

206

MFN= 885

MED.
Tesis
5172
2003

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD GINECOOBSTETRICIA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GERMAN URQUIDI"

III.- DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA..... 8

IV.- JUSTIFICACION..... 8

V.- OBJETIVOS..... 8

5.1.- OBJE..... 8

5.2.- OBJE..... 9

VI.- MARCO T..... 9

6.1.- Car..... 9

6.2.- Diag..... 10

6.3.- Trat..... 13

6.3..... 14

6.3..... 15

6.3..... 19



6.4.- Los tipos de histerectomía..... 21

ETAPIFICACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CANCER CERVIX

ESTADIO I - II EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GERMAN URQUIDI" 1997 - 2001

6.4.4.- Histerectomía radical extendida (tipo IV)..... 21

6.4.5.- Vaciamiento parcial (tipo V)..... 21

6.5.- Radioterapia postoperatoria..... 22

6.6.- Complicaciones..... 22

6.7.- La tasa de supervivencia..... 22

VII.- HIPÓTESIS..... 23

VIII.- DISEÑO METODOLOGICO..... 23

8.1.- Tipo de estudio..... 23

8.2.- Marco operativo..... 23

Autora: Dra. Rosse Mary Saavedra López
Tutor : Dr. Eduardo Soto

E. Soto
Dr. Eduardo Soto B.
 GINECOLOGO - OBSTETRA
 M.P. 6-721

Cochabamba, Bolivia
Marzo, 2003

INDICE	
8.3.- Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	24
I.- RESUMEN.....	1
II.- INTRODUCCIÓN.....	2
III.- DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA.....	8
IV.- JUSTIFICACION.....	8
V.- OBJETIVOS.....	8
5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	8
5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
VI.- MARCO TEORICO.....	9
6.1.- Cancer Invasor Del Cuello Uterino.....	9
6.2.- Diagnostico del carcinoma cervico uterino.....	10
6.3.- Tratamiento del carcinoma cervicouterino.....	13
6.3.1.- Protocolo terapéutico para el estadio Ia1.....	14
6.3.2.- Protocolo terapéutico para el estadio Ia2, Ib1 y Ib2....	15
6.3.3.- Protocolo terapéutico para el estadio II.....	19
6.4.- Los tipos de histerectomía.....	21
6.4.1.- Histerectomía extrafascial (tipo I).....	21
6.4.2.- Histerectomía radical modificada (tipo II).....	21
6.4.3.- Histerectomía radical del tipo III.....	21
6.4.4.- Histerectomía radical extendida (tipo IV),.....	21
6.4.5.- Vaciamiento parcial (tipo V).....	21
6.5.- Radioterapia postoperatoria.....	22
6.6.- Complicaciones de la radioterapia tiene complicaciones	22
6.7.- La tasa de supervivencia.....	22
VII.- HIPÓTESIS.....	23
VIII.- DISEÑO METODOLOGICO.....	23
8.1.- Tipo de estudio.....	23
8.2.- Marco operativo.....	23

8.3.- Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos....	24
8.4.- Procedimientos.....	24
IX.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	25
X.- DISCUSIÓN.....	28
XI.- RECOMENDACIONES.....	29
XII.- ANEXOS.....	30
XIII.- BIBLIOGRAFIA.....	40
VI. Colposcopia y biopsia dirigida.....	6
VII. Exámenes complementarios.....	7
VIII. Relación porcentual del cancer de cerviz según tipo histopatológico.....	8
IX. Relación porcentual del cáncer de cerviz según tipo de Cirugía realizada.....	9
X. Tratamiento prequirúrgico con radioterapia - quimioterapia.....	10
XI. Tratamiento radioterapia-quimioterapia posquirúrgico.....	11
XII. Complicaciones postquirúrgico.....	12
XIII. Evolución posquirúrgica a 2 años Ca recidivante.....	13
XIV. Papanicolau control posquirúrgico.....	14
XV. Resultado histopatológico posquirúrgico.....	15
CUADROS	
I. Etapificación del carcinoma Carviño uterino.....	1
II. Procedimientos de clasificación de la etapa.....	2
III. Histerectomías oncológicas de Piver.....	3

