

Panhisterectomías Estudio Anátomo Clínico*

DR. GONZALO VARGAS CHACÓN**

DR. SAEED MEKBEL***

Por ser el cáncer cérvico uterino uno de nuestros mayores problemas por su alta incidencia y su tratamiento aún sujeto a controversias, hemos creído oportuno valorar resultados desde el punto de vista quirúrgico. Como todos sabemos, en nuestro país, el cáncer de cérvix en sus estadios I y II se aborda generalmente por métodos quirúrgicos; desafortunadamente nunca hemos contado con estadísticas propias, con el fin de valorar la bondad de este procedimiento.

Como es prácticamente imposible en nuestro medio hacer una estadística general de todos los casos operados, fundamentalmente por ser el control postoperatorio a veces sumamente difícil, por razones ya de todos conocidas y por la gran variedad de técnicas quirúrgicas usadas por los diferentes cirujanos que abordan este problema; hemos creído prudente presentar exclusivamente los casos operados por uno de nosotros**, que aunque en número modesto nos permitirá valorar aproximadamente, lo que podemos lograr con este procedimiento, esperando en un futuro, encontrar otras estadísticas cada vez mayores y hasta con mejores resultados.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los expedientes de los 96 pacientes operados tanto en el Hospital San Juan de Dios como en el Hospital Central del Seguro Social, desde noviembre de 1962 hasta diciembre de 1968, o sea 6 años. Por medio de la Clínica de Tumores se pudo lograr el control de gran número de estas pacientes. Asimismo se revisaron histológicamente las piezas quirúrgicas de todos los casos.

En todos los casos operados se usó la técnica del Dr. Joe Meigs consistente en: Panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral y vaginectomía alta con extirpación de tejido paracervical y pararrectal. Esporádicamente usamos la Técnica de Okabayashi (6), la incisión fue la de Cherney (7) en la mayoría de los casos y sólo esporádicamente usamos la pubo-umbilical (3-9-10).

* Trabajo realizado en los Servicios de Oncología y Anatomía Patológica de los Hospitales San Juan de Dios y Central del Seguro Social.

** Servicio de Oncología, Hospital San Juan de Dios, San José.

*** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital México, San José.

EDAD:

De los 96 casos aquí presentados, el 84% oscilaba entre la cuarta y la sexta décadas, teniendo como casos extremos una mujer de 27 años y otra de 72 años. (Cuadro N° 1).

ESTADIOS:

43 pacientes correspondían al estadio I, 48 al estadio II y 5 al estadio II - III. (Cuadro N° 2).

Tuvimos 3 casos asociados con embarazo, uno del estadio I y dos del estadio II.

CORRELACION ENTRE EXTENSION CLINICA
Y ANATOMOPATOLOGICA:

Es interesante notar que en el estadio I, ocho de los pacientes tenían invasión a vagina o cuerpo. Sabemos que clínicamente la valoración no es tan exacta como sería de desear y muchas veces casos clasificados como estadio I, quirúrgicamente corresponden a un II o más, o viceversa; esto es debido a un gran número de factores que pueden distorsionar la exploración; pero está bien establecido que una vez clasificado un caso en determinado estadio clínico, éste debe mantenerse para siempre, aunque los hallazgos quirúrgicos demuestren lo contrario (7). Así vemos que en el estadio II tenemos 24 casos limitados exclusivamente al cuello, pero a pesar de esto los seguimos considerando como estadio II. En el estadio II-III se acerca más a la realidad teórica y práctica. (Cuadro N° 3). Meigs (7) reporta hasta un 37.7% de error en la clasificación clínica.

RELACION ENTRE ESTADIO CLINICO Y METASTASIS
GANGLIONARES:

Como es de suponer cuanto más avanzada es la enfermedad, mayor es la frecuencia de ganglios positivos. Meigs (7) reporta un 11.4% de ganglios positivos en el estadio I; un 11.8% en el estadio II y 33% en el estadio III.

Navratil (5) reporta un 11.4% en el estadio I, 23% en el estadio II y 43% en el estadio III.

