entre las que podríamos contar: perfeccionamiento de fuentes de radiación, otras técnicas quirúrgicas, no efectuar linfadenectomía pélvica y lo más importante, el desconocimiento de la técnica utilizada a la par que se necesitan muchos años de experiencia en el campo de la cirugía ginecológica para realizarla.

Con el objeto de establecer las causas por las cuales es poco utilizada se procedió a efectuar un análisis retrospectivo de los casos efectuados en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt en el período comprendido de agosto de 1966 a diciembre de 1980

Hasta la fecha se han realizado 31 operaciones
cuales han sido efectuadas por el Jefe del Departamento
Dr. Francisco Bauer Paiz.

Vale mencionar que las mismas se han realizado
únicamente en este Hospital.

OBJETIVOS

1. Conocer la técnica operatoria.
2. Evaluar la efectividad de la operación de Schauta.
3. Conocer el índice de sobrevida y curación total observado con esta técnica.
4. Analizar las causas por las cuales dicha operación es poco utilizada en nuestro medio.
5. Establecer cuáles son las complicaciones inmediatas y tardías de dicha operación.
6. Conocer las indicaciones para efectuar ese procedimiento.
7. Conocer el grupo etario de pacientes que presentan lesiones cancerosas del cuello uterino y por ende pacientes ideales para efectuarles la operación.
8. Conocer la experiencia en nuestro medio con respecto a otras latitudes.
9. Conocer los diferentes métodos diagnósticos para establecer grados de Ca. del cuello uterino.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Es en Austria con el Dr. E. Navratil en donde se encuentran las mayores series, teniendo 1028 casos en los que la operación es todo un éxito con índices de supervivencia mayores y casos curados en 83% de pacientes con Ca de Cervix G I y en G II 57.2%, observando que la supervivencia preliminar por 5 años es de 59.6%. (3)

Considera que el límite de edad para efectuarla es 65 años y que puede utilizarse también en enfermas en el estado que no puedan soportar una laparotomía.

La operación vaginal está por tanto indicada principalmente en todos aquellos casos en que puede suponer una invasión ganglionar pequeña. Observando que la expectativa de ganglios invadidos en los casos de Fase I es de 11.24% (383 casos citados por Werner y Sederl, Schlink, Pratt Zeits, Gruenberger y Navratil).

Esta cifra relativamente pequeña justifica la aplicación de la operación combinada en una sola sesión. Es proceder presenta no solo ventajas desde el punto de vista técnico quirúrgico, sino que disminuye también la posibilidad de otra operación. Si la linfadenectomía intraperitoneal se lleva a cabo después de la operación vaginal, las zonas ganglionares es más probable que estén afectadas debido a la operación vaginal precedente.

En la India los trabajos efectuados por el Dr. Bodh Mitra demuestran una mortalidad primaria de 3% (contra 18.6 de Histerectomía Abdominal) y curación relativa por 5 años de 39.7%. Los casos de mortalidad se refieren a causas tales como shock, embolia -

pulmonar, BNM y septicemia estafilococica. El Dr. Mitra trabaja en un tiempo practicando histerectomía radical vaginal y linfadenectomía extraperitoneal.

Para el Dr. M. A. Van Bouwdijk Bastiaanse de la Clínica Ginecológica de la Universidad de Amsterdam la operación practicada no tiene mortalidad indicando que pacientes obesas, con hipertensión grave, enfermedad renal o cardíaca pueden ser operadas con esta técnica aduciendo además que no existe límite de edad para practicarla habiendo operado a una paciente de 82 años.

En esa clínica a toda paciente al ser operada por carcinoma del cuello se les administra penicilina y estreptomycinina desde el día antes de la operación hasta unos 10 días después.

Los resultados de la recuperación en 5 años son:

En Fase I	60%
En Fase II	74%

En 10 años:

En Fase I	28%
En Fase II	18%

Dicho Cirujano practica una histerectomía vaginal después de una tanda preliminar de radioterapia (6).

Con respecto a la linfadenectomía algunos autores como W. Ingiulla efectúa linfadenectomía pélvica secundaria que practica unas 4 semanas después de la operación.

G. Doderlein extirpa trasperitonealmente sólo los ganglios que encuentran engrosados por palpación, una vez terminada la operación vaginal.

Stockel con un número total de 1200 casos encuentra un porcentaje de operabilidad de 76.6% con una mortalidad primaria de 4.9% y curación relativa por 5 años de 50% (5).

Otros trabajos efectuados en América han sido realizados por Brunswick y MaCall en los Estados Unidos, Quimet y Rostein en Brazil, Alvarez Bravo y Urrutia Ruiz en México y en San Salvador Narciso Díaz Bazán, todos ellos aducen buenos resultados, desconociéndose los porcentajes de curación recidivas e índices de sobrevida encontrados (2).

En nuestro medio la única publicación con que se cuenta es la del Dr. Medina (1), quien haciendo un análisis retrospectivo de los casos efectuados concluye que:

- Dicha operación es muy efectiva, sabiendo escoger los casos especiales para la misma.
- Se necesita experiencia para poderla practicar.
- Su índice de mortalidad es nulo y su morbilidad baja.
- En ninguno de los casos analizados hubo recidiva de la enfermedad.

HISTORIA

La primera operación de Schauta efectuada en Guatemala se realizó en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, el 6 de agosto de 1966.

Correspondió a una paciente de 51 años múltipara con gestas 7, partos 6 y 1 aborto.

Consultaba por hemorragia roja y rutilante más flujo vaginal de 4 meses de evolución, cuadro acompañado de dolor en hipogastrio y región dorso lumbar además de anorexia del mismo tiempo de evolución. Como antecedentes importantes: menarquía a los 12 años, ritmo de 30 x 6 días, dolor al menstruar y como dato más importante su fecha de última regla había ocurrido 16 años antes.

