

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**UNAN-MANAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**HOSPITAL FERNANDO VELEZ PAIZ**



**TESIS**

**Para optar al título de**

**Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

**Autora:**           Dra. Mariadilia del Socorro Abarca Ulloa  
Residente Ginecología y Obstetricia IV año

**Tutor:**            Dr. Horacio Mendoza  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Subespecialista en Gineco-oncología

Managua, Nicaragua

Febrero 2022

**“El Cáncer cervicouterino se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras está disponible junto con el Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento apropiado.”**

***Organización Panamericana de  
la Salud  
(ISBN 92 75 32531 6)***

# ÍNDICE

- Dedicatoria
- Agradecimiento
- Resumen
- Glosario

	Contenido	<i>Páginas</i>
	Introducción	1
	Antecedentes	3
	Justificación	6
	Planteamiento del Problema	7
	Objetivos	8
	Marco Teórico	9
	Materiales y Métodos	31
	Resultados	37
	Discusión	39
	Conclusión	41
	Recomendaciones	42
	Referencia	43
	Anexos	47
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ficha de recolección de datos</li><li>• Gráficos y tablas</li></ul>	

## OPINIÓN DEL TUTOR

Como tutor de la tesis titulada **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021** elaborada por la Dra. Mariadilia del Socorro Abarca Ulloa para optar de Título de Médico especialista en Gineco-obstetricia, hago constar que el tema fue seleccionado de manera pertinente, oportuna y con resultados aplicables para dar seguimiento a estas pacientes.

Por tanto, hago constar que la tesis reúne los estándares científicos y metodológicos para ser presentada y sometida a evaluación.

Atentamente.

Dr. Horacio Mendoza  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Subespecialista en Gineco-oncología

## ACRÓNIMOS / ABREVIATURAS

ASCO	American Society of Clinical Oncology.
Ca	Carcinoma.
CaCU	Cáncer cervicouterino.
CCRT	Quimio-radio terapia Concurrente (por sus siglas en inglés).
CT	Tomografía computarizada (por sus siglas en inglés).
DI	Profundidad de la invasión (por sus siglas en inglés).
DFS	Sobrevivencia libre de enfermedad (por sus siglas en inglés).
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés).
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
IMC	Índice de masa corporal.
LACC	Enfoque laparoscópico al cáncer de cuello uterino (por sus siglas en inglés).
LEEP	Resección electro quirúrgica con Asa de Alambre
LMIC	Países de ingreso bajo y medio (por sus siglas en inglés).
LNM	metástasis a ganglios linfáticos (por sus siglas en inglés).
LVSI	Invasión del espacio linfovascular (por sus siglas en inglés).
NACT	Quimioterapia neoadyuvante (por sus siglas en inglés).
NED	Sin evidencia de enfermedad (por sus siglas en inglés).
NOS	Not Otherwise Specified / no especificado (por sus siglas en inglés).
MIS	Cirugía mínimamente invasiva (por sus siglas en inglés).
MRI	Pesonancia magnética (por sus siglas en inglés).
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OS	Sobrevivencia general (por sus siglas en inglés).
PALNS	Estadificación quirúrgica de ganglios linfáticos paraaórticos (por sus siglas en inglés).
PET	Tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés).
PFS	Sobrevivencia libre de progresión (por sus siglas en inglés).
PLN	Linfadenectomía pélvica de rutina (por sus siglas en inglés).
RM	Margen de resección (por sus siglas en inglés).

RT	Radioterapia (por sus siglas en inglés).
SLN / SN	Ganglio linfático centinela (por sus siglas en inglés).
TNM	Tumor-nódulos-metástasis
VPH	Virus de Papiloma Humano.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de titulación está dedicado con mucho cariño a mis papacitos María Adilia y, Manuelito (QEPD) y a mi querida Bitá (QEPD), que, con su esfuerzo, ejemplo, dedicación y amor, me han permitido llegar hasta estos momentos.

A mis padres y hermanos que también fueron incondicionales con el apoyo, cariño y ánimo para que pudiera terminar mis estudios y llegar a ser la profesional que sueño.

A mi esposo y mi hijo por ser mi compañía idónea, por motivarme a continuar luchando cada día y ser pacientes en mis momentos difíciles.

A los docentes de mi querido hospital que con los años me han mostrado el camino a través de sus enseñanzas y han sido guía en cada paso dado. Especialmente hoy agradeceré a la Dra. Gusmara Porras por sus enseñanzas y más que todo por enseñarme el valor de la empatía y solidaridad con los pacientes.

A las autoridades del HFVP por acogerme en estos años de residencia e instruir el valor del trabajo con calidad y calidez hacia los pacientes, al personal de enfermería por su amistad y colaboración.

A nuestras pacientes, que son nuestra razón de ser.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por todas las promesas que ha cumplido en mi vida. Por escuchar mis necesidades y suplirlas.

A las autoridades y personal del HBCR por permitir llevar a cabo este estudio, en especial al personal de Oncología por su participación y su disposición en trabajar conmigo.

Al Dr. Horacio Mendoza por su tutoría en este estudio y sus enseñanzas a lo largo de los años.

A mis amigos y compañeros de residencia por todos los momentos buenos y malos vividos.



## RESUMEN

Según cifras de GLOBOCAN 2020, el cáncer de cuello uterino (CACU) es el cuarto cáncer más común en mujeres en el mundo, la cuarta principal causa de muerte por cáncer en mujeres, con 604,00 casos nuevos y 342,00 muertes en el mundo en 2020. Se estima que entre 85-90% de las anteriores cifras ocurren principalmente en países de ingreso bajo y medio (LMIC) donde es el tercer cáncer más común en las mujeres (Sung, et al., 2021; Bhatla, et al., 2021).

