

NEOVEJIGA CONTINENTE HETEROTOPICA TECNICA HAUTMANN CON MITROFANOFF EN REIMPLANTE LE-DUC

MENCION HONORIFICA "ALEJANDRO CALVO LAIRET 1998"

DR. PEREZ LOPEZ, HERMES*; DR. PONCE, JOSE G.*; DR. PEÑA, ORLANDO*; DR. GARCIA, DAVID*;
DR. TROCONIS ORANGEL*^o

Resumen: Motivo de investigación: Verificar la eficacia de la válvula de presión tipo Le-Duc como mecanismo de continencia en los tubos utilizados como Mitrofanoff en neovejigas, según Técnica de Hautmann.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 15 pacientes desde 1994 a 1998, en los cuales se realizó un reservorio de Ureteroileal Heterotópico Continente en "W" según Técnica de Hautmann (12 hombres y 3 mujeres) de los cuales 5 fueron niños y 11 adultos, cuyas edades están entre 6 y 74 años con promedio etario de 43 años. Como tubo de Cateterización según principio de Mitrofanoff, se utilizó Apéndice Veriforme (9); Ileon (4); Divertículo de Meckel (1) y Uréter (1).

Resultados: De los 15 pacientes operados, 2 estuvieron incontinentes presentando un 86% de continencia inicial; quedaron defectuosos, un Tubo realizado con Ileon y un Apéndice; la paciente con Tubo de Ileon, aceptó ser intervenida elevando la efectividad a un 93%. La Ostomatización Umbilical con Colgajo de piel en "V" en un tubo de Mitrofanoff previamente espatulado, no presentó estenosis. Los reimplantes ureterales, 8 unidades, se reimplantaron según técnica Le-Duc, sin evidencia de estenosis y reflujo; y 22 fueron realizados según técnica Abol-Eneim, Ghoneim (con 3 unidades) presentando Ureterohidronefrosis Inicial. 5 de 15 pacientes, presentaron infecciones urinarias.

Conclusiones: En nuestra serie el porcentaje de Continencia obtenido fue de un 93%, lo cual nos hace inferir que el reimplante tipo Le-Duc en los tubos utilizados como Mitrofanoff, tienen buena confiabilidad.

INTRODUCCION

Inicialmente la neovejiga ureteroileal en "W" fue realizada por el Dr. Hautmann en 1988 de manera ortotópica, uniendo la bolsa ureteroileal por su parte más declive al extremo proximal de la uretra. En 1997 el Dr. Abol-Eneim presentó una pequeña serie de casos de manera heterotópica utilizando como

mecanismo de continencia el mismo mecanismo de válvula de presión antireflujo diseñada para el reimplante ureteral en este tipo de neovejiga⁽¹⁾.

En esta oportunidad, presentamos por primera vez una serie de 15 casos de neovejigas ureteroileales en "W" de manera heterotópica usando para la continencia el mecanismo de válvula de presión antireflujo vesicorenal, presentado por el Dr. Le-Duc en las vejigas ureteroileales I-II de Camey (fig. 1), con conductos

* Hospital Oncológico "Padre Machado" - Hospital de Niños de Caracas

para cateterismo según principio de Mitrofanoff⁽¹⁾ utilizando apéndice, íleon, divertículo de Meckel y uréter. Los reimplantes ureterales fueron realizados según técnica de Le-Duc en 4 pacientes y 11 pacientes según técnica descrita

por Abol-Eneim⁽¹⁾.

Se evalúa la efectividad de la válvula de presión Le-Duc como mecanismo de continencia (fig. 2).