Al efectuársele examen físico ginecológico se encontró: Vagina atrófica, rasgadura perineal G-II, prolapso recto y cistocele G-II y erosión en labio posterior de cuello.

Se le efectuó operación de Schauta teniendo postoperatorio satisfactorio.

Estuvo en control durante 2¹/₂ años encontrándose cúpula vaginal bien cicatrizada y asintomática con controles de Pap negativo, no sabiéndose más de su evolución posterior.

El examen Citológico demostró Ca de células escamosas infiltrante y ulcerado del Cérvix LN I.

La Biopsia Carcinoma de células escamosas,
co diferenciado infiltrante ulcerado.

Por anatomía patológica: Carcinoma de Célula
Escamosas G-II.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

Operación de Schauta (4)

Preparación preliminar:

Paciente en posición de litotomía, después de ser sondada se aplican toallas estériles para aislar la zona operatoria.

Se fijan labios menores a campo operatorio para poder separarlos y tener mejor exposición del campo operatorio.

Se procede a efectuar ejercicio sobre el útero para relajación de los ligamentos uterinos.

1. INCISION DE SCHUCHARDT

Consiste en agrandar el orificio vaginal y al propio tiempo exponer el músculo elevador del ano en el lado izquierdo juntamente con el tejido celular pélvico que se halla en su cara superior.

La incisión se practica en el lado izquierdo a las cuatro aproximadamente, según la esfera del reloj, y comprende la piel y los tejidos sub-cutáneos, mientras que más profundamente se seccionan los músculos perineales transversos junto con el ligamento triangular.

La porción vaginal de la incisión pasa a través de la pared vaginal unos dos cm. hacia arriba hasta quedar

expuesto el músculo elevador del ano con su fascia y su revestimiento debiendo llegar al fondo de saco lateral.

La lesión del recto es el único peligro y se evita retrayéndolo hacia atrás lejos de la incisión.

2. CIRCUNCISION DE LA VAGINA

Con hoja de bisturí se corta la mucosa vaginal en su posición más alta (a dos cm. del borde del cuello) cubre el cuello luego con pinzas de allys se tracciona el borde de vagina cortada hacia afuera y se invierten las hojas anterior y posterior en forma tal de que se cubra el cuello que es donde se encuentra la lesión cancerosa colocando una gasa pequeña sobre el orificio externo formando un mango vaginal con puntos largos.

(Esta maniobra con el objeto de evitar descamación de células cancerosas en las posteriores manipulaciones que se practicarán durante la operación).

Si la circuncisión se practica más arriba, se extirpará menos vagina y tejido celular. Si se practica a nivel más bajo se podrán encontrar dificultades en el despegamiento del recto y la uretra. Esta incisión se practica a través de la pared de la fascia vaginal. Por detrás hay que tener cuidado de no lesionar el recto a la línea media. Si la circuncisión se practica a nivel correcto, se abre inmediatamente el espacio recto vaginal y el recto puede ser despegado de la vagina muy fácilmente con el dedo.

Y por delante, si la circuncisión se halla por debajo del cuello vesical, como debe ser, la vagina y su f

tienen que ser separadas del ligamento post-uretral con un bisturí hasta alcanzar el espacio vesico vaginal. De este modo es posible un grado de movilización moderado del manguito vaginal.

Terminada la operación anterior el Cirujano cambia de guantes por otros nuevos, además se cambian instrumentos, esto con el objeto de evitar contaminación de células cancerosas en el campo operatorio.

3. SEPARACION DEL RECTO

Se introducen valvas en el espacio rectovaginal y el recto es rechazado hacia atrás por un ayudante, mientras que otro tira hacia arriba el manguito vaginal cerrado utilizando los hilos de seda como tractores, seguidamente se seccionan las prolongaciones inferiores de los ligamentos uterosacros. Los tejidos se pinzarán cerca de los lados del recto y se seccionarán en los lados vaginales de las pinzas. Después se ligarán los tejidos apresados por éstas. No se seccionan los ligamentos útero-sacros ya que se hallan a un nivel más alto. Se separa con el dedo el tejido celular de la pelvis a cada lado de la cara superior de los músculos elevadores del ano.

4. SEPARACION DE LA VEJIGA

Mientras un ayudante tira del manguito vaginal hacia atrás, el cirujano secciona con tijera de disección el tejido laxo contenido en el espacio.

A cada lado del espacio vesicovaginal se encuentran las prolongaciones inferiores de los pilares vesicales.

Este tejido pasa desde la fascia vesical hácia abajo y está adherido a la fascia vaginal, por detrás se dirige hacia la cara medial del ligamento de Mackenrodt.

En la línea media, con un pilar vesical a cada lado, se halla el ligamento vesicocervical que limita el espacio vesicovaginal por arriba.

Se secciona el ligamento vesicocervical. Se coloca un retractor por debajo de la vejiga y un ayudante tira de la misma hacia arriba para estirar el ligamento vesicocervical, el cual se corta con tijeras procurando no lesionar la vejiga.

5. IDENTIFICACION DEL URETER

Uréter Derecho: Por medio de un retractor, un ayudante atrae la vejiga hacia arriba y rechaza el lado derecho de la vagina lejos del campo operatorio con otro separador; el otro ayudante, situado en el lado izquierdo, tira del haz de seda de tracción que cierra la vagina hacia abajo y atrás; se identifica el pilar vesical, el cual debe ser seccionado con tijeras lo más cerca posible de la vejiga. Es importante la dirección según la cual se secciona el pilar vesical. Dirigiéndose desde la línea media, en sentido lateral, la incisión debe efectuarse en dirección horizontal y algo hacia arriba. No se debe cortar demasiado superficialmente.

