

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **70**

Número
Number **3**

Mayo-Junio
May-June **2002**

Artículo:




Cáncer del cérvix. Algunas consideraciones acerca de la cirugía radical

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



medigraphic.com

Cáncer del cérvix. Algunas consideraciones acerca de la cirugía radical*

Acad. Dr. Alfonso Torres-Lobatón**

Resumen

La cirugía radical tiene un lugar bien establecido en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino invasor temprano y en el manejo de las recurrencias postradiación. La histerectomía con linfadenectomía pélvica, se indica electivamente en el tratamiento de las etapas Ib1 y IIa en mujeres jóvenes. Prácticamente no tiene mortalidad y la morbilidad reportada en el Hospital General de México SSA, se ve vinculada fundamentalmente a las vías urinarias con 18.1% de disfunciones vesicales y 2% de fístulas. El seguimiento a 24 meses, mostró cifras sin evidencia de enfermedad en 89.6% de los estadios Ib y en 72.5% de los IIa. La calidad de vida en estas pacientes es satisfactoria y como factores pronósticos adversos se anotan el reporte de metástasis ganglionares y de adenocarcinomas.

De las pacientes laparotomizadas por cáncer cérvico-uterino recurrente a radiación en la Institución mencionada, 39.8% requirió de exenteración pélvica. En 32 años se realizaron 413 de estos procedimientos registrándose morbilidad actual para estas cirugías de 44.7%, con 20.6% de complicaciones mayores y cifras de mortalidad postoperatoria menores de 8.0%. De las pacientes que sobrevivieron a su cirugía, 49% evolucionó de 3 a 10 años sin evidencia de enfermedad, encontrándose como factores pronósticos adversos, un tumor fijo a pared pélvica, invasión al miometrio, dilatación de las vías urinarias y 3 o más ganglios con cáncer.

En esta Institución se tiene muy poca experiencia con procedimientos quirúrgicos destinados a mejorar la calidad de vida de estas pacientes, como las derivaciones urinarias continentales. Su Departamento de Psico-Oncología las apoya en la difícil labor de aprender a vivir en su nueva condición de exenteradas.

Palabras clave: cáncer de cérvix, cirugía radical.

Summary

Radical surgery is treatment of choice in young patients with stages Ib1 and IIa cervical cancer and represents the salvage procedure for radiation therapy failures in this disease. At the Mexico City SSA General Hospital morbidity of radical hysterectomy in stages Ib and IIa is mainly related with urinary disorders: 18.1% of vesical dysfunction and 2% of urinary fistules. Postoperative mortality in this procedure is practically 0 and follow-up without cancer at 2 years at this Institution is 89.6% for stage Ib and 72.5% for IIa. Quality of life in these patients is good and adverse prognostic factors occurred in presence of lymph node metastases and diagnosis of adenocarcinoma.

A total of 39.8% of laparotomized patients with localized cervical cancer recurrent after radiation therapy were subjected to exenterative procedures. There were 413 of these operations in 32 years at the previously mentioned Institution with actual morbidity of 44.7% and < 8% postoperative mortality. Forty nine percent of patients who survived to ultraradical surgery had a follow-up from 3 to 10 years without evidence of disease. Adverse prognostic factors in this series were lateral parametrial involvement, myometrial invasion, hydro-nephrosis, and three or more positive lymph nodes.

Surgical procedures considered for better quality of life in these cases, such as ileocolonic continent urinary reservoir, have been performed occasionally at this Institution. Our Phsyco-Oncology Department aided patients concerning learning to live under the new condition of life as an exenterate patient.

Key words: Cervical cancer, Radical surgery.

* Trabajo presentado en la Sesión Ordinaria de la Academia Mexicana de Cirugía, del 22 de Mayo del año 2001. Simposium: Cirugía Oncológica y Calidad de Vida.

** Consultor Técnico del Servicio de Oncología.
Hospital General de México SSA.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Alfonso Torres-Lobatón

Palenque No. 49 col. Narvarte. CP 03020 D.F.

Tels. 55-3812-00 y 55-19-17- 92. Radio: 56299800 Clave 7709

Hospital General: 57615353

Recibido para publicación: 05-06-2001.

Aceptado para publicación: 02-05-2002.

Introducción

El cáncer del cuello uterino ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los cánceres a nivel mundial con aproximadamente 500,000 casos anuales, es el más común en países en vías de desarrollo y se le atribuye un total de 200,000 fallecimientos por año^(1,2). En países desarrollados, el cáncer de cérvix ha dejado de ser un problema de salud. En la Unión Americana por ejemplo, se reporta que la mortalidad por esta enfermedad descendió 5 veces entre 1945 y 1991⁽³⁾, estimándose para 1998 una frecuencia de 13,700 casos nuevos de cáncer invasor y un total de 4,900 defunciones⁽²⁾.