Figura 1

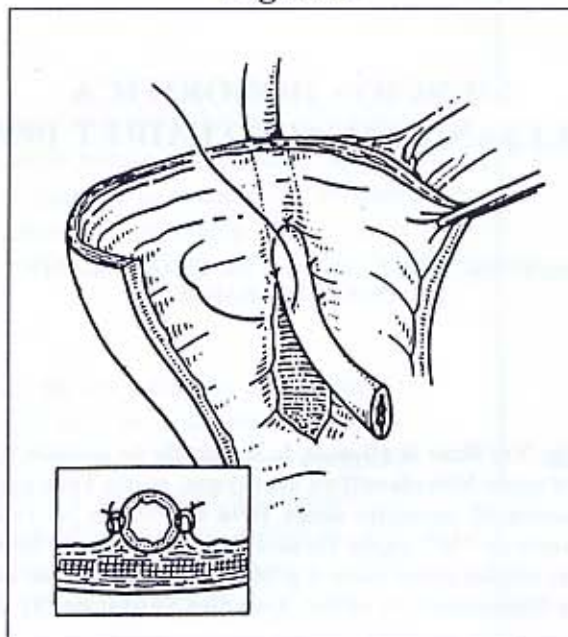
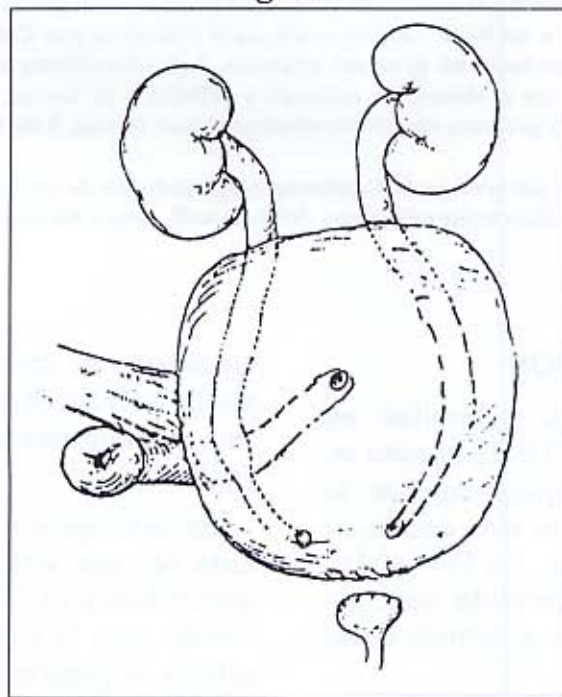


Figura 2



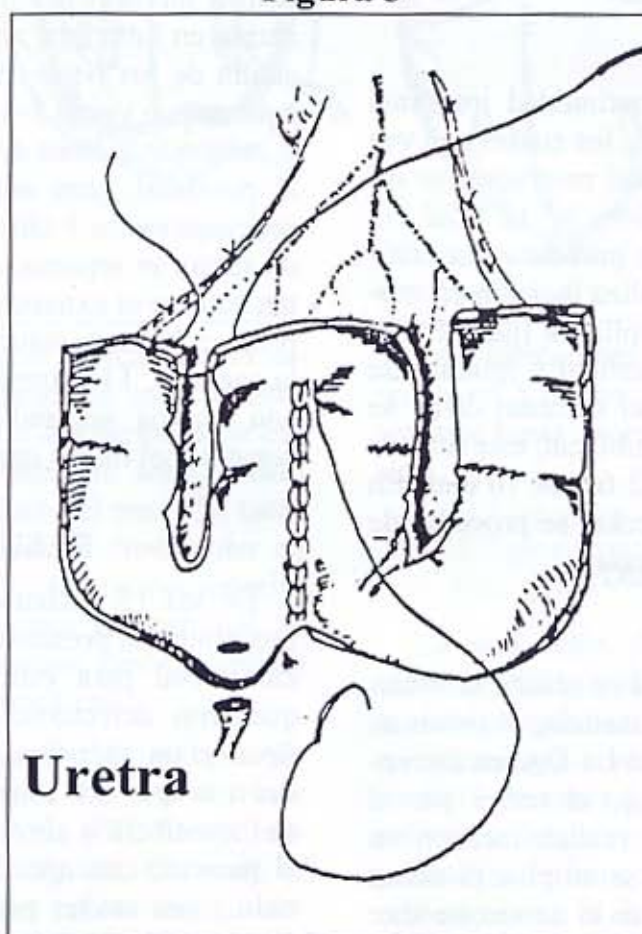
MATERIAL Y METODO

Desde 1994 a 1998, en 15 pacientes se realizó sustitución vesical realizándoles un reservorio ureteroileal heterotópico continente en "W" según técnica de Hautmann en 12 hombre y 3 mujeres, de los cuales 5 fueron niños y 11 adultos cuyas edades están entre 6 - 74 años con un promedio etario de 43 años. Como tubo de cateterización según principio de Mitrofanoff se utilizó: apéndice vermiforme en 9, íleon en 4, divertículo de Meckel en 1 y uréter en 1. Como causas que indujeron a la realización de los procedimientos fueron: cáncer vesical infiltrante en 9, extrofia vesical en 3, microvejiga por radioterapia en 1, microvejiga congénita en 1 y rhabdomyosarcoma vesical en 1.