El uréter, junto con el conducto uretral, se halla relativamente alto, y un ayudante tira hacia arriba del uréter y de la vejiga.

Una vez seccionado el pilar vesical, aparece tejido adiposo que rodea al uréter al pasar por el conducto uretral. Se aprecia el conducto uretral y su pared lateral debe seccionarse. Cuanto más se atrae hacia abajo el manguito vaginal, tanto más fácil resulta la disección del uréter. En esta fase es necesario introducir un pequeño retractor curvo y rechazar el uréter en dirección lateral; de este modo quedan expuestos los vasos uterinos. En este momento se recomienda que el uréter sea rechazado a un lado, lo más posible, y que los vasos uterinos sean seccionados en el lado interno de la ligadura practicada con una aguja de aneurisma, cuanto más lateralmente se seccionen los vasos uterinos, tanto más parametrio se extirpará.

Se procede en igual forma del lado izquierdo.

6. APERTURA DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS

Se identifica el peritoneo del fondo de saco de Douglas. Se secciona el peritoneo y se amplía la brecha a partir de la línea media con tijeras curvas a cada lado, hasta los ligamentos uterosacros.

El borde inferior seccionado del peritoneo es atraído después hacia atrás.

Se rechaza el manguito vaginal hacia arriba y, así mismo, introduciendo una valva en el fondo de Douglas, se atrae hacia arriba la superficie posterior de la vagina y el útero. A ambos lados se hallan los ligamentos uterosacros, juntamente con sus prolongaciones inferiores. En este momento se seccionan.

7. SECCION DE LOS LIGAMENTOS DE MACKEN-RODT

Se seccionan a cada lado. Hay que asegurarse que vejiga y uréter estén lo más alejados posible. Se pasa un dedo por detrás del ligamento de Mackenrodt y se atrae enérgicamente el manguito vaginal hacia abajo y al lado opuesto para poner tirante el ligamento. Se secciona éste con tijeras lo más hacia afuera posible.

8. APERTURA DEL FONDO DE SACO UTEROVESICAL

Se aplican unas pinzas uterinas al fondo del útero, que se atrae hacia abajo y hacia el lado opuesto. Se introduce un dedo en la cavidad peritoneal, y se movilizan el ovario y la trompa, separando las adherencias con el dedo. El ovario se prende con unas pinzas apropiadas y se atrae hacia abajo, exponiendo el ligamento infundibulopélvico.

En este momento se seccionan los vasos ováricos. Hay que prevenir la retracción del pedículo hacia arriba y siempre es prudente practicar una segunda ligadura inmediatamente por encima de la primera, pues es aquí donde es posible que se retraiga un vaso y cause hematoma. El resto del ligamento ancho, juntamente con el redondo, se pinza y secciona a distancia de las pinzas.

Los tejidos apresados por las pinzas se ligan y éstas son retiradas. Un procedimiento similar se practica en el lado opuesto y se extirpan a continuación el útero, la vagina, los ovarios y las trompas.

Se sutura peritoneo vesical al que reviste el recto, y las suturas se colocan de tal modo que los pedículos de los pliegues infundibulo-pélvicos, los ligamentos redondos y todos los pedículos del parametrio queden extraperitoneales.

9. CIERRE DE LA INCISION DE SCHUCHARDT

Se coloca un taponamiento de gasas en la parte superior de la herida y se cierra la incisión de Schuchardt.

- Se concluye el extremo superior de la incisión vaginal con suturas entrecortadas.
- Se suturan los bordes seccionados del elevador entre sí si éste músculo ha sido seccionado.
- Se suturan por capas los tejidos que se hallan por arriba y por detrás del músculo elevador.
- Se retira el taponamiento.
- Los puntos entrecortados unen los bordes de la herida vaginal, después de lo cual se une la piel del peritoneo con suturas entrecortadas.

RESUMEN DE LA OPERACION

La parte crucial de la operación es la disección por vía vaginal de los uréteres en su trayecto parametrial. Sin experiencia y entrenamiento y sin conocimiento de la anatomía, la disección es peligrosa.

En la práctica la principal dificultad reside en una movilización efectiva, y, si no existe relajación o prolapso, aquella puede ser imposible hasta que no haya sido seccionado el ligamento de Mackenrodt.

Después, la infiltración de la vejiga por el tumor o la induración de los tejidos situados entre la vejiga y el cuello por reacción inflamatoria pueden hacer extremadamente difícil el procedimiento. En los casos apropiados la operación puede practicarse sin choque ni hemorragia.

Por consiguiente, las enfermas obesas con prolapso y un orificio vaginal relajado son especialmente apropiadas para este tipo de cirugía.

INDICACIONES

1. Ca del Cervix LN-I o microinvasivo
Sin metástasis a ganglios linfáticos
2. Pacientes obesas
3. Mujeres de edad avanzada
4. Mujeres débiles que tienen un cierto grado de prolapso.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LA HISTERECTOMIA RADICAL VAGINAL

1. Masas anexiales fijas y altas dentro de la pelvis

2. Endometritis pélvica
3. Proceso inflamatorio anexial
4. Ligamentos fijos
5. Operaciones previas. Es relativa la contraindicación pero en casos de pexias uterinas la disección se dificulta enormemente y es ciega además.
6. Es conveniente recordar que siendo la obesidad una de las indicaciones para utilizar la vía vaginal puede también por sí sola ser motivo de dificultad para un buen diagnóstico, al dificultar el examen clínico impidiendo precisar con exactitud el tamaño y fijeza de la matriz, presencia de enfermedad en los anexos, y de tal manera que las pacientes obesas son problema tanto para la cirugía vaginal como para la abdominal.
7. Tumores benignos grandes de la matriz.
8. Tumores ováricos. (2)

A toda paciente se le debe efectuar pielograma I.V.

