
Evaluación de la histerectomía radical en el tratamiento del cáncer de cérvix estadio IB, en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín, 1980-1990

GILDARDO GALLEGO, FRANCO BARROS, CARLOS M. MEDINA,
MIRIAN A. QUIÑONES, FELIPE C. PETRO

Se revisaron las historias clínicas de 139 pacientes con cáncer de cérvix estadio IB sometidas a histerectomía radical tipo Wertheim-Meigs, en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín entre 1980 y 1990, con el fin de evaluar los resultados en lo referente a complicaciones derivadas de la cirugía, presencia de lesión cervical residual y recurrencias. La edad promedio de las pacientes fue 39.3 ± 9.4 años. El tiempo de seguimiento varió entre 0 y 181 meses. El 87.8% de los tumores fueron epidermoides y el 12.2% adenocarcinomas. En 101 casos se logró determinar el grado de diferenciación del tumor; fueron bien diferenciados 43 (42.6%), moderadamente diferenciados 29 (28.7%) y mal diferenciados 29 (28.7%). Se encontró compromiso ganglionar pélvico metastásico en 13 pacientes (9.4%); en 11 de ellas unilateral y en dos bilateral. Quedaron con lesión cervical residual seis pacientes (4.3%) de las cuales 4 recibieron radioterapia como tratamiento complementario. Las recurrencias se presentaron en 12 de las 100 pacientes seguidas durante un período igual o superior a dos años; siete de ellas aparecieron en los dos primeros años y una se presentó 13 años después de la cirugía. Las recurrencias sucedieron más frecuentemente en las pacientes con tumores mal diferenciados y moderadamente diferenciados.

Presentaron complicaciones 43 de las 139 pacientes (30.9%), entre las cuales predominó la morbilidad infecciosa, expresada en infección urinaria (17 casos), infección de la herida quirúrgica (15 casos) e infección de la cúpula vaginal (14 casos).

PALABRAS CLAVE
CÁNCER DE CÉRVIX
HISTERECTOMÍA RADICAL

INTRODUCCIÓN

En Colombia, el cáncer del cuello uterino es el tumor maligno más frecuente del aparato genital femenino y la primera causa de muerte en mujeres entre los 15 y los 44 años de edad (17). A pesar de los avances en las técnicas de detección precoz,

DOCTOR GILDARDO GALLEGO NOREÑA, Coordinador Grupo de Oncología Ginecológica; **DOCTOR FRANCO BARROS PABÓN**, Ginecólogo-Oncólogo; **DOCTOR CARLOS MARIO MEDINA VIANA**, Residente de tercer año; **DOCTORA MIRIAN ADIELA QUIÑONES CHÁVEZ M**, Residente de tercer año; **DOCTOR FELIPE CARLOS PETRO PRIETO**, Residente de tercer año, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

muchas de las pacientes en nuestro medio llegan a la consulta con cáncer invasor.

En el estadio IB las modalidades de tratamiento aceptadas son la histerectomía radical y la radioterapia con índices de sobrevida similares (3,4). El procedimiento quirúrgico no está exento de complicaciones que se presentan hasta en una tercera parte de los casos; las más frecuentes son las infecciones, la disfunción vesical, la trombosis venosa profunda y los quistes linfáticos (5). En el Hospital San Vicente de Paúl, de Medellín, se realiza desde hace aproximadamente 30 años la histerectomía radical para el tratamiento del cáncer de cérvix IB y a la fecha no existen informes que evalúen sus resultados. El presente estudio tiene como objetivo evaluar los resultados de la histerectomía radical en el tratamiento del cáncer de cérvix estadio IB, en un período de once años, en lo referente a la morbilidad derivada del procedimiento quirúrgico (infecciones, fístulas, disfunción vesical, entre otras), presencia de lesión cervical residual y recurrencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio mixto, retrospectivo longitudinal con una fase de tipo corte. De los archivos del Departamento de Estadística del Hospital San Vicente de Paúl se tomaron y revisaron el total de 139 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix IB sometidas a histerectomía radical, según la técnica de Wertheim-Meigs, en la sección de Oncología Ginecológica del mismo hospital, en el período comprendido entre enero de 1980 y diciembre de 1990. Se tuvieron en cuenta para el análisis las siguientes variables: Edad, características del tumor (subtipo histológico, grado de diferenciación y compromiso ganglionar metastásico), complicaciones de la cirugía, presencia de lesión cervical residual, aparición de recurrencias y tiempo de seguimiento. Ya que no todos los informes de anatomía patológica contenían el grado de diferenciación tumoral, éste se estableció, en los casos en que fue posible, mediante la revisión de los estudios histológicos en el

Departamento de Patología de la Universidad de Antioquia. La lesión cervical residual se definió como la afectación por el tumor de los bordes de resección de la pieza quirúrgica.

