

# Histerectomía ampliada en el tratamiento del carcinoma in situ del cervix

Dr. Héctor García Bolaños\*

Dr. Carlos Ml. Prada Díaz\*

Dr. Teodoro Mangel León\*

## RESUMEN

Se analizan las histerectomías ampliadas, desde la apertura del Hospital México, en setiembre de 1969, hasta diciembre de 1980, inclusive; método quirúrgico usado en el tratamiento del carcinoma in situ del cervix, así como del carcinoma microinvasor.

Si bien la radicalidad en el tratamiento quirúrgico del carcinoma in situ ha sido polémica, especialmente en la última década, donde se han hecho revisiones extensas en el manejo conservador de esta patología (excisión local, cauterización, criocirugía, conización), creemos que para nuestro medio, en donde las condiciones socioculturales de las pacientes dan alto porcentaje de pérdida en el control periódico, la histerectomía ampliada es el método quirúrgico que da mejores resultados y encontramos una mínima diferencia en la morbilidad de la técnica quirúrgica, comparada con la histerectomía simple, evitando el 2.5 a 3% de recidiva cuando se usa este tipo de cirugía en el tratamiento del carcinoma in situ del cervix. También queda demostrada la alta incidencia de lesión residual en la pieza quirúrgica (útero), cuando se ha practicado conización cervical previa. En nuestro estudio fue de 10.66% de lesión maligna residual.

Se revisan los resultados de 305 casos que ya tenían 5 años de cirugía y encontramos sólo una recidiva (0.21%) del total de 459 casos de la revisión.

## SUMMARY

Review of 459 hysterectomies since the opening

\* Servicio de Ginecología, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

of Mexico Hospital in September 1969 through December 1980. We used the hysterectomy with excision of a eide vaginal cup and ureter dissection as the treatment of cervical carcinoma in situ and microinvasive carcinoma.

Although this radical procedure has been questioned, we do believe that in our population where the patients are difficult to go on a continued follow-up program, this treatment will give us better results than any other, and we would not have the 2.5-3% recurrence with the simple hysterectomy.

It is important to point out the high incidence of residual carcinoma in situ of the post conization hysterectomy specimens: 10.66% in our review.

We found recurrent carcinoma in situ only in one patient out of 305, who had 5 years of surgery, giving a 0.21% recurrence rate.

## INTRODUCCION

Aún cuando la mortalidad por carcinoma de cervix ha caído significativamente en las últimas décadas, se mantiene una gran polémica en cuanto al tratamiento en sus estadios iniciales: carcinoma in situ.

Tenemos como objetivo, revisar nuestro resultado en la histerectomía ampliada, método quirúrgico que usamos en nuestro Servicio como tratamiento definitivo en el carcinoma in situ y microinvasor del cervix.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisan los expedientes de 459 pacientes en que se diagnosticó carcinoma in

situ de cérvix, por conización en 419 casos y por biopsia dirigida por colposcopia en 40 casos; todos ellos derivados de la Consulta Externa, desde setiembre de 1969 hasta diciembre de 1980, inclusive. El método quirúrgico usado en el tratamiento de dicha patología fue la histerectomía abdominal, con disección de ureteros y remoción de mango vaginal y tejidos parametriales mediales, usando la técnica de Wertheim modificada por Te Linde.

## RESULTADOS

La edad de las pacientes (cuadro #1) presentó su máxima incidencia en la tercera y cuarta décadas de la vida (69.7%), presentándose el pico de mayor incidencia en la cuarta década (44.43%). La media fue de 36.2 años.

En el grupo de pacientes estudiadas, la menarca no muestra variante en cuanto a la edad de aparición en el resto de la población costarricense. El pico máximo de aparición fue entre los 12 y 15 años (76.23%), con una media de 13.5 años.

El inicio de la vida sexual activa (cuadro #2), como era de esperar en este tipo de patología, fue muy temprano, dándonos que el 62.07% fue para las edades entre los 15 y 19 años, con una media de 18.11 años.

En el grupo de mujeres estudiadas (cuadro #3), tres fueron nuligestas: dos de 39 años con C.I.S., cono insuficiente y sin deseo de hijos y otra de 36 años, cono suficiente, que tampoco deseaba familia. En el resto encontramos que las grandes multíparas (4 partos o más), representó el 62.08%, mientras que las primíparas sólo el 6.97%.

