HISTERECTOMIA RADICAL PARA CARCINOMA INVASIVO DE CUELLO UTERINO. — Experiencia de 11 años

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - INSTITUTO MATERNO INFANTIL - BOGOTÁ.

Dr. Alvaro Fonnegra Miramón*

Dr. Rubén Darío Guzmán A.**

Dr. Luis Vicente López***

En el año de 1961, los doctores Jorge Villarreal Mejía y Eduardo Cáceres, publicaron un estudio sobre "Carcinoma de cuello uterino, revisión de 58 casos tratados quirúrgicamente" (1), con material del servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, que abarcaba cinco años consecutivos, de 1955 a 1960.

Con el ánimo de continuar el trabajo de los casos de carcinoma infiltrante de cuello uterino, tratados quirúrgicamente a partir de 1960 y hasta 1971, o sea un período de once años más, en los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios y del Instituto Materno Infantil de Bogotá, presentamos el análisis de 60 casos nuevos, para apreciar los progresos que se hubieren conseguido, con la mejoría de las técnicas quirúrgicas y la selección de los casos intervenidos.

Material y Métodos

Se extrajeron de las historias clínicas los datos de: edad, paridad, motivo de consulta, estado del cuello, citología, biopsia, estado clínico,

tipo de cirugía, complicación, ganglios, tumor residual y propagaciones, radioterapia si la hubo y por último resultados y controles (Ver Cuadros).

El promedio de edad fue de 41 años dos menos que en el trabajo de Villarreal y Cáceres, lo que indica el incremento de las campañas de diagnóstico precoz, en donde se descubren cada día más casos en mujeres jóvenes.

En el grupo se encontraron dos pacientes nuligestantes y una primigestante, hecho epidemiológico muy raro, que recalca la necesidad de estudiar exhaustivamente cualquier lesión de cuello sospechosa, aún en mujeres sin ninguna paridad. Los 57 casos restantes fueron de pacientes con dos o más hijos, encontrando de 5 a 8 las de mayor promedio.

* Profesor Asociado, Dpto. de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

** Profesor Asistente, Depto. de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

*** Adjunto al Servicio Depto. de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

El motivo de consulta principal fue la metrorragia post-coito en 35 casos; 15 lo hicieron por flujo serosanguinolento, 5 por flujo seromucoso y 5 por problemas no ginecológicos. La metrorragia sigue siendo el síntoma capital en el carcinoma infiltrante de cuello uterino (2).

El estado del cuello se apreció ulcerado con lesión exo o endofítica en 20 casos o sea la tercera parte; en 34 se observó lesión menos aparente de erosión; en dos, cuello aparentemente sano y en 4 el aspecto era de un pólipio endocervical. Esto corrobora la necesidad de practicar en todos los casos, citología y biopsia de lesión sospechosa.

16 citologías fueron V, 21 IV, 7 III, 2 II, 1 I y en 13 no se practicó. Lo anterior confirma una vez más la necesidad imperiosa de tomar biopsias en toda lesión de cuello uterino. Los 13 casos en que las citologías no fueron tomadas se explica por el hecho de ser historias clínicas de los años comprendidos entre 1960 y 1962, época en que todavía no se había rutinizado este procedimiento (3).

Las biopsias confirmaron el cáncer en 54 casos, en los que se evidenció infiltración escamo-celular, con 8 casos de embarazo concomitante. A 3

pacientes se les practicó raspado uterino fraccionado encontrándose un adenocarcinoma de cuello; a 2 por error no se les hizo biopsia sino directamente un cono, hallándose en cada uno un carcinoma infiltrante escamo-celular y por último en un caso la biopsia fue de un Ca. in situ, pero se le hizo cono el cual dio un diagnóstico de Ca. microinvasivo, cometiéndose otro error al practicarle histerectomía radical, con resultados desastrosos, pues la enferma se complicó gravemente con una ruptura de sigmoides y vejiga durante el acto operatorio, trayendo como consecuencia una nefrectomía derecha posteriormente (4).

Tenemos que comentar que las de adenocarcinoma, 2 tuvieron recurrencia a los 36 y 12 meses respectivamente de controladas y a pesar de que fueron irradiadas, fallecieron. Esto nos inclina a pensar que los carcinomas glandulares del cuello se comportan en forma mucho más agresiva que los escamocelulares (5).

