

# CARCINOMA DE CUELLO UTERINO QUINCE AÑOS DE EXPERIENCIA QUIRURGICA EN ESTADIOS I Y II INSTITUTO DE ONCOLOGIA "LUIS RAZETTI"

DR. GOTERA G, GUSTAVO\*, DR. BERDEAL, ELISEO\*\*, DR. VASQUES, JESUS\*\*\*

**RESUMEN:** Objetivo: Presentar la experiencia acumulada de 15 años en el manejo quirúrgico del carcinoma de cuello uterino estadios I y II.

Métodos: Se presenta estudio retrospectivo de casos de Carcinoma de Cuello Uterino estadios I y II intervenidos quirúrgicamente en el Instituto Oncológico "Luis Razetti" entre 1.978 y 1.992. Se evaluaron respuestas, recidivas, sobrevida y parámetros anatomopatológicos antes y después del tratamiento.

Resultados: El total fue 151 casos, con edades entre 17 y 71 años. El grupo mas afectado fue 31-40 años con 59 casos (39,0%). El tipo histológico predominante fue Epidermoide en 135 casos (89,4%). El estadio clínico más frecuente fue IB con 112 casos (74,1%). Se estableció el tamaño inicial de la lesión en 47 pacientes (31,7%), correspondiendo 24 a tamaños entre 1 y 4 cm (51,0%). El tamaño anatomopatológico se describió en 61 casos (40,3%) correlacionándose tamaño inicial - anatomopatológico en 34 (22,5%). El tratamiento fue radioterapia pre-operatoria e histerectomía radical tipo Wertheim en 100 casos (66,2%) e histerectomía radical tipo Meigs en 51 casos (33,7%). Se observaron complicaciones mayores en 21 pacientes (13,9%) la mayoría en los primeros 5 años. Nueve pacientes (5,9%) recibieron terapia adyuvante por tumor residual o persistencia. Se presentó recidiva en 13 pacientes (8,6%), 9 de ellas (69,2%) en los primeros 5 años, siendo la pelvis el sitio mas afectado. Hubo 9 muertes por causa (5,9%), con sobrevida a 5 años de 96,7% y a 10 años de 94,8%. Ocurrió 1 muerte operatoria.

Conclusiones: La alta sobrevida con bajas complicaciones, justifica el tratamiento hasta ahora practicado para los estadios I y II de Carcinoma de Cuello Uterino en la institución.

**PALABRAS CLAVES:** CUELLO UTERINO, CARCINOMA, WERTHEIM, MEIGS.

## INTRODUCCION

El carcinoma de cuello uterino ocupa en Venezuela la primera posición en incidencia de cáncer ginecológico, y así mismo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres desde los años cuarenta hasta la actualidad<sup>(1)</sup>, llegando a representar hasta un 20% de las defunciones por neoplasias malignas<sup>(2)</sup>.

La creciente necesidad de respuestas y re-

sultados a los esfuerzos hechos, han motivado a gran numero de investigadores a escala nacional muchas veces basados en resultados internacionales, a dirigir programas de estudio del problema con el objetivo de establecer nuestras propias experiencias, respuestas y resultados.

Cabe mencionar los primeros verdaderos esfuerzos de organizar con proyección futura un programa nacional de tratamiento del carcinoma de cuello uterino, con el fin de estandarizar tratamientos y homogeneización de criterios para poder hablar el mismo idioma y no dispersar recursos. Nombres como Aguilera, Millán, Rincón, Manrique, Erminy y otros fueron pioneros de estos logros a principio de los años setenta.

\* Residente de Segundo Año de Post-Grado de Cirugía Oncológica en el Instituto Oncológico "Luis Razetti"

\*\* Residente de Tercer Año de Post-Grado de Cirugía Oncológica En El Instituto Oncológico "Luis Razetti"

\*\*\* Adjunto al Servicio de Ginecología del Instituto Oncológico "Luis Razetti"



Paralelo a estos esfuerzos, surgen los primeros trabajos científicos con esquemas definidos de tratamiento para cuello uterino<sup>(3)</sup>, comenzando a observarse las bondades y desventajas del tratamiento radioquirúrgico. La curabilidad queda múltiplemente demostrada por numerosos estudios internacionales en lesiones tempranas<sup>(4, 5, 6, 7)</sup>, y algunos nacionales<sup>(8)</sup>.