La planificación familiar de estas pacientes (cuadro #4), se realizó con gestágenos orales en un 39.65%, mientras que no planificó el 18.73%. Se usaron métodos de barrera sólo en el 7.62%.

La citología se referencia a la consulta externa, en un 73.19% se diagnosticó como D.S. y C.I.S., positivo por carcinoma en 6.53% y sólo un 1.96% de los casos no reportó más alteraciones que cambios inflamatorios. (Cuadro # 5).

Colposcópicamente imágenes leucoqueratóticas sospechosas de malignidad, se encontraron en el 93.73% de los casos (cuadro #6).

En el estudio colposcópico, la prueba de Shiller fue positiva en un 92.59% de los casos.

Vemos que la biopsia se reportó positiva por C.I.S. y microinvasor en 372 casos (81.04%), de los cuales 79.52% era C.I.S. y 1.52%, microinvasor. Lesión menor que C.I.S. se dio en el 18.07% de los casos, (cuadro # 7).

La conización dio resultados que correlacionan con la colposcopia y la biopsia, pues hubo 322 casos de C.I.S. (70.15%) y 20 de microinvasor (4.35%). El cono se reportó insuficiente (cuadro #8) en 35 casos (8.35%), porcentaje bajo si lo comparamos con trabajos de Boyd: 10%; Young: 17% y Enterline: 21%. Lesión menor de C.I.S. se reportó en el 16.76%, de los cuales todos tenían biopsia previa de C.I.S.

La pieza quirúrgica (cuadro #9) fue reportada con lesión residual neoplásica en 10.66% de los casos. Había 44 (9.58%) con C.I.S. residual, lo que es menor que lo reportado por autores como Silbar y Woodruff: 21.7%, y de Creasmany Rutledge: 22.6%; se demostró microinvasión en 2 casos (0.43%) y lesión invasora en 3 (0.65%), de los cuales uno no tenía cono previo y los otros dos casos tenían C.I.S. con cono suficiente en uno y el otro también C.I.S. con cono insuficiente. Hubo lesión menor de C.I.S. en 11.32% de los casos.

El tiempo operatorio fue de 3.54 horas máximo y de 0.54 horas mínimo, con una media de 2.18 horas.

Estancia intrahospitalaria fue de 8.42 días promedio, 1.21 días preoperatorio y de 7.21 días el postoperatorio.

Hubo un total de 132 casos de complicaciones menores y mayores, asociadas al acto quirúrgico y su postoperatorio, dando un 28.68%. Por el tipo de cirugía (Te Linde) sólo se presentaron 4 casos de sección de ureteros (0.87%). No hubo muertes debido a complicaciones por la cirugía. (Cuadro # 11).

Del total del estudio, tienen 5 años de operadas 305 pacientes, encontrando recidiva neoplásica sólo en una paciente (0.21%). Han perdido control el 40.65% de las pacientes. (Cuadro # 12).

Han habido 3 muertes en el estudio, ninguna de ellas fue causa la neoplasia cervical. Vemos que 2 de esas muertes fueron por un segundo cáncer primario a

otros niveles y junto con otra paciente que se encuentra en tratamiento por carcinoma infiltrante ductal de mama, hacen 3 casos que presentaron un segundo cáncer primario (0.65%). (Cuadro #13).

## COMENTARIO

Vemos la asociación de multiparidad e inicio temprano de vida sexual, con la aparición del carcinoma de cérvix, como factores epidemiológicos decisivos. La edad de aparición ha mostrado tendencia a disminuir en el carcinoma in situ, observándose un aumento progresivo en la tercera década de la vida, lo que, según Yule y otros investigadores, se debe al cambio en las últimas dos décadas de los métodos anticonceptivos usados, ya que los métodos de barrera han sido desplazados por el D.I.U. y los gestágenos orales, eliminando la protección que daban dichos métodos contra factores que intervienen en la génesis de carcinoma de cérvix (virus, proteínas del semen), aunque no se puede dejar de lado, como factor importante, el aumento en la promiscuidad sexual e inicio, cada vez más temprano, de relaciones sexuales.

Es interesante los resultados de los estudios practicados para llegar al diagnóstico de C.I.S.: la citología fue positiva en un 79.72% y se encontró imagen colposcópica sospechosa en un 93.73% de los casos, con una prueba de Shiller positiva en el 92.55%. La biopsia resultó positiva por C.I.S. y microinvasión en 372 casos (81.04%) y, finalmente, el cono reveló C.I.S. o microinvasión en el 74.5% de las piezas.