La información estadística se presenta en tablas de frecuencia y mediante porcentajes. La edad y el tiempo de seguimiento se expresan con el intervalo $X \pm D S$.

RESULTADOS

La edad de las pacientes varió entre 21 y 67 años con una media de 39.3 ± 9.4 años (Tabla N° 1); el mayor porcentaje (72%) se ubicó en la cuarta y quinta décadas de la vida.

TABLA N° 1

EDADES DE 139 PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA RADICAL

EDAD (AÑOS)	n	%
20 - 29	17	
30 - 39	63	
40 - 49	37	
50 o más	22	
TOTAL	139	

Ciento veintidós tumores (87.8%) correspondieron al subtipo epidermoide y 17 (12.2%) fueron adenocarcinomas. Sólo se logró establecer el grado de diferenciación del tumor en 101 casos (72.7%). De ellos, 43 (42.6%) fueron bien diferenciados, 29 (28.7%) moderadamente diferenciados y 29 casos (28.7%), mal diferenciados. Se encontró compromiso ganglionar pélvico metastásico en 13 pacientes (9.4%); era unilateral en 11 (84.6%) y bilateral en 2 (15.4%); ninguna tenía más de tres ganglios afectados. De las 13 pacientes con ganglios positivos, 11 (84.6%) recibieron tratamiento complementario con radioterapia. Quedaron con

lesión cervical residual después de la cirugía seis pacientes (4.3%), cuatro de las cuales recibieron tratamiento complementario con radioterapia. Presentaron complicaciones 43 pacientes (30.9%) entre las cuales predominó la morbilidad infecciosa (Tabla N° 2), representada en orden decreciente de frecuencia por la infección urinaria (17 casos), infección de la herida quirúrgica (15 casos) e infección de la cúpula vaginal (14 casos). En total, ocurrieron en estas 43 pacientes 58 complicaciones cuyas frecuencias relativas se muestran en la tabla N°3. las infecciones correspondieron al 81% de las 58 complicaciones.

TABLA N° 2

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA RADICAL EN 139 PACIENTES

COMPLICACIÓN*	n	%**
Infección urinaria	17	12.2
Infección de la herida quirúrgica	15	10.8
Infección de la cúpula vaginal	14	10.1
Fístulas	3	2.2
Absceso intraabdominal	1	0.7
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1	0.7
Trombosis venosa profunda	1	0.7
Otras***	6	4.3

*Ocurrieron 58 complicaciones en las 43 pacientes

** Porcentajes calculados sobre las 139 pacientes

***Un caso de cada una de las siguientes: Lesión de uréter izquierdo seguida de hidronefrosis, absceso de la pared abdominal, evisceración, dehiscencia de la cúpula vaginal, ileo adinámico y neumonía.

TABLA N° 3

FRECUENCIA RELATIVA DE COMPLICACIONES DESPUÉS DE HISTERECTOMÍA RADICAL EN 139 PACIENTES

COMPLICACIÓN	n	%
Infección urinaria	17	29.3
Infección de la herida quirúrgica	15	25.9
Infección de la cúpula vaginal	14	24.1
Fístulas*	3	5.2
Absceso intraabdominal	1	1.7
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1	1.7
Trombosis venosa profunda	1	1.7
Otras	6	10.4
Total	58	100.0

*Los tres casos de fístulas se presentaron en las siguientes localizaciones: Vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal.

Se presentó recurrencia del cáncer en 12 de las 100 pacientes seguidas por un tiempo igual o superior a dos años. Siete de tales recaídas (58.3%) sucedieron en los primeros dos años: 5 en el primero y 2 en el segundo. En el tercero ocurrieron 3 (25%) y dos después del tercero (16.6%); de éstas una ocurrió 13 años después de la cirugía.