Por otra parte también llamamos la atención sobre el comportamiento de los casos de cáncer y embarazo. Analizando las 8 pacientes tenemos que una murió durante el acto quirúrgico por hipoafibrinogememia, 3

CUADRO N° 1

HISTERECTOMIA RADICAL PARA CARCINOMA INVASIVO DE CUELLO UTERINO EXPERIENCIA DE 11 AÑOS

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS — INSTITUTO MATERNO INFANTIL — BOGOTÁ

Agrupación por Edades			Gestación	
25 — 29	4	Nuligrávidas		2
30 — 34	8	Primigestantes		1
35 — 39	14	2 a 4		15
40 — 44	17	5 a 8		22
45 — 49	8	9 o más		20
50 — 54	8			
55 — 59	1			

CUADRO Nº 2
HISTERECTOMIA RADICAL PARA CARCINOMA INVASIVO DE CUELLO UTERINO
EXPERIENCIA DE 11 AÑOS
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS — INSTITUTO MATERNO INFANTIL — BOGOTÁ

Motivo de Consulta	Estado del Cuello	Citología	Biopsia	Estado Clínico
Metrorragia post-coito	35 Ulcerado	20 A5 A4	16 Ca escamocelular 21	56 Estado I : 45
Flujo sero-sanguinolento	15 Erosionado	34 A3 A2	7 Adenocarcinoma 2	3 Estado II : 15
Flujo genital	5 Aspecto polipoide	4 A1 No se practicó	1 Ca. Microinvasivo 13	1
Síntomas no ginecológicos	5 Cuello aparentemente sano	2		

desarrollaron fístula urétero vaginales, una de ellas falleció en el post-operatorio por peritonitis, dos no volvieron a control y solamente dos se conocen su supervivencia con controles de 24 y 36 meses respectivamente. Estos casos a pesar de ser más manejables desde el punto de vista de técnica quirúrgica por el reblandecimiento de los tejidos, desarrollan complicaciones graves durante el acto quirúrgico y en el post-operatorio (6).

Uno de los aspectos más importantes de este trabajo es lo relacionado con la evaluación del estado clínico del carcinoma de cuello y por lo tanto la escogencia de éste para cirugía. Para esto hubo necesidad de practicar en primer término un examen ginecológico completo y los exámenes complementarios para-clínicos (cistoscopia, rectosigmoidoscopia, estudio radiográfico de tórax y sistema urinario) para determinar que se trataba exactamente de un estado I, tipo de cáncer infiltrante, que de acuerdo con nuestro concepto, es el que sólo debe tratarse con cirugía radical.

Al lado de lo anterior juzgamos indispensable tener en cuenta otras dos premisas para la escogencia de un caso quirúrgico y son: persona en buenas condiciones generales, no anciana ni obesa, con exámenes de rutina dentro de límites normales (cuadro hemático, examen de orina, azohemia, glicemia, tiempo de Protrombina y coagulación, determinación de proteínas séricas) y además contar con un equipo quirúrgico adecuado, suficiente provisión de sangre y personal de cirujanos entrenados en esta cirugía. Sólo así se puede esperar éxito en el manejo de una enferma con carcinoma de cuello uterino estado I. Si todas o alguna de las 3 premisas anteriores no se cumplieren, definitiva-

CUADRO N° 3

HISTERECTOMIA RADICAL PARA CARCINOMA INVASIVO DE CUELLO UTERINO
EXPERIENCIA DE 11 AÑOS

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS — INSTITUTO MATERNO INFANTIL — BOGOTÁ

Tipo de Cirugía	Complicaciones	Ganglios Tumor Residual. Propagaciones	Radioterapia Post-operatoria	Radioterapia tardía
Histerolinfadenectomía radical tipo Meigs	52 Accidentes operatorios	1 Ganglios	11 pacientes (18,33%)	6 casos (10%)
Técnica de Okabayashi	8 Complicaciones postoperatorias:	Estado I (13,33%)		
	a) Abscesos de pared y/o cúpula vaginal	20 Tumor residual:		
		1 caso en parametrio		
	b) Obstrucción intestinal y absceso pélvico	1 caso en vagina		
		1 Propagaciones:		
	c) Peritonitis	1 1 caso a ovario izquierdo		
	d) Fístulas urinarias de 1960 a 1965 9 casos sobre 31 (29%).			
	e) Fístulas urinarias de 1966 a 1971 3 casos sobre 29 (10.3%).			