Realización del Reservorio

Se aíslan 50 cm de íleon tomados a 20 cm por encima de la válvula ileocecal, luego se realiza anastomosis ileal término - terminal para restablecer continuidad intestinal, se configura el tubo intestinal aislado en forma de "W" luego se realiza un corte con electrobisturí por línea antimesentérica quedando en tubo en "W" abierto, se procede a suturar los bordes internos en dos capas: la externa con vycril 3-0 y la interna con catgut crómico 3-0, luego se suturan los bordes externos izquierdo y derecho de igual manera, pero antes de terminar el cierre completo del reservorio se realizan los reimplantes ureterales y reimplante del tubo de Mitrofanoff (fig. 3).

Figura 3



Mitrofanoff con apéndice

Previo movilización del ciego de su fijación retroperitoneal se aísla el apéndice preservando su vascularización, se secciona en la base cecal que luego se sutura, y se abre el apex apendicular, se le cateteriza generalmente con foley 12 fr, en casos en los cuales la base apendicular no llega hasta la piel, la movilización tanto de ciego como del colon ascendente debe ser más amplia. Una vez liberado el apéndice y realizada la mayor parte del reservorio se realiza orificio en la pared ileal e incisión de 2,5 cm en mucosa ileal, la cual se amplía, se fija la punta del apéndice por puntos de Vycril 3-0 a la pared ileal e igualmente por los lados del apéndice, la base del apéndice se espátula y se fija en el fondo de la cicatriz umbilical con colgajo de piel en "V" para evitar estenosis (fig. 2).

Mitrofanoff con íleon

Antes de restablecer continuidad intestinal se aíslan 6-8 cm de íleon, de los cuales una vez realizada la casi totalidad del reservorio se recorta sobre una sonda de foley N° 12 fr. el extremo a ser reimplantado se introduce por orificio de la pared ileal, se realiza incisión en mucosa ileal de 2,5 cm, se amplía, se fija extremo distal del tubo a pared intestinal e igualmente bordes laterales del tubo, el extremo distal se fija en fondo de cicatriz umbilical, este tubo se deja con catéter foley N° 12 fr. por 10 días. En caso del divertículo de Meckel se procedió de igual manera a esta descripción.

Mitrofanoff con uréter

En el caso de en el cual se utilizó el uréter como mecanismo de continencia, el uréter se reimplantó según técnica de Le-Duc en aferencia y eferencia, se introdujo el uréter por el orificio de pared ileal, se realiza incisión en pared ileal 3,5 cm la cual se amplía, el uréter fue fijado en la incisión y, en el centro, se abre ureterostomía, el extremo distal sale fuera del reservorio por orificio contralateral y se fija en estoma de piel. La función de ureterostomía en

el centro del uréter reimplantado es permitir el drenaje de la unidad renal, por el lado eferente permite el cateterismo para drenar el reservorio.

Reimplante ureteral según técnica Le-Duc

Una vez realizada gran parte del reservorio se hace una incisión en la mucosa ileal la cual se amplía suavemente, y por orificio en pared ileal se introduce el uréter, este orificio está en extremo superior de la incisión, el uréter se coloca en la incisión realizada y se fija su extremo distal a la pared ileal, los lados del uréter se fijan con puntos separados a los bordes de la incisión (fig. 1).