Durante el periodo se lograron identificar 1250 nuevas pacientes con diagnóstico de CACU en el HBCR en todas sus etapas clínicas, de estos 108 corresponden a etapas tempranas; sin embargo, solo 70 fueron sometidas a HTA radical durante el periodo del estudio.

Sus principales características demográficas fueron edad entre 35-49 años (50%) Procedencia departamento Managua (40%), zona geográfica (55.7%) rural, respecto a escolaridad el (41.4%) primaria y estado civil soltera (82.9%).(Tabla 1) . El promedio de edad fue  $46 \pm 11.4$  años, la mediana fue 47.5 años y las edades extremas fueron 28 y 74 años.

Según la literatura internacional, la histerectomía radical es curativa, con tasas de supervivencia global a 5 años que varían del 73% al 98%, el procedimiento está asociada con una morbilidad significativa e impacta negativamente en la calidad de vida, en el presente estudio se encontró una supervivencia global a 2 años del 98% lo cual concuerda con cifras internacionales.

Palabras claves: CACU, recurrencia, HTA radical

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **INTRODUCCIÓN**

Según cifras de GLOBOCAN 2020, el cáncer de cuello uterino (CACU) es el cuarto cáncer más común en mujeres en el mundo, la cuarta principal causa de muerte por cáncer en mujeres, con 604,00 casos nuevos y 342,00 muertes en el mundo en 2020. Se estima que entre 85-90% de las anteriores cifras ocurren principalmente en países de ingreso bajo y medio (PBMI) donde es el tercer cáncer más común en las mujeres (Sung, et al., 2021; Bhatla, et al., 2021).

El CACU se considera casi completamente prevenible debido a la alta eficacia primaria (vacuna de VPH) y medidas de prevención secundarias (screening y tratamiento de lesiones precancerosas). Sin embargo, estas medidas no se han implementado de manera equitativa a través y dentro de los países (PATH, 2020; Lemp, et al., 2020). Debido a eso la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una iniciativa mundial para la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública mediante la implementación de la estrategia de intervención de triple pilar: 90% (vacunas) 70% (screening) y 90% (tratamiento) antes del 2030 (OMS, 2020).

Para las mujeres con CACU en etapa temprana, la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica es el estándar de atención. Este procedimiento implica la resección del útero, del cuello uterino y la parte superior de la vagina y parametrio circundante. A pesar de que la histerectomía radical es curativa para la mayoría de estas pacientes, con tasas de supervivencia global a 5 años que varían del 73% al 98%, el procedimiento está asociada con una morbilidad significativa e impacta negativamente en la calidad de vida (Wu, et al., 2021; Bhatla, et al., 2021).

Los programas de detección del CACU conducen a la detección más temprana de tumores de bajo riesgo, con un pronóstico favorable a largo plazo.

La estadificación del cáncer es un proceso en evolución que responde a los avances tecnológicos que mejoran el diagnóstico y el tratamiento. Además, permite identificar factores pronósticos, resultados adversos (morbilidad, recurrencia) y de supervivencia. Hay dos sistemas de estadificación paralelos disponibles, ambos utilizan criterios clínicos en lugar de quirúrgicos: El sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (Bhatla, et al., 2019; Bhatla, et al., 2021) y el sistema de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) usado para

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

describir la mayoría de los tipos de cáncer, llamada también sistema TNM (Tumor-Nodulos-Metástasis) (Olawaiye, et al., 2021). Sin embargo, el sistema FIGO sigue predominando en todo el mundo en la práctica clínica y para informes de bases de datos de cáncer ginecológico.

Uno de los principales temores del equipo de salud y de las pacientes con CACU es que haya una recurrencia. Por lo tanto, en este estudio además de describir el comportamiento clínico de la enfermedad y su manejo clínico, pretendemos valorar los resultados encontrados durante las visitas en los controles de seguimiento de estas pacientes, ya que son fundamentales para detectar y controlar de manera precoz una posible recurrencia u otros efectos adversos que puedan surgir para determinar la tasa de éxito del tratamiento, según las directrices internacionales.

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **ANTECEDENTES**

En la revisión bibliográfica realizada a nivel nacional no se han reportado estudios similares a lo planteado en este protocolo de investigación, a pesar de la búsqueda en el Repositorio Universitario del Consejo Nacional de Universidades (CNU) Nicaragua hasta el año 2021. En recientes publicaciones internacionales se han reportado estudios comparativos de la histerectomía radical abierta con los de cirugía mínimamente invasiva en pacientes con CACU en etapas tempranas. A continuación, se presenta resumidamente los principales hallazgos científicos y abordajes metodológicos que nos proporcionaron insumos valiosos para elaborar el diseño del estudio y aportaron elementos de juicio para mejorar y enriquecer la discusión de resultados al momento de elaborar la tesis.

Aguilar, Valdivia et al (2012), Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima Perú entre 1990 y 2005. Se incluyeron todas las pacientes con cáncer de cérvix uterino estadios IB1 y IIA a quienes se les realizó cirugía radical primaria y que tuvieron recurrencia. Las curvas de sobrevida fueron construidas con el método de Kaplan-Meier. Resultados: Se realizaron 609 histerectomías radicales tipo III, 53(8,7%) tuvieron recurrencia. La edad promedio al diagnóstico de la recurrencia fue 44,5 años, el tiempo medio desde la cirugía hasta la recurrencia 18,9 meses y el sitio de recurrencia más frecuente fue a distancia (41,5%) seguido por recurrencia central y pélvica. El sitio de recurrencia y los márgenes quirúrgicos tuvieron significancia estadística con respecto al tiempo de recurrencia. La terapia de salvataje más frecuente fue la radioterapia (45%). La sobrevida promedio después de la recurrencia fue 26,9 meses y la tasa de sobrevida a 5 años 9,4%. Conclusiones: El cáncer cervical recurrente es poco frecuente, afecta a mujeres jóvenes y el sitio de recurrencia más frecuente es metástasis a distancia. El tiempo de recurrencia es más corto cuando la recurrencia es central y los márgenes quirúrgicos están afectados. La sobrevida después de la recurrencia en cáncer cervical tratado con cirugía radical es baja.