CUADRO Nº 4

HISTERECTOMIA RADICAL PARA CARCINOMA INVASIVO DE CUELLO UTERINO EXPERIENCIA DE 11 AÑOS

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS — INSTITUTO MATERNO INFANTIL — BOGOTÁ

Controladas		No Controladas	
42 Pacientes	70 %	18 Pacientes	30 %
Discriminación por Tiempo:			
1 caso	132 meses		
1 caso	106 meses		
3 casos	60 meses		
2 casos	48 meses		
6 casos	36 meses		
13 casos	más de 12 a 24 meses		
7 casos	más de 6 a 12 meses		
5 casos	más de 3 a 6 meses		
4 casos	1 a 3 meses		

mente aconsejaríamos el caso fuera tratado con radioterapia.

En nuestro estudio tuvimos 45 casos de estados I y 15 de estados II, habiéndose operado estos últimos cuando todavía no teníamos la suficiente experiencia y rigor en la evaluación y casi todos tratados por los años de 1960 a 1965, dando la mayor incidencia de complicaciones sobre todo de tipo urinario y las reproducciones a corto plazo. Posteriormente al año de 1966 no se volvieron a tratar quirúrgicamente sino casos muy escogidos y estrictamente estados I, mejorando notablemente la morbi-mortalidad post-operatoria, las lesiones del árbol urinario y las recurrencias tumorales (7).

La técnica quirúrgica usada en 52 casos fue la histerolinfadenectomía radical tipo Meigs, con algunas variaciones personales impuestas por la diversidad de cirujanos que intervinieron a este grupo de pacientes. Ocho casos se operaron con la técnica de Okabayashi. Los cirujanos que intervinieron fueron todos del nivel

de profesores e Instructores con suficiente entrenamiento.

Conceptuamos que los buenos resultados obtenidos en muchas pacientes no se deben estrictamente a la técnica empleada en sí, sino a la habilidad y experiencia de los cirujanos en manejar determinada intervención, pues ambas técnicas son muy buenas en manos expertas (8).

En 40 enfermas se usó como medida profiláctica para evitar las fístulas post-operatorias, la succión continua por cuatro a seis días del espacio retroperitoneal, como lo recomiendan Symonds y Pratt y lo practican en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá (9). Con este procedimiento logramos en los casos aplicados disminuir mucho el problema de las complicaciones urinarias. Tenemos que anotar que dicho drenaje se usaba al principio por vía abdominal y posteriormente directamente en la cúpula vaginal, dejando un tubo en T de los que se usan para cirugía biliar, indiscutiblemente con ventajas apreciables.

Las complicaciones en esta cirugía se pueden dividir en accidentes operatorios y complicaciones post-operatorias, siendo en estas últimas las dos principales, las infecciones y las fístulas urinarias (1-11-12).

Hubo en realidad un solo accidente operatorio grave, con muerte de la paciente grávida en la sala de cirugía, por hipofibrinogenemia, como ya se comentó anteriormente. Los demás accidentes controlables, especialmente hemorragiparos, en algunas enfermas con tiempos de protrombinas bajos y deficientes tiempos de coagulación y sangría, imputables a mala preparación preoperatoria.

En 20 se presentaron complicaciones infecciosas post-operatorias consistentes especialmente en abscesos de pared abdominal y/o cúpula vaginal, infecciones urinarias, una ya comentada falleció por peritonitis y otra desarrolló a los 40 días de intervenida un absceso pélvico con obstrucción intestinal concomitante, que fue tratada oportunamente con éxito.

Del total de casos operados se presentaron 6 fístulas uretero-vaginales derechas, dos izquierdas, dos bilaterales y dos vésico-vaginales, para un total de 12 (20%). Sin embargo 5 de estas fístulas aparecieron en operadas por Ca. estado clínico II, lo que consideramos que fue causa importante para la génesis de estas lesiones. Además 4 se produjeron en las operadas entre los años 1960 a 1965, cuando todavía no seleccionábamos las pacientes y no se usaba el drenaje continuo retroperitoneal en forma sistemática. Sólo 3 fístulas se hallaron en el período de 1966 a 1971, en 29 intervenidas, por Ca. estado I, lo que indica una disminución notable de esta complicación (10,3% (13).

Se encontraron entre los 45 casos de estado I, 4 pacientes con metástasis

a ganglios ilíacos y 2 a obturadores, dando un 13,33% de metástasis ganglionares. La misma proporción se encontró en estado II, pues hallaron dos casos con ganglios pélvicos dentro de un total de 15. Además hubo un raro caso de propagación al ovario izquierdo sin ninguna otra lesión en estado I, otra enferma con infiltración de parametrio en la línea de resección quirúrgica. Así mismo se encontró tumor en el corte de sección vaginal en una de estado II (14).