La cifra anual reportada de casos nuevos en el país anteriormente mencionado, representa aproximadamente 20% de los diagnósticos de la enfermedad, pues de acuerdo a la Sociedad Americana del Cáncer⁽⁴⁾, 80% de los diagnósticos de cáncer del cérvix corresponde a carcinoma *in situ*, situación que justifica su descenso en las tasas de mortalidad.

En México, con más de 4,500 defunciones anuales, el cáncer cérvico-uterino ha constituido la principal causa de muerte por cáncer en la mujer y en el año de 1997, encabezó la lista de mortalidad en mujeres entre los 35 y los 64 años de edad⁽⁵⁾, por lo que se le sigue considerando un problema nacional de salud⁽⁶⁾.

De acuerdo al Registro Histopatológico de Tumores, en el año de 1997 se diagnosticaron en nuestro país 20,008 casos nuevos de cáncer del cérvix, de los que 11,189, (56%) fueron cánceres invasores y 8,819, (44%) *in situ*⁽⁷⁾. Si bien, las cifras descritas para lesiones tempranas superan ampliamente reportes previos de 18.8%⁽⁸⁾, lo que significa un avance en los Programas nacionales de detección; aún están lejos de alcanzar 80% informado en la Unión Americana, donde el cáncer cérvico-uterino no es ya un problema de salud.

Información disponible a partir de algunos de nuestros Centros Oncológicos^(8,9), muestra que en más de 50% de los casos tratados de cáncer del cérvix, se documentó el diagnóstico de etapas avanzadas de la enfermedad, situación que constituye un formidable reto, por el elevado número de pacientes, por lo complejo de los recursos a utilizarse tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de estos casos y por los desfavorables resultados terapéuticos obtenidos en las etapas III y IV de la enfermedad.

En esta presentación se muestran algunos aspectos relevantes de la cirugía pélvica radical por cáncer cérvico-uterino invasor y se comentan algunas de las acciones que se llevan a cabo a fin de mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

Histerectomía radical en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino invasor

Tiene su indicación fundamental en el tratamiento de neoplasias limitadas al cuello uterino con o sin invasión de la vagina, a condición de que la lesión primaria sea menor de 4 cm. Si bien los resultados globales a 5 años para estas etapas clínicas, (Ib1 y IIa) son similares a las reportadas con la radioterapia^(1,10,11); la cirugía tiene la ventaja de ser expedita y de que al tenerse el reporte definitivo de la pieza quirúrgica, se dispondrá de información relacionada con la presencia o no de factores pronósticos adversos como lo son: un tumor con extensión mayor a la diagnosticada clínicamente, invasión profunda del estroma cervical, invasión vascular o linfática y la existencia de metástasis ganglionares^(1,10,11).

Este procedimiento se considera de elección, en mujeres jóvenes y en aquellas que simultáneamente cursan con pato-

logía pélvica agregada que requiera de una intervención quirúrgica; o bien, cuando se diagnostica embarazo del primer trimestre más cáncer en las etapas señaladas.

La intervención se realiza siguiendo los preceptos de Joe Vincent Meigs⁽¹²⁾, de reseca el útero con el tercio superior de la vagina, la totalidad del parametrio en ambos lados de la pelvis y la resección de los cuatro niveles ganglionares de la pelvis: ganglios ureterales, obturadores, hipogástricos e ilíacos^(1,12).

La técnica quirúrgica utilizada en nuestro Servicio y recomendada por el autor, recuerda la histerectomía radical tipo III de Rutledge⁽¹²⁾, e incluye en sus aspectos relevantes, la disección de la totalidad de los ligamentos cardinales, de dos tercios de los ligamentos uterosacros; exposición, corte y ligadura de ramas anteriores del plexo hipogástrico conservando las arterias vesicales superiores y la disección ureteral para obtener la grasa parametrial con su contenido ganglionar, hasta 2 cm por debajo del cruce de los vasos uterinos. La pieza quirúrgica incluye un margen libre de tumor en vagina, de por lo menos 2 cm⁽¹³⁾.

La realización del procedimiento quirúrgico señalado requiere de una depurada técnica operatoria y si bien, prácticamente no tiene mortalidad, no está exenta de morbilidad^(10,12).