Chen 1,2 Yiming Zhu<sup>3</sup> Jinchang Wu<sup>1</sup>, (2015). Se analizaron todos los pacientes consecutivos diagnosticados en estadio I-IIA2 de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

(FIGO) tratados en el Hospital del Cáncer de la Universidad de la Academia de Ciencias de China, provincia de Zhejiang, China, entre agosto de 2008 y julio de 2013. A partir del corte de datos del 31 de agosto de 2016, la mediana de seguimiento para la supervivencia general fue de 52,2 meses y 45 (2,3 %) pacientes se perdieron durante el seguimiento. De 1934 pacientes elegibles, 534 fueron tratados con RT postoperatoria, CCRT y observación, respectivamente.

La recurrencia se desarrolló en 167 individuos, incluidos 81 (13,46 %) en el grupo CCRT, 32 (5,99 %) en el grupo RT y 45 (5,64 %) en el grupo de observación. La mediana de edad de los pacientes fue de 47 años (rango, 28-73 años); 133 pacientes tenían carcinoma de células escamosas (SCC) y 16 pacientes tenían adenocarcinoma (ADC). Hubo 82 pacientes con FIGO estadio IB y 85 pacientes con estadio II ICC. Entre ellos, la recurrencia ocurrió dentro de los 3 años posteriores a la RHND en 139 (83,23 %) pacientes y más allá de los 3 años posteriores a la RHND en 28 (16,77 %) pacientes.

Nikhil Mehta, et al: (2021) Este fue un análisis prospectivo de 55 pacientes con cáncer de cuello uterino operable en estadio IA-IIA y recidivantes tratados con histerectomía radical, linfadenectomía pélvica y radioterapia adyuvante entre 2014 y 2017. Supervivencia general (SG), supervivencia libre de enfermedad (SLE), las tasas de morbilidad y mortalidad fueron los puntos finales de este estudio. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método de Kaplan-Meir. Resultados: La mediana de edad del grupo de estudio fue de 45 años (rango 18-68 años). La presentación más común fue la enfermedad en estadio IB2 en el 34,5% de los pacientes. Cincuenta (90%) pacientes tenían histología escamosa, mientras que 5 (9,1%) tenían adenocarcinoma. La histerectomía radical inicial se realizó en el 90,9 % de las pacientes, mientras que el 9,1 % se sometió a cirugía por cáncer de cuello uterino recurrente. La indicación más común para la radioterapia adyuvante fue la afectación de los ganglios linfáticos, seguida de la afectación del parametrio en el 20 % y el 13 % de los pacientes, respectivamente. La mediana del período de seguimiento fue de 48 meses (rango 6-60 meses). Las tasas de SG y SLE fueron 85,0 % y 81,8 %, respectivamente. La complicación más frecuente encontrada fue el íleo paralítico en 4 (7,2%) pacientes

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Melamed et al. (2018) realizaron un estudio de cohorte con mujeres sometidas a histerectomía radical por CACU en estadio IA2 o IB1, durante 2010-2013 en hospitales acreditados por la Comisión sobre el Cáncer en los Estados Unidos para evaluar los resultados de mortalidad según el tipo de histerectomía radical: CMI (n=1225) o cirugía abierta (n=1236). Durante una mediana de seguimiento de 45 meses la mortalidad fue mayor en pacientes tratadas con CMI que con cirugía abierta (9.1% vs 5.3%) (HR: 1.65; IC 95%; 1.22-2.22).

La histerectomía radical y las PLN completas son procedimientos estándar que se realizan en mujeres con CACU en estadio temprano. Sin embargo, algunos investigadores plantean que el mapeo de ganglios linfáticos centinela (SLN) podría ser una alternativa a la PLN, entre ellos:

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **JUSTIFICACIÓN**

Le elección del problema de este estudio se basó en los siguientes criterios:

**Pertinencia:** la detección y atención del cáncer cérvico uterino es una de las principales prioridades para el MINSA (2006, 2009) ya que representa una de las principales causas de morbimortalidad por cáncer en las mujeres. Además, se hace necesario la evaluación del seguimiento postquirúrgico de estas pacientes para poder detectar potenciales resultados adversos, incluidos la recurrencia, para garantizar la tasa de éxito en el manejo de estas pacientes.

**Ausencia de duplicación:** Un estudio similar no se ha reportado en Nicaragua.

**Viabilidad:** El estudio es muy viable con recursos disponibles (personal y expedientes).

**Interés sanitario:** La Ley General de Salud de la República de Nicaragua (Ley No 423, 2002), precisa que la calidad es un principio del sistema de salud y el estado debe garantizar el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos y tecnologías existentes con el máximo beneficio y satisfacción al menor costo y riesgo posible. Un objetivo del MINSA es evaluar el cumplimiento de indicadores y estándares de calidad. Además, la FIGO recomienda que todas las unidades de salud, en particular las de LMIC, deben recopilar y publicar datos sobre estudios de CACU (Bhatla, et al., 2021).