La presencia de una población en crecimiento con cifras estables o en aumento, de incidencia y muerte por carcinoma de cuello uterino, nos motiva a revisar tal como lo hizo Gil Mendoza, A<sup>(9)</sup>, en 1.990 en el I.O.L.R, el sub grupo de estos pacientes con opción quirúrgica que coincidencialmente son los que mejor pronóstico tienen en función del estadio temprano y la alta curabilidad<sup>(10, 11)</sup>, con una incidencia de complicaciones aceptable y manejable<sup>(12)</sup>.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó revisión de las historias clínicas de la totalidad de los pacientes con diagnóstico de Carcinoma de Cuello Uterino que fueron sometidas a intervención quirúrgica por esa causa en el Instituto Oncológico "Luis Razetti" entre los años 1.978 y 1.992. El lapso de tiempo estudiado correspondió a 15 años con un margen mínimo de evolución postoperatoria de 5 años.

De las 174 pacientes identificadas con el diagnóstico y a quienes se les practicó cirugía con o sin radioterapia pre-operatoria, solo fueron incluidas en el trabajo 151 ya que se le pu-

do completar un mínimo de información requerida. Las restantes 23 historias no pudieron ser ubicadas o se excluyeron por falta de información.

El total de pacientes fue separado en grupos etáreos por rango de 10 años, así como por fecha de diagnóstico e ingreso a la institución con lapsos de 5 años. Se estudiaron variables tumorales como tipo histológico y tamaño de la lesión con rangos de medida de < 1 cm, 1 a 4 cm y > 4 cm, clínicas como estadificación pre-operatoria con el sistema FIGO 1.985, terapéuticas como tipo de tratamiento recibido, postoperatorias como complicaciones, adyuvancia, recidiva, sobrevida y seguimiento, todas estas con periodos de tiempo para su agrupación de < 5 años, 5 a 10 años y > 10 años. Se realizó análisis porcentual simple de los datos con tablas, cuadros y gráficos explicativos.

## RESULTADOS

**Edad:** El rango de edad varió entre los 17 y 71 años con promedio de  $40 \pm 2$  años. El grupo etario mayormente afectado fue el de 31-40 años con un total de 59 pacientes para un 39,0%, seguido del grupo de 41-50 años con total de 41 pacientes para un 27,1%. En orden decreciente, el grupo de 20-30 años fue representado por 22 pacientes para un 14,5%, el de 51-60 años por 16 pacientes para 10,5% y el de 61-70 por 11 pacientes para 7,2%. Hubo 1 caso por debajo de los 20 años y 1 caso por arriba de los 70 años representando cada uno el 0,6% del total. Ver tabla I.

Tabla I

Edad y Numero de Pacientes

| Edad  | Nº | %    |
|-------|----|------|
| < 20  | 1  | 0,6  |
| 20-30 | 22 | 14,5 |
| 31-40 | 59 | 39,0 |
| 41-50 | 41 | 27,1 |



| Edad  | Nº  | %    |
|-------|-----|------|
| 51-60 | 16  | 10,5 |
| 61-70 | 11  | 7,2  |
| > 70  | 1   | 0,6  |
| Total | 151 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Año de Ingreso:** Se categoriza en este grupo el año en el que se ingresó a la institución con el diagnóstico de carcinoma de cuello uterino, o el año en el que se hizo el diagnóstico si ya pertenecía a la institución. En el periodo de

1.978-1.982 se diagnosticaron 49 casos para un total de 32,4%, entre 1.983-1.987 un total de 68 casos para un 45,0% y entre 1.988-1.992 un total de 34 casos para 22,5%. Ver tabla II.

**Tabla II**

**Año de Ingreso**

| Años  | Nº  | %    |
|-------|-----|------|
| 78-82 | 49  | 32,4 |
| 83-87 | 68  | 45,0 |
| 88-92 | 34  | 22,5 |
| Total | 151 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Antecedentes Oncológicos:** Se tomó en cuenta para esta variable el parentesco inmediato ascendente lateral y descendente (padres, hermanos, hijos). De los 151 pacientes estudiados, solo 10 tuvieron antecedentes oncológicos familiares para un 6,6%, entre los cuales 4 (40%) fueron cuello uterino.

la institución, corroborada por el servicio de Ginecología basada en la clasificación FIGO de 1.985. El mayor grupo de pacientes lo representó el estadio IB con 112 casos para un 74,1% del total. Así mismo el estadio IA representó 18 casos para 11,9%, el IIA 15 casos para 9,9% y el IIB 6 casos para 3,9% del total. Ver tabla III.