Al considerar el subtipo histológico del tumor en las pacientes que presentaron recurrencias, se encontró que 10 (83.3%) tenían carcinoma epidermoide y 2 (16.7%), adenocarcinoma. La diferenciación del tumor se informó en 9 de las 12 pacientes que presentaron recaída y fueron bien diferenciados 1 (11%), moderadamente diferenciados 4 (44.4%) y mal diferenciados 4 (44.4%). Las recaídas se presentaron en 3 de las 13 pacientes que tenían ganglios pélvicos comprometidos.

El tiempo de seguimiento varió ampliamente, con un rango de 0 a 181 meses y una media de 61.7 ± 52.4 meses (Tabla N° 4). Diecinueve pacientes (13.7%) no asistieron a ningún control después de la cirugía, incluidas tres de las que presentaron le-

si3n cervical residual. Fueron seguidas durante m1s de cinco a1os 62 pacientes (44.6%) y s3lo una cuarta parte asiste a1n a los controles.

TABLA N3 4

TIEMPO DE SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA RADICAL

MESES	n	%
0	19	13.7
1-12	15	10.7
13-24	10	7.2
25-36	11	7.9
37-48	13	9.3
49-60	9	6.5
M1S DE 60	62	44.6
TOTAL	139	100.0

Cinco a1os despu3s de la cirugía se desconocía la condici3n respecto al c1ncer en 69 pacientes (49.6%), 65 (46.8%) estaban libres de enfermedad, 4 (2.9%) habían muerto y una (0.7%) permanecía con la enfermedad activa.

DISCUSI3N

En el Hospital San Vicente de Pa1l, de Medellín, la histerectomía radical se ofrece como opci3n terap3utica a las pacientes con c1ncer de c3rvix estadio IB sin problemas m3dicos que contraindiquen la cirugía extensa. El tratamiento quir3rgico ofrece, entre otras, las siguientes ventajas: Los hallazgos quir3rgicos y anatomopatol3gicos son 1tiles para el pron3stico y en la selecci3n de pacientes que requieren tratamiento complementario con radioterapia; permite conservar la funci3n ov1rica y afecta menos que la radioterapia la funci3n sexual.

La mayoría de las series informan que entre 85 y 90% de los tumores del cuello uterino son de células escamosas y la mayor proporci3n de los res-

tantes corresponde al adenocarcinoma (6). En nuestro estudio se obtuvo esa misma distribuci3n.

El grado de diferenciaci3n tumoral ha sido bien establecido como factor pron3stico en la evoluci3n del c1ncer de c3rvix. Similar a lo informado por otros autores (7) en la presente revisi3n la mayoría de las lesiones fueron bien o moderadamente diferenciadas.

La presencia de n3dulos linfáticos con metástasis en el momento de la histerectomía radical altera el pron3stico. El porcentaje de pacientes con metástasis a los ganglios p3lvicos en este estudio (9.4%) es menor que el reportado en otros trabajos. Hopkins y Morley (4,7) en sendos estudios informaron compromiso ganglionar p3lvico metastásico en 22 y 17% de los casos, respectivamente.

La incidencia de complicaciones encontrada en este estudio (30.9%) es semejante a la informada por otros autores (8). Se conoce bien que la cirugía radical se asocia con un alto porcentaje de complicaciones a causa del extenso espacio muerto creado por la disecci3n, la contaminaci3n bacteriana de la vagina y la duraci3n de la cirugía. La morbilidad infecciosa de un 33.8% hallada en este estudio está en el rango del 23 al 52% informada por otros autores (8). La fístula urinaria es considerada como una de las principales complicaciones de la histerectomía radical (3). La incidencia de fístulas urinarias encontrada en este estudio (1.4%) se compara favorablemente con la de 1 a 5% informada en la literatura (9). Es de anotar que casi todas las pacientes del estudio recibieron profilaxis antibiótica y a la mayoría de ellas se les dejó catéter para drenaje vesical por cistostomía.

Según Hopkins y Morley (7) el riesgo más elevado de recurrencia se presenta en las pacientes con tumores mal diferenciados, metástasis ganglionar, penetraci3n cervical profunda, compromiso del segmento inferior o invasi3n linfovascular. La incidencia de recurrencias observada en el presente estudio es similar a la informada en otros trabajos (10).

