

Histerectomía radical. Presentación de 24 casos y revisión de la literatura

Gonzalo Montalvo Esquivel,* Francisco M García Rodríguez,**
Ángel Herrera Gómez,* Francisco J Alcalá Prieto*

RESUMEN

Se presentan 24 casos de mujeres con cáncer del cérvix uterino, estadio clínico IB (75% fueron IB1 y 25% IB2) que fueron sometidas a histerectomía radical tipo III con linfadenectomía pélvica bilateral. El promedio de edad fue de 42.5 años (rango de 29 a 68 años). El 37.5% fueron asintomáticas. La sintomatología más frecuente fue el flujo y el sangrado transvaginal. El tipo histológico más común fue epidermoide (75%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 3:56 horas. El sangrado promedio fue 550 mL. No se presentaron complicaciones posoperatorias. Sólo hubo una defunción y se debió a enfermedad metastásica pulmonar. La supervivencia promedio a 24 meses de seguimiento fue de 95%. La histerectomía radical es un procedimiento con alto porcentaje de curabilidad y mínimas complicaciones para el manejo del cáncer cervicouterino en centros especializados.

Palabras clave: Histerectomía radical, cáncer del cérvix uterino.

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la neoplasia maligna más frecuente en nuestro país. Los síntomas de detección temprana han sido inadecuados para ofrecer a las enfermas un porcentaje aceptable de supervivencia.¹

En las naciones altamente desarrolladas, la tendencia es hacia la detección de las lesiones del cérvix en etapas más tempranas, contrariamente a lo que sucede con las enfermas vistas en los centros hospitalarios de nuestro país que presentan lesiones avanzadas cuyo manejo principalmente es a base de radioterapia.¹

La histerectomía radical es un procedimiento contemplado para el manejo de las lesiones invasoras del cérvix en etapas clínicas IB y IIA.¹

La idea inicial del manejo quirúrgico del cáncer cervicouterino fue de J Marion Sims en 1870.¹ El

ABSTRACT

Presented 24 cases of patients with Cancer of the uterine cervix, clinical stage IB; 75% was IB1 and 25 IB2, which were subjected to hysterectomy radical type III with bilateral pelvic lymphadenectomy. The age average was of 42.5 years (range 29 to 68); 37.5% was asymptomatics, the most frequent symptomatology was the discharge and the transvaginal bled. The histologic type more frequent was epidermoid carcinoma (75%). The time surgical average was 3:56 hours. The bled average was 550 mL. Postoperative complications were not presented. Alone a death was reported by metastasis to the lung. The survival to 24 months of pursuit average was of 95%. The radical hysterectomy is a procedure with high cure percentage and minimum complications for the handling of the uterine cervix in specialized centers.

Key words: Radical hysterectomy, cervical carcinoma.

procedimiento como tal fue descrito por Werthein en 1896; en la época inicial, la mortalidad era elevada principalmente atribuida a la linfadenectomía, motivo por el que después sólo se realizó muestreo ganglionar.²

Los primeros informes sobre la histerectomía radical fueron publicadas por Clark y Reis en 1895.³ 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.⁴

En este artículo se presenta la experiencia del Departamento de Ginecología de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

En una revisión de todos los casos de cáncer del cérvix uterino atendidos durante el periodo de octubre de 1994 a marzo de 1997 en el Departamento de Ginecología de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México, se detectaron 24 casos estadio clínico IB.

* División de Cirugía, Instituto Nacional de Cancerología. México.

** Unidad de Oncología, Hospital Juárez de México.

Los criterios de inclusión fueron: estadios clínicos IB1 y IB2, histología epidermoide, adenocarcinoma o adenoescamoso, con vida sexual activa, sin antecedente de cirugía abdominal previa, sin insuficiencia de miembros inferiores, sin enfermedades intercurrentes. La enfermedad extrapélvica transoperatoria fue una contraindicación absoluta. La edad y la obesidad no fueron criterios absolutos de exclusión.

Todas las enfermas fueron sometidas a histerectomía radical (tipo III) con linfadenectomía pélvica bilateral.⁵ Todos los procedimientos fueron realizados por un mismo cirujano oncólogo y médicos residentes. La estadificación clínica fue realizada de acuerdo a la clasificación de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) de 1995.⁶

En el 30% de las enfermas se tuvo el diagnóstico mediante biopsia por colposcopia. Sólo en dos casos se realizó como diagnóstico para determinar la profundidad de invasión (8.33%). En el resto de las mujeres se documentó por biopsia tomada bajo visión directa. Los estudios de extensión complementarios a los ya señalados fueron: telerradiografía de tórax y valoración cardiopulmonar preoperatoria en las mayores de 40 años.