Otros parámetro a utilizarse al tener sospecha de Ca del Cérvix incluyen:

1. Frotos citológicos que demuestren invasión o microinvasión con cuello sano aparentemente a la visualización.
2. Frotos citológicos que demuestren invasión o microinvasión con erosiones cervicales bien circunscritas al cérvix.
3. Erosiones cervicales visibles circunscritas al cérvix que por frote citológico sean Ca In Situ microinvasivo (1).

Para la elaboración del presente trabajo de tesis se procedió a efectuar una revisión acerca de lo que es la Operación de Schauta, sus indicaciones, contraindicaciones, etc.

Se procedió a efectuar revisión de las operaciones efectuadas desde que se fundó el Departamento de Ginecología hasta diciembre de 1980, contándose con los recursos siguientes:

1. HUMANOS: Personal del Archivo del Hospital Roosevelt.
Dr. Asesor y Revisor
El Autor
2. RECURSOS NO HUMANOS:
 - 2.1. Fichas clínicas proporcionadas por el Hospital.
 - 2.2. Instrumento de recolección de información en el que se incluye:
Paridad, motivo de la consulta y sintomatología clínica.
Indicaciones
Complicaciones trans y post operatorias
Grados de Ca y su diagnóstico clínico
Tratamiento médico post operatorio
3. LITERATURA ACTUALIZADA

EDAD	PARIDAD	MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNOSTICO CLINICO-CIT.	INDICACION OPERATORIA	COMPLICACIONES TRANS. OPERAT.	INFORME Dx ANATOMIA PATOLOGICA	CONTROL POSTERIOR	TRATAMIENTO MEDICO	CONTRACEPTIVO	
1.-	37	8	Referida de Aprofam Pap positivo	2 Pap positivos conización lesión en cuello	Ca In Situ	no	no carcinoma residual o invasivo	por 8 años asintomát. Pap cúpula vaginal neg.	P. Procaína Estreptomi- cina	DIU
2.-	37	8	Referida de Aprofam Pap positivo	Pap positivo Biopsia no hay lesión	Ca In Situ (recto-cisto- cele)	no	cervicitis erosiva moderada displasia celular y metaplasia	por 6 años asintomát. Pap cúpula Vaginal neg.	P. Procaína Estreptomi- cina	oral
3.-	26	4	Referida de Aprofam	Pap positivo conización no hay lesión	Ca In Situ	herida traumá- tica de vejiga suturada	cervicitis crónica no invasión	por 5 años asintomat. Pap negat.	P. Procaína Estreptomi- cina	oral
4.-	71	3	Consulta Externa hemorragia vaginal	Pap positivo biopsia lesión evidente	Ca In Situ (recto-cisto- cele)	no	cervicitis erosiva crónica no invasión	sin control	P. Procaína Estreptomi- cina	ninguno
5.-	52	7	Consulta Externa prolapso genital	Pap positivo biopsia no hay lesión	Ca In Situ (recto-cisto- cele)	no	displasia moderada no invasión	por 1 año	P. Procaína	ninguno
6.-	32	6	Consulta Externa dolor en hipogastrio	Pap positivo no hay lesión	Carcinoma Epidermoide	no	carcinoma microinvasivo	por 4 años asintomát. Pap negat.	P. Procaína Estreptomi- cina	ninguno
7.-	33	4	Consulta Externa hemorragia vaginal dolor en hipogastrio	Pap positivo biopsia no hay lesión	Ca de Cuello microinvasor	no	displasia severa	sin control	P. Procaína Estreptomi- cina	DIU
8.-	42	9	Consulta Externa dolor en hipogastrio referido a región dorso lumbar	2 Pap positivos erosión cervical	Ca Escamoso Epidermoide invasivo (recto-cisto- cele)	no	Ca In Situ de cuello con extensión glandu- lar extensa e invasión superficial	por 2 años asintomat. Pap negat.	P. Procaína Estreptomi- cina	ninguno
9.-	45	11	Referida de Aprofam Pap positivo	2 Pap positivos no hay lesión	Ca In Situ (recto-cisto- cele)	no	Ca Epidermoide invasivo no metástasis	por 2 años Pap inflama- ción no es- pecífica	P. Procaína Estreptomi- cina	DIU
10.-	48	10	Consulta Externa Prolapso genital	Pap positivo biopsia no hay lesión	Ca Epidermoide invasivo (recto-cisto- cele)	no	Ca de células Bcramo- sas, bien diferen- ciado; no metástasis	sin control	Reverin	ninguno