**Estadio Clínico:** Se incluye en esta categoría a la impresión clínica diagnóstica de ingreso a

**Tabla III**

**Estadio Clínico**

| Estadio | Nº  | %    |
|---------|-----|------|
| IA      | 18  | 11,9 |
| IB      | 112 | 74,1 |
| IIA     | 15  | 9,9  |
| IIB     | 6   | 3,9  |
| Total   | 151 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"



**Tamaño Inicial:** Se considera como tamaño inicial, el diámetro de la lesión medido clínicamente al momento del diagnóstico y corroborado por el servicio de Ginecología. Solamente fue posible la obtención de la información en 47 casos (31,1%), ya que si bien es cierto que

todos fueron estadificados clínicamente, no en todos los casos fue descrita la extensión de la lesión. De estos 47 casos, 19 (40,4%) correspondieron a < de 1 cm, 24 (51,0%) correspondieron a tamaños entre 1 y 4 cm, y 4 pacientes (8,5%) correspondieron a > 4 cm. Ver tabla IV.

**Tabla IV**  
**Tamaño Inicial**

| Tamaño | Nº | %    | Qx | Qx + Rt |
|--------|----|------|----|---------|
| < 1 cm | 19 | 40,4 | 16 | 3       |
| 1-4 cm | 24 | 51,0 | 4  | 20      |
| > 4 cm | 4  | 8,5  | -  | 4       |
| Total  | 47 | 100  | 20 | 27      |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Tratamiento:** El tratamiento inicial presentó dos modalidades, la cirugía de entrada como tratamiento único caracterizada por la Histerectomía Radical tipo Meigs, y la modalidad radioquirúrgica con radioterapia externa a campos pélvicos seguida de Histerectomía Radical tipo Wertheim. El 33,7% de los casos (51

pacientes) fue sometido a cirugía como tratamiento único inicial (Histerectomía de Meigs) y el restante 66,2% de los casos (100 pacientes) entró en el grupo de tratamiento bajo la modalidad radioquirúrgica (radioterapia externa seguida de Histerectomía de Wertheim). Ver tabla V.

**Tabla V**  
**Tratamiento**

| Tratamiento | Tipo Qx  | Nº  | %    |
|-------------|----------|-----|------|
| Qx          | Meigs    | 51  | 33,7 |
| Qx + Rt     | Wertheim | 100 | 66,2 |
| Total       |          | 151 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Complicaciones:** Se catalogaron como complicaciones todas aquellas eventualidades postoperatorias inmediatas o tardías consecuencias del acto quirúrgico. Fueron agrupadas como mayores (fístulas, actínicos e hidronefrosis) y menores (retención urinaria, abscesos y eventraciones). Del total de pacientes estudiados, 36 presentaron complicaciones (23,8%). Las complicaciones menores se presentaron en 15 pacientes para un 41,6% (7 retenciones urinarias, 5 eventraciones y 3 abscesos), mientras que las

mayores fueron 21 para un 58,3% (11 casos de hidronefrosis, 7 de fístulas, 2 cistitis actínicas y 1 rectitis actínica). Todos fueron tratados y resueltos a excepción de 1 hidronefrosis que evolucionó a insuficiencia renal crónica.

El tiempo de aparición de complicaciones fue dividido en menos de 5 años, de 5 a 10 años y más de 10 años. De las 36 complicaciones, 25 se presentaron antes de los 5 años (69,4%), donde estuvieron incluidas todas las menores así como 5 fístulas, 4 hidronefrosis y



1 cistitis actínica. Entre 5 y 10 años se presentaron solo complicaciones mayores (10 para un 27,7%) repartidas como 6 casos de hidronefrosis, 2 fístulas, 1 cistitis y 1 rectitis actínica. En

el grupo de mas de 10 años solo se presentó 1 caso de hidronefrosis para un 2,7%. Ver tablas VI y VII