El manejo preoperatorio se realizó dos días antes de la operación y consistió en preparación intestinal con enemas evacuantes, catéter central heparinización profiláctica (5,000 U por vía subcutánea) y antibióticos (una dosis preoperatoria).

El abordaje quirúrgico fue mediante una incisión media infraumbilical y con revisión sistemática de la cavidad; los ganglios paraaórticos sólo fueron biopsiados si se encontraban aumentados de tamaño y dicho hallazgo fue contraindicación para llevar a cabo el procedimiento. La biopsia no se realizó como procedimiento de rutina. La linfadenectomía pélvica incluyó los siguientes grupos: iliacos externos, internos, fosa obturada, parametriales y paracervicales. La arteria uterina fue ligada en su origen de la hipogástrica y, en todos los casos, se preservó la arteria vesical superior. La realización del túnel de Meigs (disección del uréter del parametrio) permitió un margen parametrial adecuado. Ya disecado el uréter se fijó al lecho de la hipogástrica, distante a la cúpula vaginal, como medida para prevenir la formación de fistulas.

RESULTADOS

De todos los casos con diagnóstico de cáncer del cérvix uterino atendidos entre 1994 y 1997, el estadio clínico IB constituyó el 4.16%. El promedio de edad de estas enfermas fue de 42.5 años (rango de 29 a

68 años). Sólo una mujer (4%) fue mayor de 65 años. Trece pacientes (54.1%) fueron catalogadas como obesas (más del 10% de su peso ideal). El 37.5% de los casos fueron asintomáticos. Las pacientes sintomáticas presentaron: flujo fétido, sangrado transvaginal y dolor pélvico. El tiempo de evolución al momento del diagnóstico fue de dos semanas a un año tres meses.

De las 24 enfermas, 18 (75%) estaban en estadio clínico IB1 y las seis (25%) restantes en IB2. En cuanto a la histología, 18 (75%) casos correspondieron a carcinoma epidermoide, cinco (20.8%) fueron adenocarcinomas y el restante (4.16%) fue de tipo adenoescamoso.

El 30% de las 24 fueron evaluadas colposcópicamente; los casos restantes tenían elementos suficientes para establecer el diagnóstico. El tamaño tumoral osciló desde lesiones no visibles hasta lesiones con diámetro de 6 cm.

En lo que se refiere a los hallazgos transoperatorios, en ninguna paciente se documentó enfermedad extrapélvica.

En todas las enfermas premenopáusicas se realizó la conservación de uno o ambos ovarios; sin embargo, en forma posoperatoria se documentó insuficiencia ovárica en 30% de ellas. En todos los casos se utilizaron drenajes cerrados al retroperitoneo pélvico exteriorizados por contrabertura. No se realizó cistostomía, sólo se utilizó sonda de Foley de silastic.

El tiempo quirúrgico varió de 2:25 a 5:00 horas (promedio 3:56 horas). El sangrado transoperatorio fue de 250 a 1,000 mL (promedio, 550 mL). El tiempo de estancia hospitalaria fue de 4 a 11 días (promedio, 6.58 días); la estancia hospitalaria más prolongada correspondió a una paciente en quien se detectó un problema cardíaco de conducción en forma preoperatoria, que ameritó la colocación de Holter; no hubo repercusión hemodinámica, pero esta situación retrasó la realización del procedimiento quirúrgico.

El manejo de los drenajes y la sonda Foley se realizó en forma extrahospitalaria, con una permanencia de seis a ocho días y ocho a 10 días, respectivamente.

Ninguna paciente presentó complicaciones quirúrgicas (infecciosas, formación de linfoceles, fistulas, disfunción vesical). Sólo hubo una defunción, sucedió a los ocho meses del seguimiento y fue secundaria a enfermedad pulmonar metastática.

Los hallazgos histopatológicos fueron los siguientes: carcinoma epidermoide 66% (n = 16), adenocarcinoma 16.6% (n = 4), adenoescamoso 4.16% (n = 1) y lesiones intraepiteliales 12.5% (n = 4). El número

de ganglios pélvicos disecados fue de 11 a 20 (promedio, 16 ganglios). Ninguna de las 24 pacientes presentaron afección ganglionar metastática.