Los resultados obtenidos vienen a reafirmarnos la conducta que se ha seguido en el Servicio, desde su apertura, en el manejo del C.I.S. Si bien es cierto, existen estudios serios que demuestran el éxito obtenido con un manejo conservador, como es la electrocauterización, criocirugía y cono, ellos mismos preconizan la necesidad de un control estricto de la paciente a largo plazo, lo que en el medio sociocultural de la mayoría de nuestras pacientes, no se ha podido lograr. Vemos cómo en nuestro estudio, un 40.65% de las pacientes se han perdido, de ellas el 29.83% lo hicieron en los primeros doce meses después de la cirugía. Este fenómeno se podría explicar por migración de las

pacientes a sus áreas de atracción, principalmente por la apertura de Hospitales como el Monseñor Sanabria, La Anexión y el traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social, de los Hospitales de Liberia y Alajuela, donde existe consulta ginecológica, y por el hecho de que esta pérdida de pacientes fue más marcada en los 5 primeros años del estudio.

La cirugía no representó un tiempo de hospitalización significativamente mayor, que el de la histerectomía simple, como tampoco la morbilidad obtenida del acto quirúrgico, de 28.65%, en donde la sepsis urinaria y el síndrome febril aportan el 16.11% de la morbilidad global, resultados que son aceptables si los comparamos con grandes series publicadas, como la de Amirikia, que revisa 4228 histerectomías abdominales; y Gray, de 2421, donde reportan un 20.8% y 16.4% de morbilidad, respectivamente. Por la técnica en sí, la lesión ureteral se presentó en 4 casos (0.87%), que tampoco muestra diferencia respecto al mismo accidente en la histerectomía abdominal simple: 0.5 a 1%, según Everett y Mattyngly, y 0.53%, según Aguilar y Prada.

El tiempo operatorio sí es mayor en la histerectomía ampliada, que en la histerectomía simple, pero ello no representa mayor riesgo para la paciente.

Hubo recidiva en un caso, comprobado por biopsia de cúpula, positiva por carcinoma in situ, cuatro años posterior a la cirugía. Había tenido cono insuficiente con C.I.S. y la pieza quirúrgica (útero) tenía C.I.S. residual. En otro caso hubo persistencia de la lesión, diagnosticándose carcinoma epidermoide invasor de cúpula vaginal, 9 meses posterior al Te Linde. Había presentado C.I.S. multicéntrico en cono suficiente y C.I.S. residual en pieza quirúrgica.

El resto de las pacientes controladas se encuentran libres de tumor, al momento del presente estudio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, M. y Prada, C.M.: Histerectomía total vs. histerectomía subtotal en nuestro medio. Rev. Méd. C.R., 20: 335, 1963.
2. Amirikia, H.: Ten-year review of hysterectomies: Trends, indications and risks. Am. J. Gynecol. 134: 431, 1979.

3. Ahlgren, M. et al: Management of CIS of the cervix by selective local excision. Act. Obst. Gynecol. Scand., 56: 531, 1977.
4. Barclay, D.L.: Cancer of the vagina after hysterectomy for severe dysplasia or CIS of the cervix. Gynecol. Oncol., 8: 1, 1979.
5. Boyes, D.A. et al: The results of treatment of 4389 cases of preclinical cervical squamous carcinoma. J. Obstet. Gynaecol. Br. Comm., 77: 769, 1970.
6. Cascante, J.F.: Tratamiento del carcinoma in situ del cuello uterino. Act. Méd. Cost., 23: 307, 1980.
7. Creasman, W.J.: Conservative management of cervical intraepithelial neoplasia. Clin. Obst. Gynecol., 23: 281, 1980.
8. Creasman, W.J., and Rutledge, F.: Carcinoma in situ of the cervix. Obstet. Gynecol., 39: 373, 1972.
9. Fennell, R.H.: Microinvasive carcinoma of the cervix uteri. Obst. Gynecol. Surv., 33: 406, 1978.
10. Gray, L.A.: Open cuff method of abdominal hysterectomy. Obst. Gynecol., 46: 42, 1975.
11. Lee, R.A. et al: Recurrent CIS of the vagina in patients previously treated for in situ carcinoma of the cervix. Obstet. Gynecol., 48: 61, 1976.
12. Novak, E.R. et al: Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana, México D.F., p. 274, 1970.
13. Silbar, E.L. and Woodruff, J.D.: Evaluation of biopsy, cone and hysterectomy sequence in intraepithelial carcinoma of the cervix. Obstet. Gynecol., 31: 430, 1968.
14. Te Linde, R.W. and Mattingly, R.F.: Ginecología Operatoria. Ed. El Ateneo, Barcelona, España, p. 580, 1980.
15. Vaclavinkova, V. et al: Follow-up studies in dysplasia and CIS of the cervix. Act. Obstet. Gynecol. Scand., 57: 69, 1978.
16. Way, S. et al: Some experiences with pre-invasive and microinvasive cancer of the cervix. J. Obst. Gynaecol. Br. Comm, 75: 593, 1968.
17. Woodruff, J.D.: Tratamiento del CIS recidivante en porción inferior del conducto genital. Clin. Obst. Gynecol., 8: 757, 1969.
18. Yule, R.: Mortality from carcinoma of the cervix. Lancet, 8072: 1031, 1978.