Bean (2) reporta recientemente el 11% en estadio I y 35.3% en estadio II; en cambio Masubuchi (6) reporta 4.7% y 22.2% respectivamente.

Los porcentajes nuestros demuestran cierta similitud con dichos reportes. (Cuadro N° 4).

RELACION ENTRE ESTADIO Y METASTASIS DE CADENAS
GANGLIONARES:

Cuadro N° 5.

Bean (2) y colaboradores encontraron, de 148 casos operados y clasificados como estadios I y II, los ganglios positivos en 24 casos. Los ganglios de la cadena ilíaca interna estaban involucrados en 12 pacientes, el grupo obturador en 6 casos y ambos grupos involucrados en otros 6.

En nuestros casos los sitios más frecuentes fueron las cadenas de la ilíaca interna y obturadoras; ilíaca externa. Es de notar que en el estadio II nos encontramos 5 casos con invasión de parametrios. Es interesante señalar que los ganglios del parametrio raramente están involucrados y parece que las metástasis en los

ganglios hipogástricos, ilíacos y aórticos se producen antes que en los ganglios del parametrio. Por lo tanto, estas metástasis son manifestación tardía, debidas probablemente a propagación linfática retrógrada por bloqueo proximal, generalmente se produce primero linfedema del parametrio, que puede inducir a error al clínico haciéndole sospechar una infiltración que no siempre se confirma al examen histológico. En el estadio II-III estaban invadidos los parametrios en la totalidad de los casos.

TIPO HISTOLOGICO:

El tipo histológico predominante lógicamente fue el carcinoma epidermoide (88 casos), siguiéndole el adenocarcinoma, el cual se presentó en 7 casos; un caso fue diagnosticado como adenoacantoma (Cuadro N° 6).

Los casos de adenocarcinoma correspondieron a estadio I, uno; estadio II, 5 casos y otro estadio II-III, de los cuales hay vivos 5 casos y sin control 2.

COMPLICACIONES - NUMERO DE CASOS:

Tuvimos un caso de muerte trans-operatoria por hemorragia de vasos presacros. Las complicaciones post-operatorias en su mayoría fueron a consecuencia de problemas de fístulas urinarias, problemas por absceso de pared pélvica así como problemas de atonía vesical. (Cuadro N° 7). Con relación a las fístulas, Masterson (8) reporta un 12% de fístulas y Bean un 8% (2).

SOBREVIDA GLOBAL: (Cuadro N° 8)

En la actualidad tenemos un total de 62 pacientes vivas, sobrevida que varía desde un año a 7 años, 14 pacientes comprobados que han fallecido a causa de la enfermedad y 20 pacientes sin control, varias de las cuales tenían más de 3 años de sobrevida y que no fue posible localizarlas, las causas fundamentales en nuestro país de la falla en el control post-operatorio estriban generalmente en que pacientes que viven en zonas alejadas no regresan porque, o se sienten bien y asumen que están curadas, o que no cuentan con medios económicos para sus viajes. En cambio la paciente que presenta recidiva generalmente tarde o temprano es hospitalizada.

SOBREVIDA GLOBAL DE MAS DE 3 AÑOS: (Cuadro N° 9)

En los porcentajes de sobrevida de más de 3 años, hemos eliminado a las pacientes sin control, muchas de las cuales en el último examen practicado en 1968 estaban sin recidiva.

Bean (2) y colaboradores publican una estadística de 88 casos obtenidos en el estadio I una sobrevida a los 3 años del 78.9%, 65.6% a los cinco años y 40.9% a los diez años. En el estadio II 66.7%, 62.5% y 33.3% respectivamente.

En nuestras estadísticas tenemos un 85% en el estadio I, 61.9% en el estadio II y de 60% en el estadio III, éste de poco valor debido al escaso número de casos.

En general la sobrevida por cirugía y radiación varía de país a país. Como extremos tomamos las estadísticas del Japón (6): en 1965 el Comité de Cáncer Uterino reportó 80.6% en el estadio I y 64.1% para el estadio II y para Radioterapia 53.5% y 45.4% respectivamente.