**Aplicabilidad:** Hay bastante probabilidad de que se lleven a la práctica las recomendaciones.

**Necesidad de datos:** Es necesario evaluar la tasa de recurrencia en el seguimiento de los casos.

**Consideraciones éticas:** Ningún problema ético.

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021?



**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

**OBJETIVOS**

**Objetivo General:**

Determinar la recurrencia en las pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021.

**Objetivos Específicos:**

1. Describir las características demográficas de las pacientes.
2. Presentar las características histopatológicas de los casos
3. Estimar la tasa de Sobre vida libre de enfermedad, sobrevida global y recurrencia
4. Evaluar el seguimiento brindado a estas pacientes.

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **MARCO TEORICO**

#### **Etapas del cáncer cervicouterino**

El CACU invasivo se propaga por extensión directa al parametrio, vagina, útero y órganos adyacentes, es decir, vejiga y recto. También se propaga a lo largo de los canales linfáticos hasta los ganglios linfáticos regionales, obturador, ilíaco externo, ilíaco interno, y de allí al ilíaco común y ganglios paraaórticos. La metástasis a distancia a los pulmones, hígado y esqueleto por vía hematológica es un fenómeno tardío (Bhatla, et al., 2021).

El cuello uterino fue el primer órgano al que se le asignó un sistema de estadificación clínica para el cáncer por FIGO en 1958. Posteriormente le siguió la estadificación patológica (TNM), la cual se ha utilizado para documentar el estado de la enfermedad nodal y metastásica. En 2018, el Comité de Oncología Ginecológica de la FIGO revisó la estadificación para permitir la opción de hallazgos clínicos, radiológicos o patológicos, según esté disponible, para asignar el estadio (FIGO 2019). Se publicó una corrección de errores (Corrigendo, 2019), con algunas modificaciones, la cual se muestra en Tabla 1. Los principales cambios son:

\*La dimensión horizontal de una lesión micro invasiva ya no es considerada.

\*El tamaño del tumor se estratifica en 3 subgrupos: IB1  $\leq 2$  cm, IB2  $>2 - \leq 4$  cm e IB3  $>4$  cm.

\*Positividad de los ganglios linfáticos, que se correlaciona con pobres resultados oncológicos asigna el caso al estadio IIIC ganglios pélvicos IIIC1 y ganglios paraaórticos IIIC2. Las micro metástasis están incluidas en Estadio IIIC (Bhatla, et al., 2021).

#### **Definición de cáncer cervical en etapa temprana**

Las pacientes con CACU limitado al cuello uterino y al útero tienen una enfermedad en estadio temprano, lo cual se refiere al estadio IA, IB1 e IB2 de la FIGO (2019). Para las mujeres con CACU en estadio temprano (es decir, estadio IA-IB1), las opciones de tratamiento incluyen cirugía, radioterapia (RT) y quimioterapia.

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

La estadificación revisada de FIGO está estrechamente alineada con la última estadificación TNM (Olawaiye, et al., 2021). La etapa se asigna después de todas las imágenes e informes patológicos disponibles. Esto no debe modificarse posteriormente, por ejemplo, en caso de recurrencia (Bhatla, et al., 2021). La FIGO sigue siendo el estándar de oro para la estadificación del CACU. Sin embargo, la estadificación radiográfica y quirúrgica agregan información pronóstica en aproximadamente una cuarta parte del estadio clínico IB de la FIGO, la mitad de IIA-IIB, dos tercios de IIIA, y más del 90% de las pacientes con IIIB (Mayr, et al., 2011).

**Tabla 1. Estadificación FIGO del cáncer de cuello uterino (FIGO 2019; Corrigendum, 2019).**

<b>Estadio I:</b> El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino (debe descartarse la extensión al cuerpo).
<b>IA</b> carcinoma invasivo solo se diagnostica con microscopía a profundidad máxima de invasión $\leq 5$ mm <sup>a</sup>
<b>IA1</b> medida de invasión estromal $\leq 3$ mm de profundidad
<b>IA2</b> medida de invasión estromal $> 3$ mm y $\leq 5$ mm de profundidad
<b>IB</b> Carcinoma invasivo con invasión más profunda $> 5$ mm (mayor que en estadio IA); lesión limitada al cuello uterino con tamaño medido por el diámetro máximo del tumor
<b>IB1</b> Carcinoma invasivo $> 5$ mm de profundidad de invasión del estroma y $\leq 2$ cm en su mayor dimensión
<b>IB2</b> Carcinoma invasivo $> 2$ cm y $\leq 4$ cm en su mayor dimensión
<b>IB3</b> Carcinoma invasivo $> 4$ cm en su mayor dimensión
<b>Estadio II:</b> El carcinoma invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica.
<b>IIA</b> afectación limitada a los dos tercios superiores de la vagina sin invasión parametrial
<b>IIA1</b> carcinoma invasivo $\leq 4$ cm en su mayor dimensión
<b>IIA2</b> carcinoma invasivo $> 4$ cm en su mayor dimensión
<b>IIIB</b> con invasión parametrial, pero no hasta la pared pélvica
<b>Estadio III:</b> El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o disfunción renal y/o involucra los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

<b>IIIA</b> el carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.
<b>IIIB</b> extensión a pared pélvica y/o hidronefrosis o insuficiencia renal (a menos que se deba a otra causa)
<b>IIIC</b> afectación de los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos (incluidas las micro metástasis) <sup>c</sup> , independientemente del tamaño y la extensión del tumor (con notaciones r y p). <sup>d</sup>
<b>IIIC1</b> sólo metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos
<b>IIIC2</b> metástasis en ganglios linfáticos paraaórticos
<b>Estadio IV:</b> El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado (comprobado por biopsia) la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema bulloso como tal, no permite que un caso se asigne a la etapa IV
<b>IVA</b> propagación del crecimiento a órganos adyacentes
<b>IVB</b> propagación a órganos distantes

a: se pueden utilizar imágenes y patología, cuando estén disponibles, para complementar los hallazgos clínicos con respecto al tamaño y extensión del tumor, en todas las etapas. Los hallazgos patológicos reemplazan a los hallazgos clínicos y de imagen.