GRAFICOS

I. Histerectomía Ginecológica en H.M.I.G.U durante 1997-2001....	1
II. Frecuencia de CA de cerviz I y II.....	2
III. Relación porcentual del Ca de cerviz según edad.....	3
IV. Relación porcentual del cancer de cerviz según estadio clínico..	4
V. Relación porcentual del cancer de cerviz según papanicolau.....	5
VI. Colposcopia y biopsia dirigida.....	6
VII. Exámenes complementarios.....	7
VIII. Relación porcentual del cancer de cerviz según tipo histopatológico.....	8
IX. Relación porcentual del cáncer de cerviz según tipo de Cirugía realizada.....	9
X. Tratamiento prequirúrgico con radioterapia – quimioterapia.....	10
XI. Tratamiento radioterapia-quimioterapia posquirúrgico.....	11
XII. Complicaciones postquirúrgico.....	12
XIII. Evolución posquirúrgica a 2 años Ca recidivante.....	13
XIV. Papanicolau control posquirúrgico.....	14
XV. Resultado histopatológico posquirúrgico.....	15

CUADROS

I. Etapificación del carcinoma Cerviño uterino.....	1
II. Procedimientos de clasificación de la etapa.....	2
III. Histerectomías oncológicas de Piver.....	3

Concluimos diciendo que nuestro hospital no cuenta con protocolos claros de etapificación y tratamiento de pacientes con diagnóstico de cáncer cervico-uterino. Por ello sugerimos un protocolo claro de etapificación y tratamiento de esta patología, siguiendo normas recomendadas por la FIGO.

I.- RESUMEN.

Se estudia y analiza con fines auto evaluativos, los protocolos de tratamiento quirúrgico y la evolución hasta el momento del estudio, de 37 pacientes que ingresaron a cirugía con el diagnósticos de cáncer de cervix estadio I – II en el Hospital Materno Infantil German Urquidi, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre del 2002.

De las 37 pacientes incluidas en el presente trabajo, 38% con estadio Ia, en quienes se realizo histerectomía abdominal simple y el 57% de las pacientes con estadio Ib-IIa en quienes se esperaba que se realice histerectomía abdominal del tipo Werthein Meigs, el mismo se realizo solo en un 41% de los casos, en el resto se realizo histerectomía abdominal simple con evolución posquirúrgica desfavorable.

Llama la atención, 2 pacientes con cáncer cervico-uterino etapificado como estadio IIb fuera del alcance quirúrgico según protocolos de manejo revisados fueron intervenidas quirúrgicamente con resultados desfavorables a corto plazo.

Se a observado que en el Hospital Materno Infantil German Urquidi se realiza la etapificación del cáncer cervico -uterino de acuerdo al criterio del médico tratante, se establece que en nuestra institución no existe protocolo de manejo del cáncer cervico uterino.

Concluimos diciendo que nuestro hospital no cuenta con protocolos claros de etapificación y tratamiento de pacientes con diagnóstico de cáncer cervico-uterino. Por ello sugerimos un protocolo claro de etapificación y tratamiento de esta patología, siguiendo normas recomendadas por la FIGO.

II.- INTRODUCCIÓN.

El cáncer cervicouterino es la neoplasia maligna más frecuente en nuestro medio. Los síntomas de detección temprana han sido inadecuados para ofrecer a los enfermos un porcentaje aceptable de supervivencia.

En las naciones altamente desarrolladas, la tendencia es hacia la detección de las lesiones del cervix en etapas más tempranas, contrariamente a lo que sucede en pacientes de países subdesarrollados como el nuestro, que se presentan en estadios avanzados, cuyo manejo es altamente complicado y con resultados desalentadores, significando además un alto costo para los servicios.

Está establecido que el cáncer cervico uterino a pesar de ser un tumor maligno tratado adecuadamente aporta excelentes resultados 80%-90% de sobre vida a cinco años en los estadios I y II, la supervivencia disminuye en los estadios avanzados.

La etapificación usada universalmente es la de la federación internacional de obstetras y ginecólogos (FIGO). Es fundamentalmente clínica y esta basada en el examen físico, especialmente la inspección y palpación del cuello uterino, vagina y parametrios (tacto rectovaginal).

Para las etapas Ia1 y Ia2 es fundamental el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica como amputación cervical o histerectomía.

El estudio de laboratorio complementario para la etapificación comprende: radiografía del tórax, ecografía abdominal y pelviana, pielografía de eliminación, cistoscopia, rectoscopia, eventualmente tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis y cintigrafía ósea.