En cuatro (16.6%) casos se utilizó manejo adyuvante con base en radioterapia. Las indicaciones para su utilización fueron: afección parametrial en dos pacientes, tumor en bordes quirúrgicos (rodete vaginal) en una enferma y tumor voluminoso (mayor de 4 cm de diámetro) con histología desfavorable en el caso restante.

El seguimiento fue de cuatro a 30 meses (promedio, 13.3 meses). La supervivencia en este periodo fue de 95%. No se pudo establecer una diferencia clara en supervivencia entre estadios clínicos IB1 y IB2, por un número limitado de casos IB2 incluidos en la serie.

DISCUSIÓN

La histerectomía radical ha sido contemplada como un procedimiento para el manejo de las etapas del cáncer del cérvix uterino, desde su descripción por Werthein en 1986;² la cual ha sufrido en el transcurso de los años diversas modificaciones. Sin embargo, se ha conservado la esencia del procedimiento, que consiste en realizar la extirpación del cuerpo y el cérvix uterino con tejido parametrial más linfadenectomía pélvica de los grupos ganglionares primarios y secundarios del cérvix.

Las modificaciones realizadas al procedimiento incluyen: Cierre del muñón vaginal, peritonización del recto, vejiga y uréter, así como utilización de diversos tipos de drenajes;⁷ todo esto con la idea de disminuir el porcentaje de complicaciones derivadas del procedimiento. Los criterios de selección de las enfermas son tan importantes como la operación misma. En cuanto a las características del tumor deben ser, en forma ideal, tumores menores de 4 cm (estadio clínico IB1), sin predilección del tipo histológico.⁴

Las características ideales de las pacientes que se sometan a la histerectomía radical son: No obesas, sin cirugía abdominal previa, sin insuficiencia vascular de miembros inferiores y sin enfermedades intercurrentes. La edad y la obesidad no son contraindicaciones absolutas, ya que una selección adecuada de mujeres de más de 65 años tiene tan buenos resultados como las jóvenes.⁸

En el estudio de Soisson y Fuchtnar, que incluyó una serie de 320 enfermas con cáncer del cérvix uterino, 42 pacientes eran obesas, las cuales presentaron un mayor sangrado transoperatorio, mayor tiempo quirúrgico y mayor necesidad de transfusión sanguínea durante el procedimiento comparativa-

mente con pacientes en peso ideal.^{9,10} En nuestra serie, el 54.1% (13 mujeres) fueron obesas, pero no hubo mayor porcentaje de complicaciones.

En etapa clínica IB1, el manejo quirúrgico con histerectomía radical puede ser la única modalidad de tratamiento,⁶ ya que en estadios IB2 y IIA la posibilidad de manejo combinado es mayor.⁵

La distribución de los tipos histológicos registrada en nuestra serie es muy similar a la consignada en la literatura.^{2,4,5}

El cono cervical como método diagnóstico no aumenta el porcentaje de complicaciones, independientemente del intervalo de tiempo entre tal procedimiento y la cirugía definitiva.^{11,12}

El manejo preoperatorio con base en antibióticos, heparina profiláctica, enemas y catéter central, debe ser rutinario; sin embargo, existen series publicadas en las que esto no es considerado de esta manera.⁴

El tipo de abordaje quirúrgico siempre fue vertical (incisión media infraumbilical). Sin embargo, existen reportes que señalan que la realización de incisiones transversas a enfermas jóvenes y sin exceso de peso se acompañaban de baja morbilidad.¹³

Se efectuó disección de los relevos ganglionares primarios y secundarios del cérvix, con un promedio de ganglios disecados de 16, cifra inferior a la notificada en la literatura.¹⁴

Algunas de las medidas utilizadas para disminuir el porcentaje de complicaciones del tracto urinario son: evitar denudar el uréter cerca de la vejiga, preservación de la arteria vesical superior y fijación del uréter próximo a la iliaca interna, alejado de la cúpula vaginal.^{3,15} Existen series en las que la preservación de los vasos laterales del uréter son de poca importancia para el desarrollo de fistulas.⁷

Las modificaciones más importantes realizadas en nuestra serie, son la preservación del tejido vascular periureteral, conservación de la arteria vesical superior, la disección ganglionar sólo hasta la bifurcación de la arteria iliaca interna y externa, y el no realizar cistostomía.