El criterio que se tiene sobre radioterapia post-operatoria es el que sigue el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, es decir, se irradia la paciente si se encuentran metástasis ganglionares en la pelvis, tumor residual en las líneas de resección quirúrgica, o cualquier otro tipo de propagación cercana al tumor primario (15-16). De acuerdo con lo anterior en nuestro estudio hubo necesidad de irradiar con la colaboración del Instituto Nacional de Cancerología, once enfermas que son las comentadas en el párrafo anterior. De estas desafortunadamente 8 se perdieron de vista y solamente 3 se han podido seguir durante 36, 18 y 12 meses respectivamente, sin haber presentado recurrencias.

Hubo reproducciones tardías que necesitaron radioterapia, así: una paciente que a los 12 meses de intervenida presentó recurrencia en vagina, fue irradiada y a los 12 meses después estaba asintomática. Otro caso interesante que los 96 meses de controlada presentó reproducción y fue también irradiada; después se ha controlado 10 meses estando asintomática. Otros 2 estados II se reprodujeron a los 12 y 36 meses respectivamente después del acto quirúrgico, se sometieron a actinoterapia y se perdieron de vista. 2 en estado I

en las mismas condiciones que las anteriores, se reprodujeron a los 4 y 6 meses respectivamente, se irradiaron y desaparecieron posteriormente.

Los resultados generales y controles se pueden sintetizar así:

42 pacientes pudieron ser controladas en tiempos variables y 18 no tuvieron ningún control (Ver Cuadro).

Esto da un porcentaje de 70% de controles. Sin embargo hay muchas pacientes que no tienen el suficiente tiempo para tener una evaluación sobre supervivencia (17).

Esto viene a demostrarnos una vez más la dificultad que existe en nuestro medio hospitalario de controlar pacientes.

Del 70% de estas enfermas tenemos que anotar que 8 presentaron recurrencia, fueron irradiadas y desaparecieron, 4 fallecieron en el curso de los controles, lo que da un total de 12 (20%) que se pueden considerar estadísticamente como fallecidas. De acuerdo con lo anterior quedan solamente un 50% de pacientes con supervivencia neta de los casos controlados y por el tiempo que indica el cuadro correspondiente.

Solamente 3 (20%) de las 15 operadas por estado II tuvieron sobrevi-

da de 24, 36 y 48 meses respectivamente. Las demás fallecieron o se perdieron de vista.

Resumiendo se puede decir que 45% han sido controladas con supervivencia de las pacientes, de estados I y solamente 5% estados II. Esto indica a las claras que el tratamiento quirúrgico del carcinoma de cuello uterino se debe reservar para el estado I seleccionado. Nos parece que los demás estados deben ser patrimonio de la radioterapia.

Resumen y Conclusiones

1º Se hace un estudio sobre 60 casos de histerectomía radical para carcinoma invasivo de cuello uterino, practicado en los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil de Bogotá, en el período comprendido entre 1960 y 1971.

2º 57 casos fueron de multigestantes (5 a 8 hijos mayor promedio). Se encontraron dos pacientes nuligestantes y 1 primigestante.

3º En 54 casos las biopsias evidenciaron Ca. infiltrante escamo-celular, en 3 adenocarcinoma. En 2 conos practicados directamente lesión escamo-celular y en 1 Ca. microinvasivo.

Controladas		No Controladas	
42 Pacientes	70 %	18 Pacientes	30 %
Discriminación por Tiempo:			
1 caso	132 meses		
1 caso	106 meses		
3 casos	60 meses		
2 casos	48 meses		
6 casos	36 meses		
13 casos	más de 12 a 24 meses		
7 casos	más de 6 a 12 meses		
5 casos	más de 3 a 6 meses		
4 casos	1 a 3 meses		

4º La técnica quirúrgica más usada fue la histerolinfadenectomía radical por la técnica de Meigs. Algunos casos fueron intervenidos con la técnica de Okabayashi. Conceptuamos que ambas en manos expertas dan excelentes resultados. Todos los cirujanos que intervinieron fueron del nivel de profesores e instructores.

5º En 20 pacientes se presentaron complicaciones de tipo infeccioso post-operatorios (absceso de pared y/o cúpula vaginal, infecciones urinarias, etc.). En las intervenidas de 1960 a 1965 se encontró una incidencia de 20% de fístulas urinarias, sobre todo uretero-vaginales, en contraste con un 10,3% de 1966 a 1971.

6º A pesar de que en el estado I y II se encontraron la misma proporción de metástasis ganglionares (13,33%), en este último hubo mayor cantidad de casos con tumor residual en línea de resección quirúrgica y recurrencias a corto plazo.