**Tabla VI**  
**Complicaciones**

| Menores       | Nº | %    |
|---------------|----|------|
| Ret. Urinaria | 7  | 19,4 |
| Absceso       | 3  | 8,3  |
| Eventración   | 5  | 13,8 |
| Mayores       |    |      |
| Fístulas      | 7  | 19,4 |
| Actínicos     | 3  | 8,3  |
| Hidronefrosis | 11 | 30,5 |
| Total         | 36 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Tabla VII**  
**Tiempo de Complicaciones**

| Tiempo    | Nº | %    |
|-----------|----|------|
| < 5 Años  | 25 | 69,4 |
| 5-10 Años | 10 | 27,7 |
| > 10 Años | 1  | 2,7  |
| Total     | 36 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

Tipo Histológico: Solo se encontraron dos tipos histológicos, representados por el Carcinoma Epidermoide como el más frecuente con una incidencia de 135 casos para un 89,4% del

total, mientras que el Adenocarcinoma se presentó en 16 casos para un 10,5% de la globalidad de los pacientes. Ver tabla VIII

**Tabla VIII**  
**Tipo Histológico**

| Tipo           | Nº  | %    |
|----------------|-----|------|
| Epidermoide    | 135 | 89,4 |
| Adenocarcinoma | 16  | 10,5 |
| Total          | 151 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"



Tamaño Anatomopatológico: Se consideró tamaño anatomopatológico a la dimensión del tumor en la pieza operatoria. Esta medida fue reportada en forma cuantificable (cm) solo en 61 casos para un 40,3% del total. De estos, en

34 se logró hacer correlación con el tamaño inicial para un 55,7% y en los 27 restantes (44,2%) no hubo reporte inicial del tamaño tumoral por lo tanto no se practicó correlación. Ver tabla IX

**Tabla IX**

**Tamaño Anatomopatológico**

| Tamaño | Nº | %    |
|--------|----|------|
| < 1 Cm | 41 | 67,2 |
| 1-4 Cm | 18 | 29,5 |
| > 4 Cm | 2  | 3,2  |
| Total  | 61 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

Tamaño Anatomopatológico y Tamaño Inicial: De los 151 pacientes solo a 34 (22,5%) se les logró realizar correlación tamaño inicial - tamaño anatomopatológico. Un total de 24 casos presentó tamaño < 1 cm en la pieza operatoria, lo cual representa 70,5% comparado con el 40,4% del tamaño inicial, asumiendo hubo una disminución porcentual del tamaño tal vez debido a la radioterapia pre-operatoria recibida por 14 de estas pacientes. También se observó una disminución del tamaño en el grupo que

presentó lesión anatomopatológica de 1 a 4 cm al comparar porcentualmente 10 de 34 pacientes para un 29,4%, contra 24 de 47 pacientes para un 51,0% del grupo en el que se midió el tamaño inicial, probablemente por la misma causa radiante anteriormente expuesta. No hubo piezas operatorias con lesiones mayores de 4 cm mientras que en el tamaño inicial 4 pacientes presentaron tumor > de 4 cm. Ver tabla X.

**Tabla X**

**Tamaño Inicial vs. Anatomopatológico**

| Tamaño | Nº | %    | Qx | Qx + Rt |
|--------|----|------|----|---------|
| < 1 Cm | 24 | 70,5 | 14 | 10      |
| 1-4 Cm | 10 | 29,4 | 6  | 4       |
| > 4 Cm | -  | -    | -  | -       |
| Total  | 34 | 100  | 20 | 14      |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

Tamaño Anatomopatológico sin Tamaño Inicial: Se obtuvo información de 27 pacientes del total de 151 estudiados (17,8%), en los que se recogió el tamaño de la lesión en la pieza operatoria sin información del tamaño inicial. De estos 27 pacientes, 17 que representan

62,9% del grupo presentaron lesiones < 1 cm, mientras que 8 para un 29,6% la presentaron entre 1 y 4 cm. Solamente 2 pacientes para un 7,4% presentaron lesiones > 4 cm. Ver tabla XI.



**Tabla XI**  
**Tamaño Anatomopatológico Sin Relación Inicial**

| Tamaño | Nº | %    |
|--------|----|------|
| < 1 cm | 17 | 62,9 |
| 1-4 cm | 8  | 29,6 |
| > 4 cm | 2  | 7,4  |
| Total  | 27 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

Factores Adversos: Se definió como factores adversos aquellas características anatomopatológicas identificadas en la biopsia definitiva de la pieza operatoria que representen agresividad tumoral. De los 61 pacientes con informa-

ción anatomopatológica detallada, 9 (14,7%) presentaron ganglios positivos, 3 (4,9%) presentaron émbolos tumorales y 1 (1,6%) parámetros tomados. Ver tabla XII.