EDAD	PARIDAD	MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNOSTICO CLINICO CIT.	INDICACION OPERATORIA	COMPLICACION OPERATORIA	DIAGNOSTICO ANATOMIA PATOLOGICA	CONTROL POSTERIOR	TRATAMIENTO MEDICO	CONTRACEPTIVO	
11.-	63	7	Consulta Externa Prolapso genital Metrorragia	Pap positivo más biopsia erosión del cuello	Ca Epidermoide moderadamente diferenciado (recto-cistocele)	no	Ca del cervix Epidermoide moderadamente dife- renciado no invasión	sin control	P. Procaína	ninguno
12.-	54	6	Consulta Externa prolapso genital hemorragia vaginal ocasional; flujo	Pap Positivo biopsia erosión del cuello	Ca Epidermoide invasivo (recto-cistocele)	herida traumá- tica de vejiga	Inflamación crónica del cervix; metapla- sia escamosa; ulcera- ciones focales	por 1 año Pap cúpula vaginal negativo	Ampicilina	ninguno
13.-	40	4	Consulta Externa dolor en hipogas- trio; metrorragia	Pap. positivo biopsia cuello limpio	Ca Epidermoide bien diferenciado	no	Ca Epidermoide microinvasivo no metástasis	continúa en control Pap cúpula vaginal neg.	ninguno	ninguno
14.-	40	7	Consulta Externa dolor en hipogas- trio	Pap Positivo biopsia erosión cervical	Ca epidermoide In Situ	Herida traumá- tica de vejiga	Ca Epidermoide-In Situ; cervicitis crónica glandular	por 1 año Pap cúpula negativo	P. Procaína Estreptomicina	DIU
15.-	26	4	Consulta Externa flujo abundante	Pap Positivo biopsia cuello limpio	Ca del cervix- microinvasivo	no	Ca Epidermoide In Situ; extensión glandular cervical no metástasis	por 1 año Pap cúpula negativo	P. Procaína Estreptomicina	ninguno
16.-	52	2	Consulta Externa dolor abdominal más flujo	Pap positivo biopsia cuello limpio	Ca del cervix microinvasivo	no	Ca Epidermoide invasivo; no metás- tasis	por 4 años Último Pap cambios in- flamatorios no malignida	Bactrim	ninguno
17.-	34	8	Referida de Aprofam por Pap positivo dolor en hipogas- trio	Pap positivo conización area atítematosa en cuello	Ca Escamoso	no	Cervicitis cónica con metaplasia esca- mosa del endocervix no metástasis	por 8 años Pap cúpula negativo	Bactrim	DIU
18.-	28	5	Referida MD part. por dolor abdominal	Pap positivo biopsia cuello limpio	Ca In Situ	no	displasia severa focal	sin control	P. Procaína	
19.-	43	12	Referida por MD part. por metrorragia	Pap positivo biopsia cuello limpio	Ca In Situ	no	Ca In Situ	por 2 años Pap cúpula vaginal negativo	P. Procaína Estreptomicina	DIU
20.-	35	7	Referida MD part. por metrorragia	Pap positivo biopsia erosión cervical	Ca In Situ indiferenciado	no	Ca In Situ	por 4 años Pap cúpula vaginal negativo	P. Procaína Estreptomicina	ninguno

EDAD	PARIDAD	MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNOSTICO CLINICO CIT	INDICACION OPERATORIA	COMPLICACION OPERATORIA	DIAGNOSTICO ANATOMIA PATOLOGICA	CONTROL POSTERIOR	TRATAMIENTO MEDICO	CONTRACENTIVO	
21.-	35	8	Control de Pap	Pap. positivo biopsia; Hiperhemia en cuello	Ca Epidermoide In situ	no	Ca Epidermoide In Situ con extensión glándula de cuello	por 2 años Pap cúpula vaginal neg.	P. Procaína Estreptomicina	oral
22.-	42	8	Control de Pap	Pap. positivo Biopsia cuello limpio	Ca Epidermoide invasivo (recto-cistocela)	no	Ca Epidermoide In Situ con extensión glandular de cuello	sin control	P. Procaína Estreptomicina	oral
23.-	39	8	Consulta Externa dolor dorso lumbar dismenoreas	Pap. positivo biopsia cuello limpio	Ca In Situ	no	Ca In Situ no metástasis	1 1/2 año sin control de Pap de cúpula vaginal	P. Procaína Estreptomicina	ninguno
24.-	58	9	Consulta Externa dolor en Hipogastrio.	Pap positivo cuello limpio	Ca In Situ	no	Ca In Situ no metástasis	sin control	P. Procaína Estreptomicina	ninguno
25.-	61	7	Consulta externa hemorragia roja y rutilante más flujo más dolor en hipogastrio irradiado a región dorso lumbar, dismenorrea anorexia.	Pap positivo biopsia erosión cervical	Carcinoma de células escamosas, poco diferenciado infiltrante y ulcerado (recto-cistocela)	no	Ca de Células escamosas G II del cuello no invasión.	por 2 1/2 años Pap cúpula vaginal neg.	P. Procaína	ninguno
26.-	41	5	Referida Depto. Medicina (HR) por Insuficiencia cardíaca sec. a Enf. de Chagas	3 Pap positivos	Ca Epidermoide (recto-cistocela)	no	Ca Epidermoide superficialmente invasivo no metástasis; endometrio basal adenomiosis	sin control	Batrim	ninguno
27.-	37	10	Referida de Hosp. departamental con diagnóstico por biopsia de Carcinoma escamoso invasivo bien diferenciado	1 Pap sugestivo lesión del ángulo del cervix	Displasia ligera	no	No evidencia de Neoplasia	continua en control	Bactrim	ninguno
28.-	38	10	Consulta Externa Hemorragia vaginal dolor en hipogastrio	Pap positivo biopsia lesión en labio anterior en cuello con sangrado fácil	Ca Epidermoide moderadamente indiferenciado invasivo	no	Carcinoma Epidermoide moderadamente diferenciado invasivo; leiomioma hiper celular submucoso	continua en control	P. Procaína	ninguno

PRESENTACION DE RESULTADOS
TABLA No. 1

<u>EDAD</u>	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
20 - 30 años	3	10.71
31 - 40 años	12	42.85
41 - 50 años	6	21.42
51 - 60 años	4	14.28
61 - 70 años	2	7.14
70 y más	1	3.57
Total	28	99.97

<u>PARIDAD</u>	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Nulíparas	0	0
2 embarazos	1	3.57
3 embarazos	1	3.57
4 embarazos	4	14.28
5 embarazos	2	7.14
6 embarazos	2	7.14
7 embarazos	5	17.85
8 ó más embarazos	13	46.42
Total	28	99.97