**Cuadro # 1**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

<b>EDAD</b>		
Quinquenio	Nº	%
16 - 20	2	0.43
21 - 25	32	6.97
26 - 30	84	18.30
31 - 35	115	25.05
36 - 40	89	19.38
41 - 45	67	14.59
46 - 50	34	7.40
51 - 55	18	3.92
56 - 60	9	1.96
61 - 65	4	0.87
66 - 70	3	0.65
71 - 75	1	0.21
76 - 80	1	0.21
<b>Total: 459</b>		<b>100%</b>

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 2**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

<b>INICIO VIDA SEXUAL</b>		
Edad	Nº	%
12	1	0.21
13	11	2.39
14	21	4.57
15	56	12.20
16	54	11.76
17	66	14.37
18	63	13.72
19	46	10.02
20	35	7.62
+20	106	23.09
<b>Total: 459</b>		<b>100%</b>

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 3**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**  
**GESTA, PARA, ABORTO.**

	GESTA		PARA		ABORTO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 . . . . .	25	5.44	32	6.97	118	25.70
2 . . . . .	39	8.49	58	12.63	41	8.93
3 . . . . .	65	14.16	80	17.42	18	3.92
4 . . . . .	61	13.28	68	14.81	6	1.30
5 . . . . .	72	15.68	65	14.16	7	1.52
+6 . . . . .	194	42.26	152	33.11	10	2.17

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 4**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

**PLANIFICACION FAMILIAR**

Tipo anticonceptivo	Nº	%
- Gestágenos orales . . . . .	182 . . . . .	39.65
- Gestágenos de depósito . . . . .	13 . . . . .	2.83
- D.I.U. . . . .	26 . . . . .	5.66
- Coito interrumpido . . . . .	10 . . . . .	2.17
- Limitación quirúrgica fecundidad . . . . .	27 . . . . .	5.88
- Preservativo. . . . .	32 . . . . .	6.97
- Ovulos . . . . .	3 . . . . .	0.65
- Ritmo . . . . .	26 . . . . .	5.66
- No planifica . . . . .	86 . . . . .	18.73
- No consignado. . . . .	54 . . . . .	11.76
<b>Total:</b>	<b>459</b>	<b>100%</b>

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 5**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

CITOLOGIA DE DETECCION		
Clase	Nº	%
Inflamatorio . . . . .	9 . . . . .	1.96
Displasia leve . . . . .	7 . . . . .	1.52
Displasia moderada. . . . .	53 . . . . .	11.54
Displasia severa . . . . .	158 . . . . .	34.42
Carcinoma in situ . . . . .	178 . . . . .	38.77
Carcinoma microinvasor. . . . .	4 . . . . .	0.87
Carcinoma invasor. . . . .	12 . . . . .	2.61
Positivo por carcinoma. . . . .	30 . . . . .	6.53
No consignado . . . . .	8 . . . . .	1.74
<b>Total:</b>	<b>459</b>	<b>100%</b>

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 6**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