Recientemente se publicó un total de 2.145 casos tratados por cirugía y radiación, de 1950 a 1959 en el Instituto de Cáncer de Tokio (6), obteniéndose una sobrevida quirúrgica de 90.5% en el estadio I y 74.4% en el estadio II; por radioterapia se obtuvo respectivamente 88.2% y 68.7%, es decir, no hay estadísticamente gran diferencia entre los dos métodos.

En América las estadísticas con radioterapia vienen siendo similares en sus resultados (1-5-10).

SOBREVIDA GLOBAL EN RELACION A LAS METASTASIS

GANGLIONARES: (Cuadro N° 10)

Lo que sí es obvio es que la sobrevida a los 5 años con ganglios positivos es mucho más baja y la proporción reportada por varios investigadores varía de un 20% (Brunschwig y Rössler) a 49.2% (Curie) (6).

En el Instituto de Cáncer del Japón la sobrevida a los 5 años sin metástasis en el estadio I fue de 92.2% y con metástasis de 57.1%. En el estadio II sin metástasis de 81.2% y con metástasis de 50.8%. En nuestros casos se empieza a vislumbrar a groso modo la influencia estadística que se va apreciando en las pacientes con ganglios positivos.

TIEMPO DE RECIDIVA:

En nuestros casos fallecidos vemos que ésta sobrevino muy pronto en los casos más avanzados, pero no deja de llamar la atención que en el estadio I tres pacientes presentaron recidiva en corto plazo, una de las cuales presentaba gran infiltración en la vulva.

CONCLUSIONES:

Después de analizados los 96 casos operados por carcinoma del cérvix, vemos que realmente han sido alentadores los resultados obtenidos y en muchos aspectos nuestras estadísticas no difieren mucho con la de centros especializados.

Creemos que en nuestro país la elección de la clase de tratamiento para estos pacientes deberá de estar acorde con el elemento humano quirúrgico especializado y los radioterapeutas, supeditado por supuesto a las condiciones y deseos del paciente.

RESUMEN:

Se presentan 96 casos de carcinoma del cuello uterino tratados por panhisterectomía. La sobrevida global de tres años fue de 72.5 por ciento, siendo de 85 por ciento en el estadio I y 61.9 en el estadio II. La sobrevida de 5 años fue de 57.6 por ciento. Estas cifras son comparables a las de otros centros especializados.

SUMMARY:

Ninety six cases of panhysterectomy for carcinoma of the cervix uterii are presented. The overall three-year survival was 72.5 per cent, being 85 per cent the survival in stage I and 61.9 per cent in stage II. The five year survival was 57.6 per cent. These figures are comparable to those of other specialized centers.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCION POR EDADES

Edad	N° Casos
20 — 30	4
30 — 40	26
40 — 50	32
50 — 60	23
60 — 70	9
70 — 80	2
TOTAL	96

CUADRO N° 2

ESTADIO CLINICO

Estadio	N° Casos
I	43
II	48
II — III	5
TOTAL	96

CUADRO N° 3

CORRELACION ENTRE EXTENSION CLINICA
Y ANATOMIA PATOLOGICA

	Estadio Clínico	Examen Anatomopatológico
I	43 pacientes	Limitado al cuello 35 Invasión de vagina o cuerpo 8
II	48 pacientes	Limitado al cuello 24 Invasión de parametrio vagina o cuerpo 24
II-III	5 pacientes	Invasión en todos

CUADRO N° 4

RELACION ENTRE ESTADIO CLINICO
Y METASTASIS GANGLIONARES

Estadio	Con Metástasis	Sin Metástasis	Total
ESTADIO I	5 (14%)	38 (86%)	43
ESTADIO II	18 (38%)	30 (62%)	48
ESTADIO II - III	3 (60%)	2 (40%)	5
TOTAL	24 (25%)	72 (75%)	96