DIAGNOSTICO CLINICO-CITOLOGICO

<u>CLINICO</u>	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Lesiones evidentes en cuello	13	46.42
Cuello "Limpio"	15	53.57

CITOLOGICO

Papanicolau positivo	27	96.42
Papanicolau sugestivo	1	3.57
Biopsia	19	67.85
Conización	4	14.28
Sin Biopsia ni conización	5	17.85

INFORME DE PAPANICOLAU

Ca In Situ Indiferenciado	1	3.57
Ca In Situ Epidermoide	6	21.42
Ca Epidermoide Invasivo	4	14.28
Ca In Situ	10	35.71
Carcinoma de Células Escamosas	3	10.71
Ca Microinvasivo	3	10.71
Displasia Ligera	1	3.57
Total	28	99.97

PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL

<u>(Recto - Cistocèle)</u>	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Con Prolapso	11	39.2
Sin Prolapso	<u>17</u>	<u>60.7</u>
Total	28	99.99

COMPLICACIONES DURANTE EL ACTO QUIRURGICO

	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Herida traumática de vejiga	3	10.71
Sin complicaciones	<u>25</u>	<u>89.28</u>
Total	28	99.99

OPERACION PRACTICADA

	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Op. de Schauta con anexectomía	19	67.85
Op. de Schauta sin anexectomía	<u>9</u>	<u>32.14</u>
Total	28	99.99

<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Referida por Aprofam por Pap. positivo	5	17.85
Vistas en C/Externa por metrorragia y dolor en hipogastrio	5	17.85
Vistas en C/Externa por dolor en hipogastrio, flujo abundante	4	14.28
Vistas en C/Externa por prolapso genital	4	14.28
Vistas en C/Externa por flujo abundante	1	3.57
Vistas en C/Externa por dolor abdominal más flujo	2	7.14
Asistieron por contro- les de Pap.	2	7.14
Otras referencias (dolor, metrorragia, etc.)	<u>5</u>	<u>17.85</u>
Total	28	99.96

TRATAMIENTO MEDICO POST-OPERATORIO

ANTIBIOTICOS UTILIZADOS

	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCEN- TAJE</u>
P. Procaína-Estreptomicina	17	60.71
Bactrím	4	14.28
Penicilina Procaína	4	14.28
Ampicilina	1	3.57
Reverín	1	3.57
Sin Antibiótico	1	3.57
TOTAL	28	99.98

INFECCION DE HERIDA OPERATORIA

<u># DE CASOS</u>
0

CONTROLES POSTERIORES

	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCEN- TAJE</u>
Durante 1 año	5	17.85
Durante 2 años	5	17.85
Durante 3 años	0	0.00
Durante 4 años	3	10.71
Durante 5 años y más	4	14.28
Sin ningún control	8	28.57
Continúan en control	3	10.71
Total	28	99.97

INFORME DIAGNOSTICO DE ANATOMIA PATOLOGICA

	<u># DE CASOS</u>
Ca Epidermoide	10
Displasia (Ligera, moderada, severa)	4
Cervicitis: Crónica o erosiva	6
Ca de Células Escamosas	2
Ca In Situ (Micro invasión e invasión superficial)	13
No Invasión	6
Con extensión grandular	6
No evidencia Neoplasia	1
Ca de Cérvix LN II	1

TIPO DE ANTICONCEPTIVO UTILIZADO POR LAS
PACIENTES

	<u># DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
DIU	6	21.42
Orales	3	10.71
Ninguno	<u>19</u>	<u>67.85</u>
Total	28	99.98

DISCUSION

1. Con respecto a la edad resulta interesante observar que el 42.85% son pacientes comprendidas entre la Tercera y Cuarta década de la vida por lo que puede deducirse que las mismas están propensas a padecer algún estadio de Ca de cuello uterino.
2. La paridad representa otro renglón importante en la ejecución de la Histerectomía Radical, pues, un 78.55% son pacientes grandes multíparas (5 ó más embarazos).
3. En lo que se refiere al Motivo de Consulta, se puede observar que la sintomatología descrita es variada, anotando que el 17.85% presentan Papanicolau positivo, siendo referidas por Aprofam; otro 17.85% han sido vistas en C/Externa por presentar metrorragia y dolor en hipogastrio; el 14.28% han presentado dolor en hipogastrio más flujo abundante y otro 14.28% han sido vistas por presentar distintos grados de prolapso genital (recto - cistocele).

También es de hacer notar que el 17.85% han sido referidas por médicos particulares u Hospitales Departamentales ya sea por dolor, metrorragia o Papanicolau positivo.
4. Con respecto al Examen Físico vaginal se encontró lesión evidente en cuello en un 46.42% y se observó cuello "limpio" en 53.57% por lo que en estos casos se hace necesario efectuar biopsia o

conización de cuello para confirmar el diagnóstico.

5. El informe citológico es importante porque nos permite llegar al diagnóstico; es así que en el presente trabajo se observa que por Papanicolau se encontraron 96.42% frotos positivos y para confirmar el mismo a 19 pacientes (67.85%) se les efectuó biopsia, a 4 (14.28%) conización y a 5 pacientes que representa el 17.85% no se les efectuó ni biopsia ni conización.
6. Se observa que pacientes con prolapso genital lo constituye el 39.2% y sin dicho problema el 60.7%.
7. Pasamos a revisar los porcentajes de morbimortalidad durante el acto operatorio encontrando que con esta técnica solamente en el 10.71% (3 casos) hubo herida traumática de vejiga las cuales fueron reparadas en el mismo acto quirúrgico observándose que en 89.28% no hubo complicaciones. Siendo su índice de mortalidad nulo.