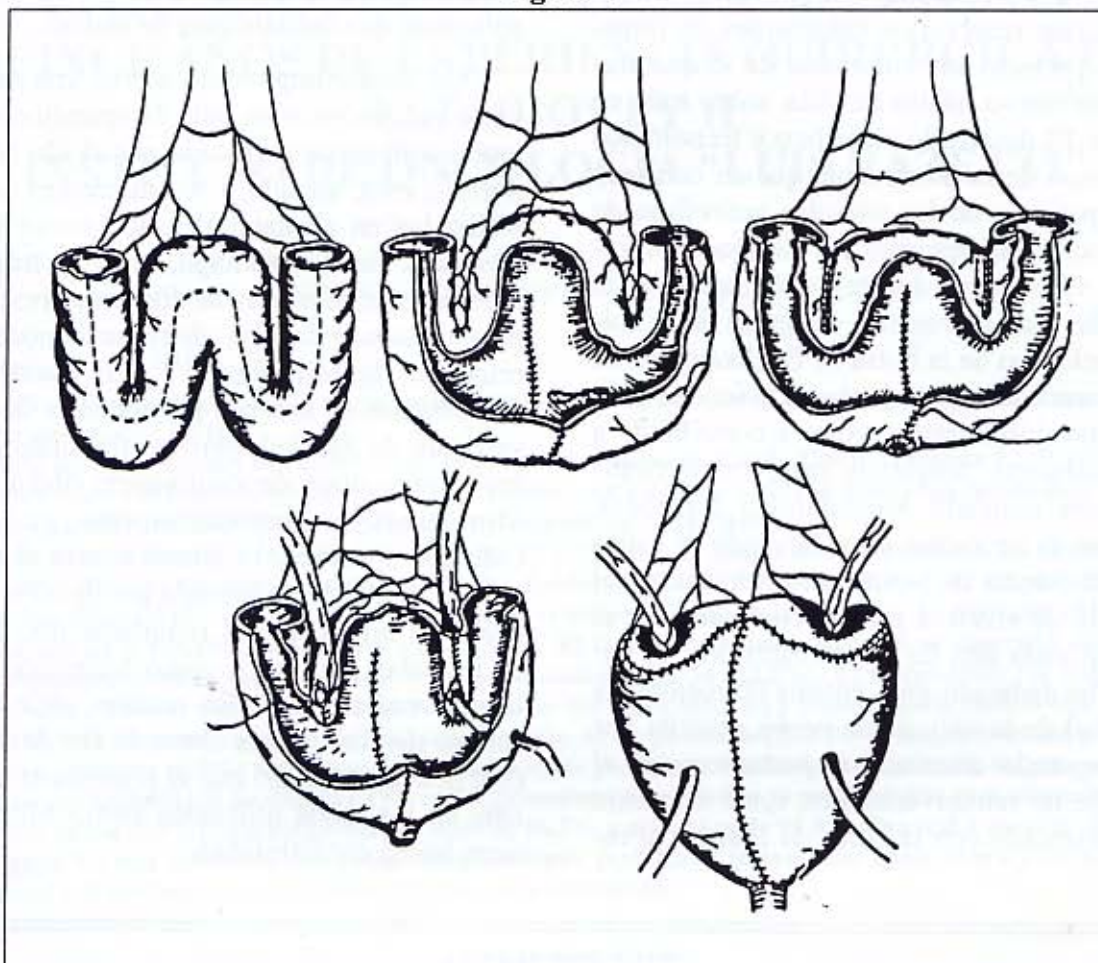
Reimplante ureteral Abol-Eneim

En la configuración de la bolsa en "W" se realiza incisión por línea antimesentérica quedando un tubo ileal abierto en "W", se inicia la sutura de los bordes internos en dos capas, la externa con vycril 3-0 y la interna con catgut 3-0, subiendo la línea de sutura del extremo distal al proximal, pero antes de llegar al extremo proximal en los 3 últimos centímetros las líneas de sutura se separan, de tal manera que permitan colocar el extremo discal del uréter sobre la primera línea de sutura para luego cubrirlo con la segunda. El extremo distal del uréter se fija con puntos separados a mucosa ileal para constituir el meato ureteral (fig. 4).

RESULTADOS

De los 15 pacientes operados 2 estuvieron incontinentes presentando un 86% de continencia inicial para este tipo de procedimiento, quedaron defectuosos un tubo realizado con íleon y un apéndice, la paciente con tubo de íleon aceptó ser reintervenida corrigiéndose su incontinencia elevando la efectividad a 93%, el paciente con apéndice rehusó ser reintervenido y usa catéter permanente. La ostomatización umbilical con colgajo de piel en "V" en un tubo de Mitrofanoff previamente espátulado resultó excelente sin ninguna estenosis.

Figura 4



En cuanto al cateterismo vesical limpio intermitente uno de los pacientes más jóvenes distanció el intervalo entre los períodos de cateterización con el subsecuente sobrellenado del reservorio obstaculizando el paso del catéter lo cual originó un decalage diverticular en el área del tubo próximo al reservorio, ameritó corrección quirúrgica, hernia paraostomal se evidencio en dos de nuestros casos, también ameritaron corrección quirúrgica.

Los reimplantes ureterales, 8 unidades se reimplantaron según técnica Le-Duc sin evidencia de estenosis ni reflujo, y 22 fueron realizados según técnica Abol-Eneim, Ghoneim se observó que tres unidades presentaron ureterohidronefrosis inicial de los cuales solo ameritó exploración porque los restantes cedieron paulatinamente.

Las infecciones urinarias estuvieron presentes en 5 de los 15 pacientes (33%) sin observarse hasta ahora aparición de la litiasis vesical.