La preservación de los ovarios macroscópicamente sanos fue indiscutible en las enfermas premenopáusicas, encontrándose una tercera parte de ellas con insuficiencia ovárica posoperatoria, lo cual es mayor a lo descrito en la literatura (20%).¹⁶

Se utilizó un drenaje rígido cerrado al retroperitoneo pélvico, exteriorizado por contrabertura. Barton recomienda sólo la utilización de un drenaje vaginal cerrado sin peritonizar el piso pélvico. Esto permite que el líquido que se forme se reabsorba a través de la superficie peritoneal, por lo que la utilización rutinaria del drenaje no previene la formación de linfocèle.^{17,18}

El tiempo quirúrgico promedio de esta serie fue de 3:56 horas con un sangrado promedio de 550 mL. En dos estudios revisados en cuanto al tiempo quirúrgico y el sangrado, éstos fueron de 4:30 horas y 1,000 mL, respectivamente.^{1,3,4}

La utilización de hemoderivados en enfermas sometidas a histerectomía radical ha disminuido de manera importante.¹⁹ Se ha demostrado que la transfusión produce inmunosupresión en forma multifactorial: aumenta el número de linfocitos supresores, disminuye el porcentaje de linfocitos asesinos y reduce la blastogénesis de linfocitos. Por otro lado, se ha visto que la transfusión no afecta la supervivencia ni el periodo libre de enfermedad.²⁰ La utilización de recuperadores de células es una buena alternativa para evitar las múltiples transfusiones y diversos estudios han demostrado que se aumenta la posibilidad de recurrencia tumoral.²¹

Las técnicas de hipotensión controlada, no incrementan la morbilidad y sí disminuyen hasta el 70% la pérdida de sangre y hasta en 30% el tiempo quirúrgico.²²

Las complicaciones del procedimiento, tales como fistulas ureterovaginales, sangrado, formación de linfocele y disfunción vesical, no las observamos en nuestra serie^{4,7,23}

Las infecciones quirúrgicas aunque han disminuido con la utilización de antibióticos, no son determinantes, ya que existen algunos otros factores a considerar: tiempo quirúrgico, obesidad, sangrado transoperatorio, transfusiones, enfermedades intercurrentes, etcétera.

La distribución de los tipos histológicos registrados en esta serie es muy similar a la consignada en la literatura.²⁵

En tres de los casos operados, el estudio de la biopsia evidenció lesión invasora del cérvix uterino (profundidad de invasión mayor de 5 mm); sin embargo, el reporte de patología definitiva evidenciaba la presencia de lesiones intraepiteliales.

La cifra de ganglios pélvicos positivos es del 20% en estadios IB. Sin embargo, en nuestros hallazgos todos resultaron negativos.⁵

El porcentaje de ganglios pélvicos aumenta (26.5 a 35.2%) en tumores voluminosos. La supervivencia a cinco años con ganglios pélvicos positivos es de 55.2% y con ganglios negativos es de 90.9%.²⁶ El tamaño tumoral también es un predictor de supervivencia a cinco años (tumores voluminosos 90% y tumores pequeños 80%).²⁷

En estudios con análisis univariado los factores que influyen en la recurrencia fueron: profundidad de invasión, histología no epidermoide, metástasis a más de 3 ganglios y metástasis ganglionares bilatera-

les; mientras que en el análisis multivariado fueron: tamaño tumoral (mayores de 4 cm), presencia de émbolos tumorales y metástasis ganglionares pélvicas. Por esta razón, el manejo adyuvante debe ser propuesto en este último grupo de pacientes.^{28,29} En la Clínica Mayo, Webb vio que el 40% de la recurrencias tenían ganglios positivos y sólo el 17% ganglios negativos. El tiempo de mayor presentación de las recurrencias son los dos primeros años (83%), siendo principalmente locorregionales.³⁰

Se ha identificado que la afección parametrial es un factor de mal pronóstico para recaída quizás tan importante como la presencia de ganglios positivos.³¹