b: la afectación de los espacios vasculares/linfáticos no debe cambiar la estadificación. Ya no se considera la extensión lateral de la lesión.

c: las células tumorales aisladas no cambian el estadio, pero se debe registrar su presencia.

d: añadiendo la notación de r (imagenología) y p (patología), para indicar los hallazgos que se utilizan para asignar el caso al estadio IIIC. Por ejemplo, si la imagen indica metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos, la asignación de estadio sería Estadio IIIC1r; si se confirma por hallazgos patológicos, sería Estadio IIIC1p.

Siempre se debe documentar el tipo de modalidad de imagen o técnica patológica utilizada. En caso de duda, se debe asignar la estadificación más baja.

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **Histopatología**

Es fundamental que todos los cánceres se confirmen mediante examen microscópico. Los casos se clasifican como CACU si el crecimiento primario está en el cuello uterino. Deben incluirse todos los tipos histológicos (Bhatla, et al., 2021). La Clasificación de la OMS de los tumores genitales femeninos (IARC, 2020) los describe como los siguientes:

#### **Tumores epiteliales escamosos:**

- Carcinoma de células escamosas, asociado al VPH
- Carcinoma de células escamosas, independiente del VPH
- Carcinoma de células escamosas NOS

#### **Tumores glandulares:**

- Adenocarcinoma NOS
- Adenocarcinoma, asociado al VPH
- Adenocarcinoma, independiente del VPH, tipo gástrico
- Adenocarcinoma, independiente del VPH, tipo de célula clara
- Adenocarcinoma, independiente del VPH, tipo meso néfrico
- Adenocarcinoma, independiente del VPH, NOS
- Adenocarcinoma endometriode NOS
- Carcinosarcoma NOS
- Carcinoma adenoescamoso
- Carcinoma mucoepidermoide
- Carcinoma adenoide basal
- Carcinoma, indiferenciado, NOS

#### **Tumores epiteliales y mesenquimales mixtos:**

- Adenosarcoma

#### **Tumores de células germinales:**

- Tumor del seno endodérmico
- Tumor del saco vitelino NOS
- Coriocarcinoma NOS

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Según la OMS, existen tres categorías de tumores epiteliales del cuello uterino: escamoso, adenocarcinoma y otros (como tumores neuroendocrinos y carcinoma indiferenciado). Los carcinomas de células escamosas representan el 70%-80% de los CaCU y los adenocarcinomas entre el 10%-15%. La estadificación precisa del CaCU antes del tratamiento es fundamental, ya que determina la terapia (Somashekhar y Ashwin, 2015).

### **Diagnóstico y valoración de cáncer de cuello uterino**

#### **Enfermedad microinvasiva**

El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 se realiza mediante examen microscópico de una muestra de cono biopsia, obtenida por LEEP o conización con bisturí frío, que incluye toda la lesión. También se puede realizar en una traquelectomía o muestra de histerectomía. La profundidad de la invasión no debe ser  $>3$  o 5 mm, respectivamente, desde la base del epitelio. La dimensión horizontal ya no se considera en la revisión de 2018 ya que no se ha demostrado que afecte la supervivencia. Se debe tener en cuenta la afectación o invasión del espacio linfovascular (LVSI), que no altera el estadio, pero puede afectar el plan de tratamiento. Los márgenes deben informarse de ser negativo para la enfermedad. Si los márgenes del cono biopsia son positivos para el cáncer invasivo, la paciente se asigna al estadio IB1 (Bhatla, et al., 2021).

#### **Enfermedad invasiva**

En el caso de lesiones visibles, una biopsia por punción generalmente puede ser suficiente para el diagnóstico, pero si no es satisfactorio, se puede realizar una pequeña biopsia en asa o un cono requerido. La evaluación clínica es el primer paso en la asignación de la estadificación. La estadificación FIGO/2018 permite el uso de cualquiera de las modalidades de imagen según los recursos disponibles, es decir, ecografía, tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET), para proporcionar información adicional sobre el tamaño del tumor, estado nodal y diseminación local o sistémica. La MRI es el mejor método de valoración radiológica de tumores primarios  $>10$  mm. Sin embargo, también se ha demostrado que la ecografía tiene un buen diagnóstico preciso en manos expertas. La modalidad usada en la asignación de estadificación debe tenerse en cuenta para una evaluación futura. Las imágenes

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

pueden identificar factores pronósticos que pueden orientar la elección de las más adecuadas modalidades de tratamiento (Bhatla, et al., 2021).

Para la detección de metástasis ganglionares >10 mm, PET-CT es más precisa que la CT y la MRI, con resultados falsos negativos en 4%-15%. En áreas con alta prevalencia de tuberculosis e inflamación, especialmente áreas endémicas de VIH, los ganglios linfáticos grandes no son necesariamente metastásicos. El médico puede tomar la decisión sobre imágenes o, aspiración con aguja fina o biopsia para excluir metástasis, especialmente cierto en etapas avanzadas, donde la evaluación quirúrgica de ganglios linfáticos paraaórticos con MIS o laparotomía puede ser usada para adaptar el tratamiento de acuerdo con la extensión de la enfermedad. La exclusión quirúrgica de nódulos linfáticos paraaórticos ha revelado que la afectación de ganglios linfáticos se correlaciona con mejor pronóstico que solo con la exclusión radiográfica (Bhatla, et al., 2021).