CUADRO N° 5

RELACION ENTRE ESTADIO Y METASTASIS GANGLIONARES

Estadio	Parame- trio	Ilíaca Externa	Ilíaca Interna	Obtura Dura	Clocquet	Ilíaca Común	Presacro
I			3	3	1		
II	5	7	12	8		2	1
II-III	4		3	3			

CUADRO N° 6

TIPO HISTOLOGICO

Carcinoma	
Epidermoide	88
Adenocarcinoma	7
Adenoacantoma	1
TOTAL	96

CUADRO N° 7

COMPLICACIONES N° CASOS

TRANS-
OPERATORIOS

Hemorragia 1 (1%)

POST-
OPERATORIOS

Atonía	7
Absceso pélvico	10
Oclusión intestinal	3
Eventración	2
Sepsis urinaria	3

FISTULAS

Vesico vaginal	5
Uretero vaginal	6
Fístula doble (13.5%)	2

CUADRO N° 8

SOBREVIDA GLOBAL

Estadío	Menos 3 años	3 años	5 años	Sin control	Muertos
I	10	13	10	6	4
II	13	3	8	16	8
II - III		2	1		2
Totales	23	18	19	22	14

CUADRO N° 9

SOBREVIDA GLOBAL DE MAS DE 3 AÑOS

Estadío	N° Casos	%
I	23	85
II	13	61.9
II - III	3	60

CUADRO N° 10
 SOBREVIDA GLOBAL EN RELACION A LAS METASTASIS
 GANGLIONARES

Estadio	Ganglios Positivos		Ganglios Negativos		Total
I	Muertos	0	Muertos	4	
	Vivos	4	Vivos	29	
	Sin control	1	Sin control	5	43
	Total	5	Total	38	
	%	100	%	88	
II	Muertos	5	Muertos	3	
	Vivos	5	Vivos	19	
	Sin control	8	Sin control	8	48
	Total	18	Total	30	
	%	50	%	86	
II	Muertos	2	Muertos		
	Vivos	1	Vivos	2	
	Sin control		Sin control		5
	Total	3	Total	2	
	%	33	%	100	

CUADRO N° 11
 TIEMPO DE RECIDIVA

Estadio	Menos 3 meses	6 meses	1 año	2 años
I	0	3	1	
II		3	1	4
II - III	2			

BIBLIOGRAFIA :

- 1.—ACKERMAN Y DEL REGATO.
Cáncer C. V. Mosby Co. Saint Louis, 1962.
- 2.—BEAN, J. L., WHETHAN, J. C., VERNON, C. P.
Results of surgical treatment of carcinoma of the cervix. *Am. J. Obst. Gynec.* 103:465-470, 1969.
- 3.—CLAIRBONE, H. A., THORNTON.
Pelvic lymphadenectomy for Carcinoma of the uterine cervix. *Am. J. Obst. Gynec.* 80:672-679, 1960.
- 4.—NEWTON, M., HICKMAN, B. T., BOLTEN, K. A.
Radical hysterectomy vs Radiotherapy in stage I. Cervical cancer: preliminary results. *Obst. Gynec.* 24:563-568, 1964.
- 5.—FLETCHER, G. H.
Carcinoma of the uterine cervix, endometrium and ovary. The University of Texas. M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute. Year Books Med Publishers, 1960.
- 6.—MASUBUCHI, K., TENJIN, Y., KURO, H., MITSUO, K.
Five year cure rate for carcinoma of the uterine cervix. *Am. J. Obst. Gynec.* 103: 566-573, 1969.
- 7.—MEIGS, J. V.
Terapéutica Quirúrgica del Cáncer del Cuello Uterino. Salvat, España, 1959.
- 8.—MASTERSON, J. G.
Radical Surgery in early Carcinoma of the Cervix. *Am. J. Obst. Gynec.* 87:601-608, 1963.
- 9.—PARSON, L., CESANE, F., FRIEDEL, G.
The evaluation of Lymphadenectomy in therapy of cervical cancer. *Ann Surg.* 151: 961-967, 1960.
- 10.—PACK, G. T., ARIEL, I. M.
Tumors of the female genitalia. Vol. 6. Hoeber - Harper, New York, 1962.