Nos permite anotar el alto índice de seguridad con esta técnica respecto a otras.
8. En la operación practicada se efectuó al 67.85% de las pacientes anexectomía bilateral, siendo necesario anotar aquí que a ninguna se le efectuó linfoadenectomía pélvica esto contrasta con la actitud tomada en otras latitudes en las que se efectúa en el mismo acto quirúrgico o posteriormente.

La razón que se tiene para no realizarla es que si se debe hacer una operación posterior es mejor realizar el procedimiento por vía abdominal, es por ello también que esta técnica debe practicarse en pacientes con carcinoma microinvasivo.

9. Con respecto al tratamiento post-operatorio la asociación Penicilina Procaína-Estreptomicina es la más utilizada, habiéndosele administrado al 60.71% de las pacientes, a las demás se les ha administrado Bactrím, Penicilina Procaína, Ampicilina y Reverín, anotando que a una paciente no se le administró ningún tipo de antibiótico, siendo el índice de Infección de Herida Operatoria de 0%, estando la paciente hospitalizada un promedio de 8 días.
10. En controles posteriores es lamentable observar que el 28.57% de las pacientes no tuvieron jamás control alguno post-operatorio. Encontrando que solamente el 14.28% han alcanzado los 5 años de sobrevida, aunque el 10.71% continúan en control de cúpula vaginal por tener menos de 1 año de operadas.

El resto lo constituyen pacientes que sólo asistieron por 1 año (17.85%), por dos años 17.85%; el 10.71% han asistido únicamente 4 años, no sabiéndose más de su evolución.

11. El informe de anatomía patológica es interesante, pues se observa que solamente en un caso se demostró Ca de Cérvix LN II y en un caso no se demostró evidencia de neoplasia. También es útil anotar que 46.42% de los informes corresponden a Ca In Situ con invasión superficial o microinvasión.
12. Por último se establece que 21.42% han utilizado DIU, que el 10.71% han tomado algún tipo de anticonceptivo oral y que el 67.85% no han utilizado ninguno, no observándose mayor relación entre éstos y el Ca del Cuello.

CONCLUSIONES

1. La operación de Schauta es efectiva en relación a otras técnicas quirúrgicas para tratamiento de Carcinoma de Cérvix, siempre y cuando se demuestre por citológico Ca Microinvasivo.
2. Pacientes comprendidas entre la Tercera y Cuarta Década de la vida presentan mayor incidencia de Ca de Cuello Uterino.
3. Dicha operación fue practicada en pacientes grandes multíparas correspondiéndole el 46.42% a pacientes con más de 8 embarazos.
4. El motivo de consulta es variado, observando que la sintomatología descrita es sugestiva de carcinoma del Cuello.
5. 53.57% presentaron cuello sin lesiones por lo que es menester efectuar Papanicolau, Biopsia o conización.
6. El Papanicolau fue determinante para efectuar dicha operación ya que por este estudio se encontraron 96.42% de frotos positivos.
7. Se confirmó el diagnóstico por Biopsia en 67.85% y por conización el 14.28%, al resto de pacientes no se le confirmó el diagnóstico con estos estudios, operándoseles sólo con los resultados de Pap.

8. Las lesiones descritas por Pap, Biopsia y conización resultan ideales para practicar este tipo de operación cuando se demuestra Ca en estadio 0 ó LN I.
9. Un porcentaje moderado 39.2% presentan cierto grado de prolapso genital (recto-cistocele).
10. Siendo rara la asociación de Ca de cuello con prolapso genital, en nuestro estudio 25% de las pacientes presentaron este problema.
11. El índice de morbilidad fue bajo, 10.71% circunscribiéndose a lesiones traumáticas de vejiga (las cuales fueron reparadas en el mismo acto quirúrgico).
12. El índice de mortalidad fue nulo, no encontrando que paciente alguna falleciera durante el acto quirúrgico o durante su estancia en el Hospital.
13. Al 67.85% se les efectuó anexectomía bilateral.
14. A ninguna paciente se le efectuó Linfadenectomía pélvica.
15. Con esta técnica el sangrado operatorio fue mínimo.
16. La asociación de antibióticos más utilizada y efectiva fue la de Penicilina Procaína Estreptomycin, utilizándose en el 60.71% de las pacientes, no encontrándose en el tiempo de hospitalización infección de Herida Operatoria.

17. Un porcentaje bajo, como lo es el 14.28% han alcanzado los 5 años de sobrevida, aunque el 10.71% continúan en un control de cúpula vaginal por tener menos de 1 año de operadas.
18. Un porcentaje elevado 28.5% no asistieron a sus controles después de ser operadas.
19. No se observa mayor significancia entre el tipo de anticonceptivo utilizado y el carcinoma del cuello ya que el 67.85% no han utilizado ninguno.
20. Hubo concordancia entre diagnóstico citológico y anatomía patológica, en el 64.2% de los informes. El resto 35.7% lo constituyen diversos grados de cervicitis y displasia.
21. En un caso, por informe de anatomía patológica, no se demostró que existiera evidencia de neoplasia y en otro no se demostró carcinoma residual o invasivo en paciente a quien previamente se le había efectuado conización.
22. Sólo una paciente, también por informe de anatomía patológica, se demostró Ca de Cérvix LN II: observando además que 46.42% de los informes corresponden a Ca In Situ con invasión superficial o microinvasión.
23. El tiempo promedio de estancia intrahospitalaria fue de 8 días.
24. Todas las pacientes egresaron vivas y en buen estado.