**Tabla XII**

**Factores Adversos**

| Factor       | Nº | %    |
|--------------|----|------|
| Ganglios +   | 9  | 69,2 |
| Parámetros + | 1  | 7,6  |
| Emb. Tumoral | 3  | 23,0 |
| Total        | 13 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

Adyuvancia: Recibieron terapia complementaria o adyuvante 9 de 151 pacientes para un 5,9% de los casos, al observarse en los reportes histológicos tumor residual o márgenes positivos y por lo tanto persistencia de la le-

sión. Ocho de estos pacientes recibieron radioterapia adyuvante y 1 caso recibió radioterapia mas quimioterapia. Todos respondieron adecuadamente con desaparición de la enfermedad residual. Ver tabla XIII.

**Tabla XIII**

**Adyuvancia**

| Tipo    | Nº | %    |
|---------|----|------|
| Rt      | 8  | 88,8 |
| Rt + Qt | 1  | 11,1 |
| Total   | 9  | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

Seguimiento: Se define seguimiento como el periodo de tiempo entre el momento del diagnóstico de carcinoma de cuello uterino, y la

ultima consulta control, independientemente de haber presentado recidiva o no, Este lapso de tiempo correspondió a menos de 5 años en 30



pacientes para un 19,8% de los 151 estudiados. Setenta pacientes tuvieron una sobrevida de 5 a 10 años para un 46,3% y 51 pacientes presenta-

ron sobrevida de más de 10 años para un 33,7% del universo analizado. Ver tabla XIV.

**Tabla XIV**  
**Seguimiento**

| Tiempo    | Nº  | %    |
|-----------|-----|------|
| < 5 Años  | 30  | 19,8 |
| 5-10 Años | 70  | 46,3 |
| > 10 Años | 51  | 33,7 |
| Total     | 151 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Recidiva:** Se consideró recidiva a la presencia de enfermedad posterior a curación clínica y evidencia histológica de resección completa de la lesión con márgenes y estatus ganglionar negativo. Del total de 151 pacientes, 13 recidivaron para un 8,6%. Al analizarse este grupo de recidivas por tiempo de aparición, se observó que 9 pacientes representando el 69,2% lo hicieron antes de los 5 años, 3 pacientes lo hicieron entre los 5 y 10 años (23,0%) y 1 paciente lo hizo más de 10 años después para un 7,6%.

De estas 13 recidivas, 5 correspondieron a tipo histológico Epidermoide (38,4%), mientras que los 8 restantes correspondieron a adenocar-

cinomas (61,5%). Al considerarse que solo 5 de 135 casos reportados como de tipo Epidermoide recidivó, la incidencia por este tipo histológico fue de 3,7%. Para el Adenocarcinoma la recidiva se presentó en 8 de 16 casos identificados en la totalidad, para una incidencia de 50,0%.

De las 13 recidivas, 7 ocurrieron en la pelvis para un 53,8%, cuatro ocurrieron en vagina para un 30,7% y dos lo hicieron en pulmón para un 15,3%. Con respecto al tratamiento de las recidivas, 8 (61,5%) recibieron radioterapia y 5 (38,4%) recibieron radioterapia más quimioterapia. Ver tablas XV y XVI.

**Tabla XV**  
**Recidiva**

| Tiempo    | Nº | %    |
|-----------|----|------|
| < 5 Años  | 9  | 69,2 |
| 5-10 Años | 3  | 23,0 |
| > 10 Años | 1  | 7,6  |
| Total     | 13 | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"



**Tabla XVI**  
**Recidiva Tipo Histológico y Sitio**

| Sitio  | Nº | %    | Epi | Adc |
|--------|----|------|-----|-----|
| Vagina | 4  | 30,7 | 2   | 2   |
| Pelvis | 7  | 53,8 | 3   | 4   |
| Pulmón | 2  | 15,3 | -   | 2   |
| Total  | 13 | 100  | 5   | 8   |