En una revisión evaluaron la seguridad e impacto del pretratamiento para la estadificación quirúrgica de ganglios linfáticos paraaórticos (PALNS) se halló que 18% (rango, 8%-42%) de pacientes con estadio IB-IVA de CaCU tenía metástasis en ganglios linfáticos paraaórticos. La tasa media de complicación de PALNS fue de 9% (rango 4%-24%), con formación de linfocitos siendo el más común. En otro estudio, hasta el 35% de casos evaluados clínicamente reportaron tumores en estadio IIB y 20% de tumores en estadio III tenían ganglios linfáticos paraaórticos positivos. En la estadificación revisada, todos estos casos podrían asignarse al estadio IIIC ya que la afectación de los ganglios linfáticos confiere un peor pronóstico. Si solo los ganglios pélvicos son positivos, es estadio IIIC1; si los ganglios paraaórticos también están afectados, es el estadio IIIC2. Una notación adicional debe agregarse para indicar si esta asignación se basa únicamente en imágenes evaluación (r) o si se dispone de confirmación patológica (p). En su debido tiempo, estos datos pueden analizarse y notificarse en consecuencia (Bhatla, et al., 2021).

La FIGO (2019) ya no exige ninguna investigación bioquímica o procedimientos de investigación; pero, en pacientes con carcinoma invasivo franco, debe hacerse una radiografía de tórax y evaluación de hidronefrosis (con ecografía renal, CT, o MRI). La vejiga y el recto son evaluados por cistoscopia y sigmoidoscopia sólo si la paciente presenta síntomas clínicos. La cistoscopia también se recomienda en casos de crecimiento endocervical en forma de barril y en casos en que

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

el crecimiento se ha extendido a la pared vaginal anterior. La sospecha de afectación de vejiga o el recto debe ser confirmado por biopsia y evidencia histológica. El edema ampoloso por sí solo no justifica la asignación de un caso a la Etapa IV (Bhatla, et al., 2021).

### **Manejo de cáncer cervicouterino**

#### **Descripción general**

La atención del CACU se requiere de un *equipo multidisciplinario* que debe proveer a la paciente información sobre todas las opciones de tratamiento y sus objetivos, para la “*toma de decisiones compartida*” (ASCO, 2019). El tratamiento del CACU se realiza principalmente mediante cirugía o radioterapia, con quimioterapia como un valioso complemento (Bhatla, et al., 2021). La elección de la terapia depende de factores del tumor (tipo, estadio, tamaño), complicaciones o efectos secundarios de las cirugías, edad, estado de salud general, factores de riesgo patológicos y preferencias de la mujer (función sexual o deseo de tener hijos) (Somashekhar y Ashwin, 2015; ASCO, 2019).

#### **Manejo quirúrgico**

De acuerdo con las guías nacionales e internacionales, se recomienda la terapia quirúrgica para el manejo del CACU temprano (Emmons, et al., 2018). La cirugía es la extirpación del tumor y de parte del tejido circundante sano durante una operación, y es adecuada para las etapas tempranas, donde la conización cervical, histerectomía simple, o la histerectomía radical se pueden seleccionar de acuerdo con la etapa de la enfermedad. Un *oncólogo ginecológico* es un médico especializado en el tratamiento del cáncer ginecológico mediante cirugía. A menudo se utilizan estos procedimientos en el CACU que no se ha diseminado más allá del cuello uterino (ASCO, 2019; Bhatla, et al., 2021; Somashekhar y Ashwin, 2015):

- La **conización** consiste en el uso del mismo procedimiento que el cono biopsia para extirpar todo el tejido anormal. Puede utilizarse para extirpar el CACU microinvasiva. Las mujeres con estadio IA1 sin LVSI son candidatas para el tratamiento solo con conización cervical con bisturí frío, ya que la posibilidad de diseminación del tumor al tejido parametrial es muy baja. Un estudio secundario de base de datos nacional sobre el cáncer de mujeres  $\leq 40$  años con estadio



## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

IA1 no encontraron diferencia en la supervivencia a 5 años entre las que se sometieron conización versus histerectomía (98% vs 99%) (Somashekhar y Ashwin, 2015).

- El **LEEP** es el uso de una corriente eléctrica que se transmite a través de un gancho de alambre fino, con el que se extirpa el tejido. Puede usarse para extirpar el CaCU microinvasiva.
- La **traquelectomía radical** es una cirugía en la que se extirpa el cuello uterino, pero se deja el útero intacto. Incluye una disección de los ganglios linfáticos pélvicos. Esta cirugía puede usarse en el caso de pacientes jóvenes que desean preservar su fertilidad. Este procedimiento se ha convertido en una alternativa aceptable a la histerectomía para algunas pacientes.
- **Histerectomía** es la extirpación del útero y cérvix. La histerectomía puede ser: **simple** (extirpación de útero y cérvix), **radical** (extirpación del útero, cérvix, parte superior de vagina, tejido que rodea el cérvix y disección extensiva de ganglios linfáticos pélvicos, o PLN) y **radical modificada** (extirpación de útero, cérvix, cuarto superior a la mitad de vagina, junto con parametrio), es un tratamiento eficaz en mujeres con CaCU en estadio temprano de bajo riesgo con tasas de recurrencia a los 12 años de seguimiento de 0.1% y 5% para los estadios IA e IB1, respectivamente (Somashekhar y Ashwin, 2015). La histerectomía puede incluir a la vez una **salpingooforectomía bilateral** (extirpación de ambos ovarios y ambas trompas de Falopio). En Tabla 2 muestra estos tipos de histerectomía (Bhatla, et al., 2021).