La histerectomía radical es un procedimiento quirúrgico, cuyos criterios estrictos en la selección de las enfermas ofrece una cifra de curación mayor del 90% y en centros especializados un bajo porcentaje de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Underwood P. Radical hysterectomy: A critical review of twenty-two years experience. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134: 889-898.
2. Nelson HJ. *Atlas of radical pelvic surgery*. Appleton Century-Crofts. Meredith Corporation, 1975: 95-110.
3. Averette H, LaPlatney D. Current role of radical hysterectomy as primary therapy of invasive carcinoma of cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 105: 79-87.
4. Lerner H, Jones H. Radical surgery for the treatment of early invasive cervical carcinoma (stage IB): Review of 15 years experience. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 413-418.
5. DiSaia P, Creasman W. *Invasive cervical cancer. Clinical gynecologic oncology*. 4th ed. USA: Mosby Year Book, 1994: 58-125.
6. Shepherd J. Staging announcement FIGO Staging of gynecologic cancers: Cervical and vulva. *Int J Gynecol Cancer* 1995; 5: 319.
7. Symmonds R. Morbidity and complications of radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection. *AM J Obstet Gynecol* 1996; 94: 663-673.
8. Shuster P, Barter F. Radical hysterectomy morbidity in relation to age. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 77-79.
9. Soisson A, Sopr J. Radical hysterectomy in obese woman. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 940-943.
10. Fuchtner C, Manetta A. Radical hysterectomy in elderly patient: Analysis of morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 593-597.
11. Webb JM. Radical hysterectomy: Influence of recent conization morbidity and complications. *Obstet Gynecol* 1979; 53: 290-292.
12. Orr WJ, Shingleton M. Correlation of perioperative morbidity and conization to radical hysterectomy interval. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 726-731.
13. Orr JW, Orr JP. Radical hysterectomy: Does the type of incision matter? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 399-406.
14. Conte M, Benedetti P. Pelvic lymphocele following radical para-aortic pelvic lymphadenectomy for cervical carcinoma: Incidence rate and percutaneous management. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 268-271.
15. Newton M. Radical hysterectomy or radiotherapy for stage I cervical cancer. A prospective comparison with 5 and 10 years follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 123: 535-539.

16. Parker M, Bosscher J. Ovarian management during radical hysterectomy in the premenopausal patient. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 187-190.
17. Barton DP, Cavanagh D. Radical hysterectomy for treatment of cervical cancer: A prospective study of two methods of closed-suction drainage. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 533-537.
18. Lopes A, Hall J. Drainage following radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: Dogma or need. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 960-963.
19. Benjamin I, Barakat R. Blood transfusion for radical hysterectomy before an after the discovery of transfusion-related Human Immunodeficiency Virus Infection. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 974-978.
20. Monk B, Tewari K. Does perioperative blood transfusion affect survival in patients with cervical cancer treated with radical hysterectomy? *Obstet Gynecol* 1995; 85: 343-348.
21. Connor JP, Morris P. Intraoperative autologous blood collection and autotransfusion in the surgical management of early cancer of the uterine cervix. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 373-378.
22. Powell JL, Mogelnicki SA. Deliberate hypotensive technique for decreasing blood loss during radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147: 196-200.
23. Kadar N, Nelson J. Treatment of urinary incontinence after radical hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 400-404.
24. Marsden DE, Cavanagh D. Factors affecting the incidence of infectious morbidity after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 817-821.
25. Hopkins PM, Morley G. Stage IB squamous cell cancer of the cervix: Clinicopathologic features related to survival. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1520-1529.
26. Piver MS, Chung W. Prognostic significance of cervical lesion size and pelvic node metastases in cervical carcinoma. *Obstet Gynecol* 1975; 46: 507-510.
27. London D, Dunn L. Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy following pelvic irradiation. Five year survival rates for the year 1930-1959. *Am J Obstet Gynecol* 1965; 93: 1128-1132.
28. Lin H, Cheng W. Risk factors for recurrence in patients with stage IB IIA and IIB cervical carcinoma after radical hysterectomy and postoperative pelvic irradiation. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 274-279.
29. Webb MJ, Symmonds R. Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138: 813-817.
30. Krebs H, Helmckamp F. Recurrent cancer of the cervix following radical hysterectomy and pelvic node dissection. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 422-427.
31. Zreik TG, Chambers J. Parametrial involvement, regardless of nodal status: A poor prognostic factor for cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 741-746.

Dirección para correspondencia:

Dr. Gonzalo Montalvo Esquivel
Instituto Nacional de Cancerología,
Avenida San Fernando 22
01400 México, D.F.
Tel 56-28-04-00, ext. 287

Fecha de recepción: 10/01/00.

Fecha de aceptación: 29/02/00.