Nota: 5 de 135 Epidermoides = 3,7% de Recidiva  
8 de 16 ADC = 50,0% de Recidiva

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Mortalidad:** Se tomaron en cuenta solo las muertes inherentes a carcinoma de cuello uterino. Del total de pacientes estudiados, solo 9 para un 5,9% murieron por causas imputables a Ca cuello uterino. Cinco lo hicieron antes de los 5 años para un 55,5%, Tres lo hicieron entre los 5 y 10 años para un total de 33,3%, y 1 paciente lo hizo en un lapso mayor de 10 años

para un 11,1%. Los tipos histológicos que fallecieron fueron 6 Adenocarcinomas (66,6%) y 3 Epidermoides para un 33,3%. En cuanto a la mortalidad operatoria (primeros 30 días postoperatorios), solo se reportó 1 caso en una paciente diabética que presentó cuadro de descompensación, cetoacidosis y muerte. Ver tabla XVII.

**Tabla XVII**  
**Muertes**

| Tiempo    | Nº | %    | Epi | Adc |
|-----------|----|------|-----|-----|
| < 5 Años  | 5  | 55,5 | 2   | 3   |
| 5-10 Años | 3  | 33,3 | 1   | 2   |
| > 10 Años | 1  | 11,1 | -   | 1   |
| Total     | 9  | 100  | 3   | 6   |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Segundos primarios:** Se definieron como la presencia de otra lesión neoplásica maligna no relacionada con el primario. Del grupo inicial de 151 pacientes solo 4 (2,6%) los presentaron. Hubo 2 pacientes con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide de Vulva y 2 con Adenocarcinoma de Colon, identificados durante el seguimiento entre 5 y 10 años en todas las oportunidades.

**Embarazo y Ca Cuello Uterino:** como dato anexo se recogió la condición de embarazo en las pacientes con carcinoma de cuello uterino para el momento del diagnóstico, y que fueron

susceptibles de tratamiento quirúrgico. De las 151 pacientes, se reportaron 9 pacientes embarazadas, para un total de 5,9%. Siete pacientes finalizaron su embarazo a término con cesárea y posteriormente recibieron tratamiento específico, mientras que las otras 2 pacientes perdieron en embarazo antes de término recibiendo también su respectivo tratamiento. En ningún caso se actuó contra el embarazo optando todas las pacientes por no interrumpir el mismo. Siete pacientes fueron diagnosticados como estadio IB (77,7%), y los dos restantes IA y IIA para 11,1% cada uno. Ver tabla XVIII.



**Tabla XVIII**  
**Embarazadas**

| Estadio | Nº | %    |
|---------|----|------|
| IA      | 1  | 11,1 |
| IB      | 7  | 77,7 |
| IIA     | 1  | 11,1 |
| Total   | 9  | 100  |

F.I: Historias Clínicas del Departamento de Registros y Estadística del Instituto Oncológico "Luis Razetti"

**Intervalo Libre de Enfermedad:** Se consideró el intervalo libre de enfermedad como el tiempo entre el tratamiento inicial y la aparición nuevamente de la enfermedad, después de considerarse libre de la misma, a los 5 y 10 años. Se obtuvo una cifra neta de 94,1% de pacientes libres de enfermedad a los 5 años y de 91,4% a los 10 años.

**Sobrevida:** La sobrevida global fue considerada como el tiempo neto de vida con o sin enfermedad a 5 y 10 años. La sobrevida a 5 años fue de 96,7%, mientras que a 10 años fue 94,8%.

### CONCLUSIONES

La discusión del adecuado tratamiento del cáncer en sus diferentes ubicaciones y etapas, ha sido motivo de constantes controversias y modificaciones en la medida que avanzan los hallazgos y descubrimientos de la biología molecular del cáncer. Esta evolución natural de la ciencia va a la par de los tratamientos en un intento por adecuarlos, mejorarlos, hacerlos mas humanos y lograr un mínimo de morbilidad para una vida con calidad, y de esta forma ganar la lucha contra la agresión neoplásica en un ambiente y entorno dispuesto a seguir investigando, pesquizando y trabajando en función de la curación. El carcinoma de cuello uterino no escapa a esta realidad con la agravante de su alta incidencia y mortalidad en nuestras mujeres.