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

**Tabla 2 Tipos de histerectomía radical.**

	<b>Histerectomía simple o extra fascial</b>	<b>Histerectomía radical modificada</b>	<b>Histerectomía radical</b>
Clasificación Piver y Rutledge	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Clasificación Querleu y Morrow	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Indicación	Estadio IA1	Tipo IA1 con LVSI. IA2	Estadio IB1 e IB2, estadios seleccionados IIA
Útero y cérvix	Eliminado	Eliminado	Eliminado
Ovarios	Eliminación opcional	Eliminación opcional	Eliminación opcional
Margen vaginal	Ninguno	1-2 cm	Cuarto superior a un tercio
Uréteres	No movilizado	Túnel a través del ligamento ancho	Túnel a través del ligamento ancho
Ligamentos cardinales	Limites divididos en uterino y cervical	Dividido donde el uréter transita los ligamentos anchos	Dividido en la pared lateral pélvica
Ligamentos úteros sacros	Dividido en el límite cervical	Parcialmente eliminado	Dividido cerca del origen sacro
Vejiga urinaria	Movilizado a la base de la vejiga	Movilizado a la parte superior de la vagina	Movilizado a la parte media de la vagina
Recto	No movilizado	Movilizado debajo del cuello uterino o cérvix	Movilizado debajo del cuello uterino o cérvix
Abordaje quirúrgico	Laparotomía o laparoscopia o cirugía robótica	Laparotomía o laparoscopia o cirugía robótica	Laparotomía o laparoscopia o cirugía robótica

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Cuando el CACU se ha diseminado más allá del cérvix, puede usarse el siguiente procedimiento:

- La **exenteración pélvica** es la extirpación del útero, la vagina, el colon inferior, el recto o la vejiga, si el CACU se ha diseminado a estos órganos después de la radioterapia. La exenteración pélvica es necesaria en raras ocasiones. Se usa mayormente en algunas personas cuyo cáncer ha regresado después de la radioterapia.

**Cirugías para preservar la fertilidad:** para mujeres de edad reproductiva con estadio temprano (estadio IA2 o IB1) que desean preservar su fertilidad y tienen una lesión  $\leq 2$  cm de tamaño sin metástasis en los ganglios linfáticos, se prefiere conización y traquelectomía, para preservar el útero, en lugar de histerectomía radical. La traquelectomía es la extirpación solo del cuello uterino, y sus enfoques son: vaginal, abdominal, laparoscópico y robótico. Se prefiere el abordaje vaginal para las lesiones  $< 2$  cm de diámetro y el abordaje abdominal para lesiones más grandes. La LVSI dentro del tumor es un factor de riesgo para la recurrencia de los ganglios linfáticos, pero no una contraindicación para la traquelectomía. (Somashekhar y Ashwin, 2015).

Las complicaciones o efectos secundarios de la cirugía varían según la magnitud del procedimiento. En ocasiones, las pacientes experimentan sangrado considerable, infección o daño en los sistemas urinario e intestinal. Por otro lado, si los procedimientos quirúrgicos extensivos han afectado la función sexual, se pueden utilizar otras cirugías para construir una vagina artificial (ASCO, 2019).

### **Papel de la biopsia del ganglio centinela**

La biopsia de ganglio linfático centinela en el CACU se utiliza para reducir la morbilidad de una disección completa de ganglios linfáticos mientras mejora la tasa de captación de los ganglios linfáticos metastásicos. La mayor tasa de detección se explica por: la identificación del ganglio centinela en una ubicación aberrante que no se incluiría de forma rutinaria en una disección sistemática de ganglios linfático, el ganglio linfático centinela está completamente extirpado, y el uso rutinario de ultra estadificación. Se propone que el mapeo del ganglio centinela y la ultra

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

estadificación deberían convertirse práctica estándar en el manejo quirúrgico de la etapa temprana del cáncer de cuello uterino. (Somashekhar y Ashwin, 2015).

### **Indicaciones de la terapia adyuvante**

Para mujeres con CACU en estadio temprano tratadas con un abordaje quirúrgico primario, se debe administrar terapia adyuvante si los hallazgos patológicos finales sugieren que están en riesgo para la recurrencia de la enfermedad (Somashekhar y Ashwin, 2015).

Para mujeres con *factores de riesgo intermedios (denominados Criterios de Sedlis)*: En presencia de un tamaño del tumor >2 cm, la presencia de invasión del espacio linfovascular y / o profunda invasión del del estroma cervical, se prefiere la radioterapia (RT) adyuvante sobre la observación sola. Los riesgos de recurrencia y la mortalidad en presencia de estos factores son de hasta 30% después de la cirugía sola. La RT da como resultado una mejora en la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y puede mejorar la supervivencia global (SG) también. La comparación de datos limitados la quimiorradiación y la radiación sugieren que la CCRT puede mejorar el riesgo de recurrencia (9% vs 23%) y una tendencia hacia una mejora de la SLE a los 5 años (90% vs 78%), pero no se observó ninguna mejora en la SG (Somashekhar y Ashwin, 2015; Paik, et al., 2020; Solís, 2005). "

Debido a que en el 10 a 15% de pacientes tratadas inicialmente con histerectomía tipo III ésta no es suficiente, se ha utilizado la radioterapia adyuvante para aquellas con factores de riesgo para recurrencia, sugiriéndose la división en 3 grupos de riesgo en pacientes sometidas a tratamiento inicial con histerectomía radical tal como sigue :

**Bajo Riesgo:** Corresponde a las pacientes con tumores menores a 4cm, con ganglios negativos, sin PVL y con afección máxima de un tercio del estroma del cérvix; en estas pacientes la recurrencia se presenta en el 2.2% y todas son en la pelvis.