Summary and Conclusions

1. A study is performed on 60 cases of radical hysterectomy for invading carcinoma of the cervix uteri, at the Gynecological and Obstetrics Services of Hospital San Juan de Dios and Instituto Materno-Infantil in Bogotá, during the period between 1960 and 1971.

2. 57 cases constitute multi-pregnants (being the highest average 5 to 8 children). Two nil-pregnant cases and on primi-pregnant case were encountered.

3. In 54 cases the biopsy showed infiltrant squamocellular Ca and adenocarcinoma in 3. Squamocellular lesion was found in 3 cones directly performed and micro-invading Ca in 1.

4. The most used surgical technique was the radical hysterolymphadenectomy through the Meigs technique. Certain cases were operated on through the Okabayashi technique. We considerer that both offer excellent results if performed by expertise hands. All surgeons who intervened belonged to the level of professors and instructors.

5. Post-operative complications of an infection type (wall abscess and/or vaginal cupula, urinary infections, etc.) became apparent in 20 patients. Of those operated on from 1960 to 1965, an incidence of urinary fistula, particularly ureterovaginal, was found in 20% comparison with 10.3% from 1966 to 1971.

6. In spite of the fact that in status I and II the same proportion of ganglial metastasis (13.33%), was found a larger number of cases with residual tumor in the surgical resection line and short-term recurrences took place in the latter.

BIBLIOGRAFIA

- 1 J. VILLARREAL MEJIA, J. CACERES E.: Carcinoma de cuello uterino. Rev. Col. Obs. & Ginec. Vol. XII Nº 6 Nov. Dic. 1961.
- 2 JORDAN A. GERMAN. Estudio de 45 casos de cáncer de cuello uterino tratados quirúrgicamente en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev. Col. Obs. & Ginec. Vol. 6 Nº 3 Enero-Febrero 1955.
- 3 DARGENT y GUILLEMIN. Year Book of Cancer. 1960.
- 4 NOVAK JONES. Tratado de Ginecología. Sexta edición en castellano.
- 5 LOPEZ ESCOBAR y col. Boletín del Comité Nacional de lucha contra el cáncer. 13: 6. 11 Mar. 1964.
- 6 KINCH, R. A.: Factors affecting the prognosis of cancer of the cervix in pregnancy. Am. J. Obst. Gynec. 82: 45, 1961.
- 7 DIDDLE A. W. KINLAW S. Cervical Carcinoma. Radical Hysterectomy and pelvic lym-

- phadenectomy. Am. J. Obs. & Gynec. Vol. 31 Nº 4 Abril 1961.
- 8 METGS. J. V. Radical hysterectomy with bilateral pelvic lymph-node dissection for cancer of the uterine cervix. Clin. Obst. & Gynec. Vol. 1 Nº 4 Diciembre 1958.
 - 9 SYMONDA R. E. PRATT J. H. Prevention of fistulas and lymphocysts in radical hysterectomy. Preliminary report of a new technic. Obst. & Gynec. N.Y. Vol. 17: 57 Enero 1961.
 - 10 BRUNACHWIG A., PRICK H. C. Urinary tract fistulas following radical surgical treatment of carcinoma of the cervix. Am. J. Obst. & Gynec. Vol. 72 Nº 3 Septiembre 1956.
 - 11 HANAFEE W. OTTOMAN R. E. WILK A. P. Roentgen diagnosis of urinary complications following radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection. Radiology. Vol. 70 Nº 1 Enero 1958.
 - 12 FRICK Hc. TAYLOR Hc. Jr. GUTTMAN R. J. JACOX O. W. MCKELWAY W. P. A. study of complications in the surgical and radiation therapy of cancer of the cervix. Surg. Gynec. Obst. III: 493 Octubre 1960.
 - 13 PETERAON P. y OORNBROCK F. E. Am. J. Obst. & Gynec. 63, 1290. 1952. Las fístulas en cirugía radical.
 - 14 JORDAN A. GERMAN. Boletín del Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer. 10: 19-44 Mar. 1964.
 - 15 LOPEZ E. GUILLERMO. Tratamiento quirúrgico del cáncer del cérvix (parte de una ponencia). Rev. Col. Obst. & Gynec. Memorias de la segunda convención colombiana de Obst. & Gynec. Nov. Dic. 1955.
 - 16 OORNE O. W. Jr. Carcinoma of the cervix uteri. 1926 1948. Obst. & Gynec. N. Y. Vol. 9 Nº 2 Febrero 1957.
 - 17 KOTTMEIER O. L. (editor). Annual report on the results of treatment in carcinoma of the uterus 1945-1954. Vol. XII, Atockholm 1960.