En los tumores que al examen físico se extienden fuera del cuello uterino y tiene un tamaño mayor de 4 cm o menos, creemos que no se justifica el estudio rectoscopico ni cistoscopico por su baja positividad (Alarcón y cols., 1986.). La pielografía es de norma ya que permite un estudio preoperatorio de la via urinaria en los tumores pequeños operables y el posible diagnostico. La planificación del tratamiento del cáncer cervicouterino debe considerar tres elementos fundamentales: la etapa clínica de la enfermedad o extensión, el tamaño del tumor y las condiciones generales de la paciente.

En el tratamiento de los carcinomas micro invasores del cuello, con profundidad de invasión no mayor a 3 mm y sin permeacion vascular o linfática, se ha considerado el cono con márgenes libres, como tratamiento suficiente. La presencia de bordes comprometidos, la profundidad de mas de 3 mm o la presencia de permeaciones vasculares o linfáticas plantean la alternativa de una cirugía mas extensa que incluya necesariamente una linfadenectomia pelviana, por el riesgo de metástasis ganglionares a ese nivel.

En las etapas iniciales Ib y IIa con tumores cuyo tamaño es menor o igual a 4 cm, el enfoque terapéutico es la cirugía consistente en histerectomía radical con linfadenectomia pélvica, se debe complementar el tratamiento con terapia radiante en los siguientes casos: compromiso ganglionar pélvico o paraaortico, bordes quirúrgicos comprometidos o compromiso de espacios linfovascuales.

Las pacientes con tumores mayores a 4 cm en etapas Ib, IIa y IIb se planifica para radioterapia pre-operatoria externa y braquiterapia e histerectomía radical posterior con linfadenectomia paraaortica selectiva en cuatro a seis semanas finalizada la radioterapia.

Las pacientes en etapas IIIa, IIIb y IV se tratan primariamente con radioterapia. (de cerviz entre 3 mm y 5 mm de invasión).

Clase III: Meigs: Los ligamentos úteros sacros y cardinales se seccionan en La histerectomía radical es un procedimiento contemplado para el manejo de las lesiones invasoras del carcinoma de cervix en etapas clínicas Ib-IIa. La idea inicial del manejo quirúrgico del cáncer de cervix fue de Ronison Sims en 1870. El procedimiento como tal fue descrito por Werthein en 1896; en la época inicial, la mortalidad era elevada principalmente atribuida a la lifadenectomia, motivo por el cual después solo se realizo muestreo ganglionar. (Recurrencia, cuando es posible la conservación de la vejiga).

Los primeros informes sobre la histerectomía radical fueron publicados por Clark y Reís en 1895, Bonney en 1935 y Meigs en 1944 realizaron modificaciones a la técnica original de Werthein y muestran la histerectomía radical como un procedimiento no tan mórbido como inicialmente se demostró.

La radioterapia postoperatoria, se recomienda para mejorar las tasas de En un trabajo de Piver, Rutledge y Smith fueron descritos cinco tipos de histerectomía para el tratamiento del cáncer cervical. Esta clasificación de histerectomía se la realiza de la siguiente manera.

Clase I: Modificación de Telinde: Extirpación de todos los tejidos cervicales, sin la disección del mismo cervix. La exposición de la vascularización cervical consigue mediante la incisión del ligamento pubovesical, con la desviación lateral consiguiente del uréter. (SIL-AG, Carcinoma micro invasor)

Clase II: Histerectomía moderadamente extendida: los ligamentos útero sacros y cardinales se seccionan entre su inserción al sacro y la pared tratadas con radiación postoperatoria.

pélvica, respectivamente, se extirpa el tercio superior de la vagina (carcinoma micro invasor de cerviz entre 3 mm y 5 mm de invasión).

Clase III: Meigs: Los ligamentos úteros sacros y cardinales se seccionan en su inserción en el sacro y en la pared pélvica, respectivamente. Se extirpa la mitad superior de la vagina. La linfadenectomía pélvica forma parte habitual de la operación. (Márgenes de conización que no están claros, estadio Ib-IIa)

Clase IV: Histerectomía de clase III mas la extirpación de todo el tejido periureteral; extirpación mas extensa del tejido vaginal; se liga la arteria vesical superior. (Recurrencia, cuando es posible la conservación de la vejiga).

Clase V: Histerectomía de clase IV mas la resección del uréter distal afectado o de la porción de la vejiga. (Recurrencia que afecta la porción distal del uréter o la vejiga).