Un esfuerzo encaminado a tratar de disminuir las complicaciones postoperatorias derivadas de esta compleja cirugía y a mejorar por consiguiente la calidad de vida de las pacientes, dio por resultado en los primeros años de la década del noventa, una nula mortalidad y cifras de morbilidad comparables a las reportadas en la bibliografía internacional⁽¹⁴⁾.

En el cuadro I se muestran las complicaciones urinarias apreciadas en el grupo de pacientes intervenido con la técnica descrita. Estas complicaciones, son las más relevantes en cuanto a morbilidad, del procedimiento que nos ocupa⁽¹⁴⁾.

Los resultados del tratamiento en pacientes de nuestro Servicio sometidas a histerectomía radical, se muestran en los cuadros II y III^(9,13).

Tratamiento quirúrgico del cáncer cérvico-uterino recurrente a radiación

El tratamiento a considerar en estas pacientes es la exenteración pélvica que será anterior cuando se reseca la vejiga y se conserva el recto; o total, cuando se sacrifican ambas estructuras. En los dos procedimientos se realiza linfadenectomía pélvica y es necesario reconstruir la continuidad de las vías urinarias mediante la anastomosis ureteral a un segmento desfuncionalizado de la porción distal del íleon (conducto ileal), que se aboca a la piel de la pared del abdomen; o del recto sigmoides para algunos casos en los que se realiza exenteración total (conducto sigmoideo)^(1,10,12).

Lesiones centrales limitadas al cérvix y/o a la vagina que cursen con mínima fibrosis postradioterapia, eventualmente podrán ser resueltas con una histerectomía radical, operación que tiene indicaciones muy limitadas en este tipo de pacientes^(10,12).

Las exenteraciones pélvicas tienen su indicación en el tratamiento de lesiones centrales limitadas a la pelvis, en pacientes no muy añosas que cuenten con una óptima reserva

cardiorrespiratoria y renal, y que además estén dispuestas a manejar los estomas derivados de estas cirugías.

Se estima que en la Unión Americana una tercera parte de las pacientes con cáncer invasor del cérvix, desarrollan enfermedad residual o recurrente, y que en 25% de estos casos, la recurrencia es a nivel central. Entre 40 y 50% de las laparotomías para estos casos, no puede realizarse la exenteración, por encontrar enfermedad no resecable^(1,3).

De un grupo de 331 pacientes del Servicio de Oncología del Hospital General, laparotomizadas entre 1980 y 1989 con la finalidad de llevar a cabo una cirugía radical por cáncer cérvico-uterino recurrente a radiación, en 189, (57.0%) se llevó a cabo únicamente laparotomía y toma de biopsia. En 132, (39.8%) se realizaron exenteraciones pélvicas y en 10, (3%) histerectomías radicales⁽¹⁵⁾.

El número total de exenteraciones pélvicas realizadas en el Servicio y que han sido motivo de publicación, asciende a 413 y comprende un lapso de 32 años, de 1962 a 1994 inclusive. De ellas, 214, (52.8%) fueron anteriores; 195, (47.2%) totales y 4, (0.9%) posteriores, (conservación de vejiga resecando el recto) (Cuadro IV)^(15,16).

Estas intervenciones tienen morbilidad que va de 30 a 50%, cifras de mortalidad menores de 10% y supervivencia de 5 años sin actividad tumoral, de aproximadamente el 40%^(1,3,10,12).

El estudio de la evolución postoperatoria en un grupo de 29 pacientes exenteradas en nuestro Servicio entre 1990 y 1994 inclusive, mostró morbilidad de 44.7% y 0% de mortalidad postoperatoria⁽¹⁷⁾. Únicamente 20.6% de las complicaciones se consideraron como mayores y predominaron dentro de éstas, las relacionadas con las suturas uretrales (Cuadro V).

Análisis de años previos, mostraron morbilidad de 37.8%, mortalidad postoperatoria de 8.3% y seguimiento a dos años sin actividad tumoral de 50.5%⁽¹⁵⁾.

La evaluación de los factores pronósticos en 104 pacientes exenteradas del Servicio que sobrevivieron a su cirugía y que tuvieron un seguimiento por 3 o más años, mostró como factores pronósticos adversos, la presencia de parametrios fijos, invasión vesical y/o rectal, invasión al parametrio, dilatación de las vías urinarias y la presencia de 3 o más ganglios con cáncer⁽¹⁸⁾ (Cuadro VI).