DISCUSION

La realización de un reservorio continente aceptable fue gracias al advenimiento de ciertos hechos que han permitido un mayor avance en la urología contemporánea. El Dr. Lapides en 1972 presenta los primeros trabajos acerca del cateterismo vesical limpio intermitente y puntualizó la importancia que este nuevo concepto tenía en el drenaje de la orina estancada en la vejiga, incapaz de expulsar su contenido con la subsecuente persistencia de infecciones urinarias y posterior deterioro del tracto urina-

rio⁽⁹⁾, hoy día, en pacientes en quienes es necesario realizar reservorios continentes en imperativo el perfecto entendimiento de lo que significa este nuevo hábito de vida, sobre todo en los niños. El desarrollo científico y tecnológico en el campo de la urodinamia que en conjunto con la aparición de las válvulas antireflujo de presión como las descritas por Le-Duc y Abol-eneim y Ghoneim o las de pezón como es el caso de las asas aferentes y eferentes de la bolsa de Kock o las de la bolsa de Bechkemrum en que conjunto con el concepto de esferidad para bajar la presión intrareservorio a contribuido a que actualmente tengamos reservorios continentes con marcada aceptabilidad funcional, que ya no es necesario estar llevando el estigma de un estoma incontinente, resta evaluar el porcentaje de efectividad para la continencia y el reflujo en cada uno de los mecanismos; el Dr. Skinner ha dedicado gran énfasis en mejorar la efectividad de la válvula de pezón descrita por Kock, logrando disminuir importantemente el porcentaje de reintervenciones, igual situación se ha presentado con la bolsa de Indiana al re-

modelarse el tubo ileal eferente, en vez de la aplicatura que inicialmente se realizó.

Otro aporte importante a este tipo de reservorio heterotópico ha sido la apendicovesicostomía continente publicada por el Dr. Mitrofanoff⁽¹¹⁾, esto, aunado a los diferentes cambios realizados en el material usado como tubo de eferencia: íleon, estomago, uréter y trompa de Falopio reimplantados en diferentes reservorios para constituir lo que ahora se conoce como principio de Mitrofanoff⁽¹¹⁾, en nuestra serie presentamos el uso por primera vez de un divertículo de Meckel, pero en términos generales el porcentaje de continencia obtenido con Mitrofanoff es importantemente alto, sobre todo con apéndice. En nuestra serie el porcentaje de continencia obtenido fue de 93% lo cual nos hace inferir que el reimplante tipo Le-Duc en los tubos utilizados como Mitrofanoff tiene buena confiabilidad. En nuestra serie el porcentaje de continencia obtenido fue de 93 % lo cual nos hace inferir que el reimplante tipo Le-Duc en los tubos utilizados como Mitrofanoff tiene buena confiabilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Abol - Eneim, H; Ghnomim, M; novel utero ileal reimplantation Technique: The serous lined extramural. A preliminary report. *J urol*; 151:1193-1197;1994.
2. Hautmann, R. E; Egghart, G; Frohnerberg; D and Miller; K; Ileal neobadladder.: *J urol*; 139: 39;1998.
3. Le Due, A and Camey; M . Un précede D' implantation ureteroileale antireflux dans l'enterocystoplastie. *L Urolo. Nefrol.*, 85, 449,454.
4. Bejany, D.E. and politano, V. (1993). Modified ileocolonic bladder; 5 years of experience. *J: Urollog*, 149,1441-1444.
5. Le-Duc, A., Camey, M And Teillac, P. (1987). Original antireflux uretero-ileal implantation technique long term follow-up. *J. Urol.*, 137, 1156-1158.
6. Kock, N, G., Nilson, A. E. Nisson, L.O., Norlen, L. J. And Philipson, B.N. (1982). Urinary diversion via a continent ileal reseervoir: clinical results in 12 patients. *J Urol.*, 128,469.
7. Skinner, D. Glietosky, G. and Bo, ds, S. (1989). Continent urinary diversion, *J. Urol.*, 141,1323.
8. Lieskovky, G., Skinner D.G. and Boyd, S.D. (1988). Complications of the Kock pouch. *Urol. Clin. N.Am.*, 15 (2), 195-205.
9. Lapidés, J., Diokno, A.C., Silver, S.J. and Lowe, B.S. (1972). Clean intermittent self-caterization in treatment of urinary tract disease. *J.Urol.*, 458, 107.
10. Duckett, J. W. And Snyder, III, H.M. (1986). Continent urinary diversion: variations on the Mitrofanoff. *J. Urol.*, 136,58.
11. Mitrofanoff, P. (1980). Cystostomie continence trans-appendiculaire dans le traitement des vessies neurologique. *Chir. Ped.*, 21,297.

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

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⁽⁹⁾, en 1.990 en el I.O.L.R, el sub grupo de estos pacientes con opción quirúrgica que coincidentalmente son los que mejor pronóstico tienen en función del estadio temprano y la alta curabilidad^(10, 11), con una incidencia de complicaciones aceptable y manejable⁽¹²⁾.

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 preoperatoria 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 ± 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, actínicas 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 fistulas, 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		
Fistulas	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 presento 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"

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

ron supervivencia 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, pesquisando 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-

tencialmente 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