Como era de esperarse, el mayor porcentaje de recurrencias ocurri3 en las pacientes con tumores

mal diferenciados y moderadamente diferenciados. La mayoría de tales recurrencias sucedieron en los primeros dos años que siguieron a la cirugía, hallazgo que concuerda con lo informado por otros autores (6).

El nivel de cumplimiento del seguimiento por parte de las pacientes resulta preocupante ya que una proporción importante de ellas (13.8%) no asistió a ningún examen de control después de la cirugía. Lo anterior se explica, en parte, por la procedencia apartada de las pacientes junto a sus condiciones socioeconómicas precarias. Aparte de la gran importancia en los resultados terapéuticos, la alta deserción de las pacientes limita grandemente los análisis de supervivencia.

SUMMARY

EVALUATION OF RADICAL HYSTERECTOMY FOR TREATMENT OF STAGE IB CANCER OF THE CERVIX, AT HOSPITAL SAN VICENTE, MEDELLÍN, COLOMBIA, 1980-1990

A review was made of clinical charts of 139 patients with cancer of the cervix stage IB, treated by Wertheim-Meigs radical hysterectomy, at Hospital San Vicente, Medellín, Colombia, between 1980 and 1990, in order to evaluate results concerning complications derived from surgery, recurrences and residual cervical lesions.

Average age was 39.3 ± 9.4 years. Follow-up period fluctuated between 0 and 181 months. One hundred and twenty two tumors (87.8%) were epidermoid and 17 (12.2%) adenocarcinomas. The degree of differentiation was determined in 101 cases: 43 (42.6%) were well differentiated, 29 (28.7%) moderately differentiated and 29 (28.7%) poorly differentiated. Metastatic pelvic lymph- nodes involvement was present in 13 patients (9.4%): In

11 of them involvement was unilateral. Residual cervical lesion was left in 6 patients (4.3%) of which 4 received additional treatment with radiotherapy. Recurrences appeared in 12 of the 100 patients followed for 2 or more years; in seven of these the recurrence occurred in the first two years; there was a recurrence 13 years after surgery. Recurrences happened more often when tumors were poorly or moderately differentiated. Complications, mostly infectious, occurred in 43 patients (30.9%): Urinary tract infections (17 cases), wound infection (15 cases) and infection of the vaginal dome (14 cases) were the most frequently found.

BIBLIOGRAFÍA

1. PINILLA, E, URIBE J, LONDOÑO, JG. Cáncer de cérvix uterino IB, Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín: Análisis de 98 casos. *Rev Col Obstet Ginecol* 1986; 37: 292-298.
 2. BOTERO J, JUBIZ A, HENAO G. Texto Integrado de Obstetricia y Ginecología, 4ª ed. Medellín: Carvajal, 1978: 562-571.
 3. CANNISTRA, SA, NILOFF, JM. Cancer of the uterine cervix. *New Engl J Med* 1996; 334: 1030-1038.
 4. HOPKINS MP, MORLEY GW. Radical hysterectomy versus radiation therapy for stage IB squamous cell cancer of the cervix. *Cancer* 1991; 68: 272-277.
 5. SHUSTER PA, BARTER JF, POTKUL PK, BARNES WA, DELGADO G. Radical hysterectomy morbidity in relation to age. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 77-79.
 6. DISAIA PJ, CREASMAN WT. Clinical Gynecologic Oncology, 4a ed. Missouri: Mosby, 1993: 58-125.
 7. HOPKINS MP, MORLEY GW. Stage IB squamous cell cancer of the cervix: Clinicopathologic features related to survival. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1520-1529.
 8. FUCHTNER C, MANETTA A, WALKER JL, et al. Radical hysterectomy in the elderly patient: Analysis of morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 593-597.
 9. BULLER RE, TAMIR IL, DISAIA PJ, BERMAN ML. Early evaluation of the urinary tract following radical hysterectomy: Structure and function relationships. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 840.
 10. FINAN MA, ABDON AA, FIORICA JV, et al. Radical hysterectomy for stage IB cervical cancer: Recurrence interval as a predictor of survival. *South Med J* 1996; 89: 591-596.
-