Dentro de los esfuerzos realizados para mejorar la calidad de vida de la paciente exenterada, se comenta que en la Institución del autor, el mayor esfuerzo se ha encaminado a preparar psicológicamente a la paciente candidata a estos procedimientos, a recibir el impacto que representa el uso de estomas, a cambio de la posibilidad de conservar la vida. A partir de la segunda mitad de la década del noventa, el Departamento de Psicología Oncológica del Hospital trabaja activamente con las pacientes exenteradas y actualmente, un grupo de aproximadamente 50 de ellas se ha adherido al

Cuadro I. Histerectomía radical

Complicaciones urinarias (99 pacientes)		
Complicación	No. de pacientes	%
Disfunción vesical	18	18.1
Fístulas vesicovaginales	2	2.0
Fístulas ureterovaginales	1	1.0
Total:	21	21.1

Cuadro II. Histerectomía radical

Factores pronósticos Evolución sin enfermedad*			
Factor	No. de pacientes	Por ciento	Significancia
Estadio Ib	121/135	89.6	P < 0.05
Estadio IIa	29/40	72.5	
Tumor -de 2 cm	73/78	93.5	P < 0.05
Tumor de 2.1 a 4 cm	48/60	80.0	
Tumor mayor de 4 cm	12/23	52.1	

* 24 meses

Cuadro III. Histerectomía radical

Factores pronósticos Evolución sin enfermedad*			
Factor	No. de pacientes	Por ciento	Significancia
Ca. epidermoide	103/117	88.0	P < 0.05
Otros tipos histológicos	16/23	69.5	
Sin metástasis ganglionares	111/125	88.0	P < 0.05
Con metástasis ganglionares	8/15	55.3	

* 24 meses.

Cuadro IV. Exenteraciones pélvicas

Tipo	(413 pacientes)	
	No.	%
Anterior	214	51.8
Total	195	47.2
Posterior	4	0.9
Total:	413	99.9

Cuadro V. Exenteraciones pélvicas

Morbilidad	1990-1994	
	No.	%
Complicaciones menores:	7/29	24.1
Complicaciones mayores:	6/29	20.6
Dehiscencia sutura ureteral	2	6.8
Fístula ureterovaginal	2	6.8
Obstrucción intestinal	1	3.4
Insuficiencia renal crónica	1	3.4

Cuadro VI. Exenteraciones pélvicas

Factor	Factores pronósticos adversos* (104 pacientes)	
	3 a 10 años sin evidencia de enfermedad**	
	No.	%
Parametrio fijo	11/39	28.2
Invasión vejiga y/o recto	15/41	36.5
Invasión a miometrio	2/15	13.0
Dilatación de vías urinarias	2/13	15.3
3 o más ganglios +	4/15	26.6

*Sin estos hallazgos, evolucionaron sin actividad tumoral, 55-77%.

** Cincuenta y una de 104 (49.0%)

programa establecido y se reúne periódicamente para apoyarse en la difícil labor de aprender a vivir en su nueva condición de paciente exenterada.

Desde el punto de vista quirúrgico, un interesante aporte para estas pacientes ha sido la realización de derivaciones urinarias continentes, cuya implementación data de los años noventa y está destinada a evitar el uso de bolsas colectoras⁽³⁻¹⁰⁾. Su inconveniente es que aún no se tiene experiencia respecto a los resultados de su funcionamiento a largo plazo, el que prolonga aún más el acto quirúrgico y que aumenta los riesgos de morbilidad. Por lo anterior, muy pocas pacientes

del hospital han sido consideradas para estos procedimientos y nuestra experiencia al respecto aún es limitada.

La elaboración quirúrgica de neovaginas con colgajos, o el tratar de conservar la continuidad del aparato digestivo en pacientes con exenteración total, mediante anastomosis bajas del recto sigmoide utilizando engrapadoras; constituyen otras alternativas destinadas a mejorar la calidad de vida de estas enfermas. Desafortunadamente, tener que trabajar en zonas ampliamente radiadas cuya deficiente circulación constituye un riesgo real para la buena cicatrización de los tejidos, constituye la principal limitante para la implementación de estos procedimientos. Nuestra experiencia al respecto también es muy limitada.

La cirugía radical mantiene su vigencia en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino. Es de elección en el tratamiento de los cánceres invasores tempranos, cuando el diagnóstico se realiza en pacientes jóvenes y en aquellas que cursen con patología pélvica que requiera de una intervención quirúrgica. En manos expertas tiene una razonable morbilidad y ofrece la ventaja de que evidencia a través del estudio del espécimen, la presencia o no de factores pronósticos adversos.