La radioterapia postoperatoria, se recomienda para mejorar las tasas de supervivencia, en pacientes con factores de alto riesgo, como metástasis a ganglios linfáticos pélvicos, invasión a tejido paracervical, invasión cervical profunda o bordes quirúrgicos positivos.

Kim y colaboradores equiparon a 60 mujeres radiadas y no radiadas y no radiadas en cuanto a edad, tamaño de las lesiones y numero y localizaron de los ganglios positivos después de histerectomía radical. No encontraron diferencias importantes en al tasa de supervivencia proyectada a cinco años.

La proporción de recurrencias en la pelvis solo fue de 67% en las pacientes que se trataron solo con el procedimiento quirúrgico, y de 27% en aquellas tratadas con radiación postoperatoria.

Saris y colaboradores, para tratar a 151 pacientes tenían tumores en etapas I y II. Soisson y colaboradores efectuaron un análisis a 320 mujeres que se sometieron a histerectomía radical, 72 de las cuales recibieron radioterapia postoperatoria, informaron una importante disminución de las recurrencias pélvicas, pero ningún beneficio para la supervivencia. fundamentalmente del volumen y localización del tumor (Di Saia & Creasman, 1989). Las técnicas de Álvarez y colaboradores efectuaron un estudio retrospectivo multiinstitucional a 185 mujeres con ganglios pélvicos positivos después de histerectomía radical 110 de las cuales recibieron radioterapia postoperatoria. Mediante análisis multivariado no se observó que la radioterapia fuera un factor de predicción independiente de la supervivencia, en tanto se observó que influían en esta última edad, diámetros de la lesión y número de ganglios linfáticos positivos. Fletcher - Sint Del Cios).

El empleo de la quimioterapia para reducir el tamaño del tumor antes de la histerectomía radical o la radioterapia se denomina quimioterapia adyuvante, la terapia neoadyuvante puede lograr una tasa de reacción completas del 22 a 44%, disminuir el número de ganglios linfáticos pélvicos positivos y mejorar los intervalos de supervivencia libre de la enfermedad a dos a tres años en particular en las paciente que experimentan enfermedades de etapas I y II. del cuello uterino. Se ha demostrado, del mismo modo, que el cisplatino posee actividad antitumoral. Kim y colaboradores emplearon Cisplatino, vinblastino y Bleomicina antes de la histerectomía radical en 54 pacientes con tumores de etapa I a II que median más de 4 cm., la tasa de supervivencia libre de la enfermedad, una tasa de supervivencia de 94%. cáncer de cuello uterino, en comparación con la administración de radioterapia simple. En la actualidad se están efectuando estudios. Pacini KY colaboradores emplean cisplatino, bleomicina antes de la histerectomía radical en 73 en paciente de etapas I, II y III cuyos tumores median más de 4 cm. se lograron tasas de supervivencia libre de enfermedad a tres años.

Sardi y colaboradores, para tratar a 151 pacientes tenían tumores en etapas IIb y III, administraron cisplatin, vinblastina y bleomicina antes de la operación quirúrgica mas radiación.

La radioterapia se planifica individualmente y depende fundamentalmente del volumen y localización del tumor (Di Saia & Creasman,1989). Las técnicas generales utilizadas son radioterapia externa y braquiterapia.

La radioterapia externa se aplica utilizando unidades de cobalto o aceleradores lineales. La braquiterapia consiste en la instalación de una sonda intrauterina (tadem), en la cual se fijan dos sondas perpendiculares al eje de la vagina. En estas se coloca en forma diferida cargas de radium o cesio (técnica de Fletcher – Sint Del Clos).

Se ha empleado diversos agentes para aumentar la eficacia de la radioterapia en pacientes que tienen grandes tumores primarios. La hidroxiurea produjo cierta mejoría en las tasas de reaccion y de supervivencia cuando se le comparo con la radioterapia simple en una serie controlada de pacientes. Se ha informado que el empleo de 5 FU y mitomicina C mejora las tasas de reaccion del cancer avanzado del cuello uterino. Se ha demostrado, del mismo modo, que el cisplatino posee actividad citotóxica contra el carcinoma del cuello uterino, y recientemente se ha demostrado que es un sensibilizante a las radiaciones. Produjo cierta mejoría en la reaccion y en las tasas de supervivencia cuando se empleo con radio terapia para el cancer de cuello uterino, en comparación con la administración de radioterapia simple. En la actualidad se estan efectuando pruebas al azar para identificar cual seria la mejor quimioterapia para combinar con la radioterapia.