La observación de la evolución de los pacientes tratados de cáncer de cuello uterino, es

el mejor indicador del comportamiento biológico del mismo a las acciones destinadas a combatirlo. En este caso logran reunirse varios factores que permiten un análisis bastante representativo de los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello uterino en Venezuela, pues el Instituto Oncológico "Luis Razetti" como centro nacional de referencia combina volumen de pacientes, con capacidad estructural y técnica así como personal entrenado para abordar el problema.

Es de hacer notar que solo se evalúan los pacientes con opción quirúrgica y no la totalidad de los diagnosticados en la institución, por lo tanto el análisis solo beneficia a un pequeño grupo de pacientes con la particularidad, de ser el grupo con mejor pronóstico y opción de curación en el universo de esta patología.

Queda evidentemente demostrada la efectividad del tratamiento quirúrgico o radioquirúrgico en las etapas tempranas del carcinoma de cuello uterino, al observarse las elevadas cifras de sobrevida comparables a cualquier institución del mundo desarrollado, así como son corroboradas las cifras y estadística porcentual de las variaciones histológicas de la patología. Adicionalmente se rescata el valor del tratamiento quirúrgico como modalidad única representada por la Histerectomía Radical de Meigs en casos seleccionados, al presentar cifras tan halagadoras como el tratamiento radioquirúrgico.

Dentro de los hallazgos observados no in-



tencionalmente a los que pudimos acceder al revisar el formato de recolección de datos, nos queda la duda de las modificaciones estructurales y biológicas del tumor, a la radioterapia pélvica pre operatoria, pues se observó una modificación porcentual del tamaño de la lesión en la pieza operatoria aun cuando la radiación no fue dirigida al tumor sino al área pélvica.

Colateralmente se logra evaluar aunque con muy escaso material, las opciones de adyuvancia y rescate para recidiva de la enfermedad

con una efectividad prometedora. Finalmente se traen al escenario nuevos datos hasta ahora escasos para este grupo de pacientes como lo son: la condición de embarazo, antecedentes oncológicos, expectativa de vida y complicaciones.

Queda como tarea mejorar la calidad de nuestros registros y archivos, para así aprovechar mas profundamente los datos existentes que constituyen tal vez el más preciado tesoro de la lucha contra el cáncer.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rincón Morales, F. Ginecología 92. Editorial Torino. Caracas 1.992 Pag 63.
2. Capote, L. Informe Técnico. Incidencia de Cáncer En Venezuela. Dirección De Oncología Del M.S.A.S 1.987.
3. Aguilera García, F; Millán, R. Evaluación de un Tratamiento Integrado Original de Cáncer de Cuello Uterino. Acta Oncol Ven 1.973; 6(4): 309-331
4. Berek, Js. Et Al. Uterine Corpus And Cervical Cancer. Current Problems in Cancer, Chicago, yearbook Medical Publishers Inc. 1.988; Vol. XII: 96.
5. Pérez Ca. Et Al. Randomized Study Of Preoperative Radiation And Surgery Or Radiation Alone In The Treatment Of Stage IB And IIA Carcinoma Of The Cervix. Cancer; 1.980; 45: 2759-2766
6. Einhorn, N; Bygdemar, M And Sjoberg, B. Combined Radiation And Surgical Treatment For Carcinoma Of The Uterine Cervix. Cancer 1.980;45:720-725
7. Einhorn, N; Patek, E. And Sjoberg, B. Outcome Of Different Treatment Modalities In Cervix Carcinoma Stage IB And IIA. Cancer 1.985;55: 949-954
8. Rodríguez Morales, Re Y Rodríguez, P. Complicaciones del Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino Estadio IB: Cirugía Vs Radiaciones. Rev Ven Oncol. 1.989; 1: 15-21
9. Gil Mendoza, A. Carcinoma de Cuello Uterino Estadio IB con Enfermedad Residual en la Pieza Operatoria. Tapamiento radioquirúrgico Integrado. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Cirujano Oncólogo. U.C.V. 1.990.
10. Novak. Tratado de Ginecología. Editorial Interamericana. México 1.991 Pag 615.
11. Sweeney, Wj and Douglas, Rg. Treatment of Carcinoma of the Cervix with Combined Radiation and Extensive Surgery. Amer J Obstet Gynecol 1.962 84:981-986
12. Morris, M. Et Al Complications of Therapy for Cervical Cancer. Cancer 1.990; 42:83-89