El elevado número de casos avanzados diagnosticados en nuestras Instituciones de Salud, obliga a considerar el uso de cirugías ultraradicales en pacientes en las que por lo avanzado del padecimiento, ha fracasado la radioterapia como procedimiento terapéutico de elección. Menos del 40% de las enfermas con tumor limitado a la pelvis pueden ser candidatas a exenteraciones pélvicas, intervención que se acompaña hasta de 50% de cifras de morbilidad, un 8% de mortalidad y un seguimiento sin enfermedad a 5 años, menor de 40%.

En el Hospital General de México, el Departamento de Psico-Oncología ha colaborado estrechamente en los últimos años con el personal médico, apoyando a estas pacientes en la difícil labor de aprender a vivir en su nueva condición de exenteradas.

Procedimientos quirúrgicos de implementación reciente destinados a mejorar la calidad de vida de estas pacientes como lo son las derivaciones urinarias continentes, etc; desde el punto de vista práctico, sólo pueden beneficiar a un grupo muy selecto de enfermas, por lo que nuestros esfuerzos deberán encaminarse a reforzar las campañas de detección, pues sólo de esta manera, se estará en posibilidad de abatir los diagnósticos tardíos y con ello las cifras de muerte atribuidas a esta enfermedad.

Referencias

1. Hempling ER. Cáncer cervical en oncología ginecológica. Piver MS editor. 2nd ed. Marban; 2000.111-140.
2. Schoell MJ, Janicek FM, Mirhashemi R. Epidemiology and biology of cervical cancer. *Semin Surg Oncol* 1999;16:203-211.
3. Estape R, Angioli R. Surgical management of advanced and recurrent cervical cancer. *Semin Surg Oncol* 1999;16:236-241.

4. UTERUS (Cervical cancer). Cancer facts and figures. American Cancer Society; 1997.8.
5. Principales causas de mortalidad general en México, 1997. México: INEGI. Dir. Gral. Estadística; 1998.61-64.
6. Lazcano PE, Nájera AP, Alonso RP, Buiatti E, Hernández AM. Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional. *Cancerología* 1996;42:123-140.
7. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México. DGE/SSa. 1st ed. México: JGH Editores, S.A. de C.V.; 1999. 13-15.
8. De la Garza GJ, Ramírez JL, Solorza G, Juárez P, Aguilar JL, Mota A. Cáncer cérvico-uterino. *Gac Med Mex* 2000;136(Suppl): S65-S68.
9. Torres LA. Cáncer cérvico-uterino invasor. Estado actual del tratamiento quirúrgico en el Servicio de Oncología del Hospital General de México, SSa. *Cir Ciruj* 1993;60:92-102.
10. Eifel JP, Berek SJ, Thigpen TJ. Cancer of the cervix. In: De vita VT et al, editors. *Cancer principles and practice of oncology*. 5th ed. USA: Lippincot-Raven; 1997.1433-1456.
11. Julbegovic DB, Sullivan MD. Cervical cancer. In: *Decision making in oncology. Evidence-based management*. USA: Churchill-Livingstone Co.; 1997.1-25.
12. Disaia JP, Creasman TW. Cáncer cérvico-uterino invasor. In: *Oncología ginecológica clínica*. 4th ed. México: Ed. Mosby/Dorma Libros; 1994.58-125.
13. Torres LA, Matías SM, Hernández AD, Román BE. Histerectomía radical por cáncer cérvico-uterino. Experiencia con 217 pacientes. *Ginec Obstr Mex* 1991;559:8-14.
14. Torres LA, Rueda MM, Román BE, Rojo HG, Barra MR. Complicaciones de la histerectomía radical en el manejo del cáncer cérvico-uterino estadios Ib y IIa. *Ginec Obstr Mex* 1996;64:265.
15. Torres LA, Matías SJ, Bastida BA, Hernández AD, Román BE. Tratamiento quirúrgico del cáncer cérvico-uterino recurrente a radiación. *Cancerología* 1993;39:1795-1801.
16. Rodríguez CH, Torres LA, Garza NM, Hernández AD, Herrera N. Pelvic exenteration for carcinoma of the cervix. Analysis of 252 cases. *J Surg Oncol* 1988;38:121-125.
17. Torres LA, González MR, Román BE, Hernández AD, Rojo HG. Estado actual de la frecuencia y complicaciones de las exenteraciones pélvicas por cáncer cérvico-uterino recurrente a radiación. *Ginec Obstr Mex* 1996;64:538.
18. Torres LA, Bastida BA, Márquez AG, Hernández AD, Román BE, Rojo HG. Exenteraciones pélvicas por cáncer cérvico-uterino. (factores pronósticos). *Ginec Obstr Mex* 1994;62:189-193.