COLPOSCOPIA		
Imagen	Nº	%
Leucoplasia . . . . .	180 . . . . .	26.16
Base. . . . .	151 . . . . .	21.94
Mosaico . . . . .	150 . . . . .	21.80
T. de T. anóm. . . . .	102 . . . . .	14.82
Vasos atípicos . . . . .	62 . . . . .	9.01
Colpitis. . . . .	6 . . . . .	0.87
Sin imagen sospechosa . . . . .	8 . . . . .	1.16
Sin colposcopia . . . . .	29 . . . . .	4.21
<b>Total:</b>	<b>688</b>	<b>100%</b>

Servicio Ginecología, Hospital México

**Cuadro # 8**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

CONIZACION		
	Nº	%
Cono suficiente . . . . .	371 . . . . .	88.54
Cono insuficiente. . . . .	35 . . . . .	8.35
No consignados . . . . .	13 . . . . .	3.10
<b>Total:</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>

**Cuadro # 7**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

BIOPSIA-CONIZACION				
	BIOPSIA		CONO	
	Nº	%	Nº	%
Cervicitis cr . . . . .	6	1.30	9	1.96
Displasia leve . . . . .	4	0.87	10	2.17
Displasia mod . . . . .	9	1.96	23	5.01
Displasia severa . . . . .	64	13.94	35	7.62
C.I.S. . . . .	365	79.52	322	70.15
Ca. microinvasor . . . . .	7	1.52	20	4.35
No consignado o no se hizo cono . . . . .	4	0.87	40	8.71
<b>Total . . . . .</b>	<b>459</b>	<b>100%</b>	<b>459</b>	<b>100%</b>

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 9**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

<b>PATOLOGIA PIEZA QUIRURGICA</b>		
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
S.T.R. . . . . .	323 . . . . .	70.37
Carcinoma in situ . . . . .	44 . . . . .	9.58
Displasia severa . . . . .	18 . . . . .	3.92
Displasia moderada . . . . .	26 . . . . .	5.66
Displasia leve . . . . .	8 . . . . .	1.74
Cervicitis crónica . . . . .	33 . . . . .	7.18
Microinvasor. . . . .	2 . . . . .	0.43
Ca. invasor. . . . .	3 . . . . .	0.65
Hiperp. quística endom. . . . .	2 . . . . .	0.43
<b>Total:</b>	<b>459</b>	<b>100%</b>

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 11**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

<b>COMPLICACIONES</b>		
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>A. Intraoperatorias:</b>		
- Ligadura hipogástrica. . . . .	6 . . . . .	1.30
- Ruptura vejiga. . . . .	5 . . . . .	1.08
- Sección ureteros . . . . .	4 . . . . .	0.87
- Sangrado profuso . . . . .	2 . . . . .	0.43
<b>B. Postoperatorias:</b>		
- Hematoma cúpula . . . . .	10 . . . . .	2.17
- Absceso cúpula . . . . .	7 . . . . .	1.52
- Absceso de pared . . . . .	9 . . . . .	1.96
- Hematoma de pared . . . . .	3 . . . . .	0.65
- Síndrome febril . . . . .	26 . . . . .	5.66
- Infección urinaria . . . . .	48 . . . . .	10.45
- Retención urinaria . . . . .	6 . . . . .	1.30
- Embolia pulmonar . . . . .	2 . . . . .	0.43
- Neumonía . . . . .	3 . . . . .	0.65
- Tromboflebitis pélvica . . . . .	1 . . . . .	0.21
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>28.68</b>
<b>C. MUERTE DEBIDA A COMPLICACIONES POR CIRUGIA . . . . .</b>	<b>0</b>	

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 12**  
**Histerectomía Ampliada: 459 Casos**

<b>CASOS CON 5 AÑOS</b>		
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TIENEN 5 AÑOS. . . . .	305 . . . . .	100.00
EN CONTROL ACTUAL . . . . .	181 . . . . .	59.34
SE PERDIERON . . . . .	124 . . . . .	40.65

Servicio Ginecología, Hospital México.

**Cuadro # 13**  
**Histerectomía Ampliada**  
**MUERTES DE PACIENTES EN ESTUDIO**  
**3 Casos**

<b>Caso</b>	<b>Tiempo Post-Cir.</b>	<b>Causa</b>
1.....	7 años 3 m.	Mieloma Múltiple
2.....	6 años 2 m.	Adenoca. Gástrico
3.....	5 años 4 m.	En Cir. C.V. por E. Aórtica severa

Servicio Ginecología, Hospital México.