25. Pacientes obesas, con cierto grado de relajación y/o con enfermedad cardiovascular pueden ser operadas con esta técnica.
26. La paciente de mayor edad operada es de 71 años y la de menor edad de 26 años.
27. Se necesita experiencia para poder realizarla.
28. En ninguna paciente de las que han estado en control se ha demostrado recidiva de cúpula vaginal.

RECOMENDACIONES

1. Efectuar operación Schauta a toda paciente que por estudio citológico se demuestre que presenta Ca microinvasivo y que reúna los parámetros enunciados anteriormente.
2. Efectuarla en pacientes que por su constitución o edad no soporten la vía abdominal, siempre y cuando se haya demostrado por frote de Pap o Biopsia que el carcinoma se circunscribe al cérvix y es microinvasivo.
3. Efectuar como máximo dos controles de Pap y confirmar el diagnóstico ya sea por Biopsia o conización; aunque en pacientes que sean referidos se haga mención del tipo de lesión.
4. Estandarizar el uso de penicilina procaína, estreptomycin como la asociación más efectiva en el tratamiento médico post-operatorio (siempre que la paciente no sea alérgica a dichas drogas).
5. Capacitar a más cirujanos ginecólogos para efectuar esta técnica.
6. Educar a nuestras pacientes, intra-hospital a efecto de hacerles comprender la necesidad imperiosa de llevarles controles semestrales posteriores y tener una idea mejor de los índices de sobrevida alcanzado.

RESUMEN

Con la finalidad de establecer las razones por las que la técnica operatoria descrita anteriormente es poco ejecutada en nuestro medio, se procedió a efectuar una revisión de catorce años cuyo propósito era el de evaluar su efectividad frente a otras técnicas.

Los resultados son interesantes ya que se puede observar que este tipo de Histerectomía Radical resulta efectiva en pacientes cuyo diagnóstico citológico demuestra Ca del Cérvix micro-invasivo circunscrito al mismo.

Otros datos importantes encontrados son los que se refieren a que la operación fue practicada a pacientes comprendidas entre la tercera y cuarta década de la vida en su mayoría grandes multíparas.

No está demás decir que con esta técnica el índice de infección de herida operatoria y de mortalidad fue nulo, ya que no se registró ningún caso, evidenciándose además su bajo porcentaje de morbilidad (10.71%) encontrándose únicamente lesión traumática de vejiga la cual fue reparada en el mismo acto quirúrgico.

Si bien el índice de sobrevida encontrado es bajo, esto se debe a que nuestras pacientes al sentirse bien, ya no asisten a sus controles, dificultándose observar su evolución posterior.

Aquí dejamos anotado que hasta diciembre de 1980 se han efectuado 31 operaciones.

Imposible fue localizar tres fichas clínicas, pues al parecer habían sido incineradas.

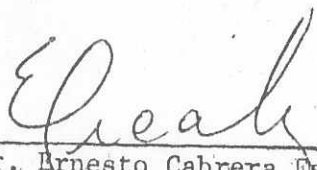
Una de ellas incluía a una paciente a quien se le efectuó lesión del uréter izquierdo, el que se reparó en el acto operatorio habiendo evolucionado más tarde a fístula uretero vaginal fue intervenida más tarde habiéndose efectuado reimplante de uréter izquierdo a vejiga y anexectomía bilateral por vía abdominal, satisfactoriamente el problema fue resuelto definitivamente sin presentar complicaciones post-operatoria (1).

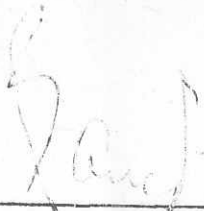
En resumen podríamos mencionar que la causa más influyente para no efectuarla de rutina se debe a que se necesitan muchos años de experiencia y entrenamiento, tener un conocimiento profundo de la anatomía pelviana y poseer un dominio absoluto de la técnica.

BIBLIOGRAFIA

1. Medina G., Dr. Haroldo de J.
"Histerectomía Vaginal Radical u Operación de Schauta-Amreich".
Análisis de 25 casos del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt. Guatemala, julio, 1976.
2. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.
Vol. XXXII, No. 2, 1972.
3. Navratil, Ernest. "La Operación de Schauta-Amreich".
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de 1965.
4. W. Shaw; J. Howkins. Ginecología Operatoria;
bajo el título Operación de Schauta.
Salvat Editores, S.A., 1970.
5. Meigs, Dr. Joe V.
Terapéutica quirúrgica del cáncer de cuello uterino.
Salvat Editores, 1959.
6. Fluhmann, Dr. C. Frederic
El Cuello Uterino y sus enfermedades.
Salvat Editores, 1a. Ed., 1963.

Br.


Br. Ernesto Cabrera Escalón

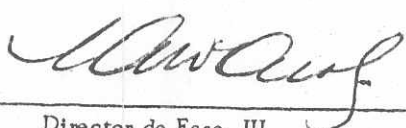

Asesor.

Dr. Francisco Bauer Paiz

Dr.

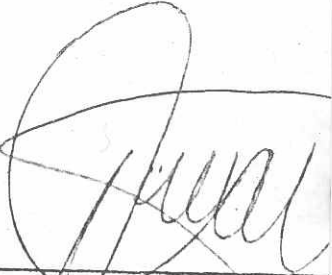

Revisor.

Dr. Haroldo Medina

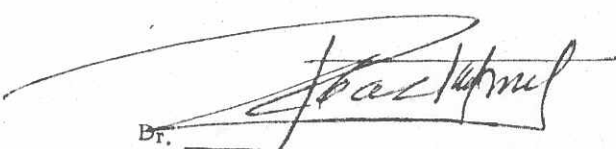

Director de Fase III

Dr. Carlos A. Waldheim C.

Dr.


Secretario

Dr. Raúl Castillo Roda

Bo.

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.