**Riesgo Intermedio:** Son aquellas con PVL, invasión hasta el tercio externo del cérvix; también se incluyen los tumores mayores de 4 cm, invasión de uno o dos tercios del cérvix, con o sin PVL; en estas pacientes la recurrencia se presenta en la pelvis en 13.5% y a distancia en 1.3%.

**Alto Riesgo:** Corresponde a aquellas pacientes con ganglios positivos y/o márgenes quirúrgicos positivos y/o afección parametrial; en éstas pacientes la recurrencia se presenta en la pelvis en el

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

25.9% y a distancia en el 48.3%. En (GOG 109), las mujeres que se sometieron a una histerectomía para CACU temprana se encontró que tenían una enfermedad de alto riesgo tuvieron una mejoría tanto en la SLE y SG después de administrar adyuvante quimio- radioterapia concurrente (CCRT) (Somashekhar y Ashwin, 2015).

### **Radioterapia**

La radioterapia es el uso de rayos X u otras partículas con alta potencia para destruir las células cancerosas. El médico que se especializa en administrar radioterapia para tratar el cáncer se denomina **radioncólogo**. La radioterapia puede administrarse sola, antes de la cirugía o en lugar de la cirugía con el objetivo de disminuir el tamaño del tumor (ASCO, 2019).

El tipo más frecuente de tratamiento con radiación se denomina **radioterapia de haz externo**, que consiste en radiación aplicada desde una máquina externa al cuerpo. Cuando en la radiación se use implantes, el tratamiento se denomina **radioterapia interna o braquiterapia**. Un régimen o programa de radioterapia, por lo general, consiste en una cantidad específica de tratamientos que se administran durante un período determinado que combina tratamientos con radiación interna y externa. Este enfoque combinado es el más efectivo para reducir las probabilidades de que el cáncer reaparezca, lo cual se denomina **recurrencia** (ASCO, 2019).

En los *CACU en estadio temprano*, generalmente se usa una combinación de radioterapia y quimioterapia de dosis baja, cuyo objetivo es aumentar la efectividad del tratamiento con radiación. Esta combinación se administra para controlar el cáncer en la pelvis con el objetivo de curar el cáncer sin recurrir a la cirugía. También se puede administrar para destruir el cáncer microscópico que podría quedar luego de una cirugía (ASCO, 2019).

Los *efectos secundarios* de la radioterapia pueden incluir fatiga, reacciones leves en la piel, malestar estomacal y deposiciones líquidas. Los efectos secundarios de la radioterapia interna pueden incluir dolor abdominal y obstrucción intestinal, aunque esto es poco frecuente. La mayoría de los efectos secundarios habitualmente desaparecen poco tiempo después de finalizar el tratamiento. Después de la radioterapia, el área vaginal puede perder elasticidad, por lo que algunas mujeres también querrán usar un dilatador vaginal, que es un cilindro de caucho o de plástico que se introduce en la vagina para evitar el estrechamiento. Las mujeres que han recibido radioterapia

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

con haz externo perderán su capacidad de quedar embarazadas y, a menos que los ovarios se hayan desplazado quirúrgicamente fuera de la pelvis, las mujeres premenopáusicas ingresarán a la menopausia (ASCO, 2019).

### **Terapias con medicamentos**

La terapia sistémica es el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas. Este tipo de medicamentos se administra a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en todo el cuerpo o por una pastilla o cápsula vía oral. Las terapias sistémicas para el CaCU son administradas por un *oncólogo ginecológico* o un *oncólogo clínico*, médicos especializados en el tratamiento del cáncer con medicamentos. (ASCO, 2019). Los tipos de terapias sistémicas que se usan para el CaCU incluyen los siguientes:

- a. Quimioterapia
- b. Terapia dirigida
- c. Inmunoterapia

Una persona puede recibir un tipo de terapia sistémica por vez o una combinación de terapias sistémicas al mismo tiempo. También se pueden administrar como parte de un plan de tratamiento que puede incluir cirugía y/o radioterapia.

Los medicamentos usados para tratar el cáncer se evalúan constantemente. Se debe informar a la paciente sobre los medicamentos recetados, su finalidad y sus potenciales efectos secundarios o interacciones con otros medicamentos. También es importante indagar si la paciente está usando algún otro medicamento con receta o de venta libre, o suplementos. Las hierbas, los suplementos y otros fármacos pueden interactuar con los medicamentos para el cáncer (ASCO, 2019).

#### **a. Quimioterapia**

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, generalmente al evitar que las células cancerosas crezcan, se dividan y produzcan más células. Un régimen o programa de quimioterapia, por lo general, consiste en una cantidad específica de ciclos que se administran

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

en un período de tiempo determinado. Una paciente puede recibir un fármaco por vez o una combinación de diferentes fármacos administrados al mismo tiempo. Para las mujeres con CaCU, la quimioterapia a menudo se administra en combinación con radioterapia. (ASCO, 2019).

Los *efectos secundarios* de la quimioterapia dependen de la mujer y de la dosis utilizada, pero pueden incluir fatiga, riesgo de infección, náuseas, vómitos, caída del cabello, pérdida del apetito y diarrea. Estos efectos secundarios generalmente desaparecen después de finalizado el tratamiento. Con mucha menor frecuencia, determinados fármacos pueden causar algo de pérdida de la audición. Otros pueden causar daño renal. Es posible que se administre líquido adicional por vía intravenosa para proteger los riñones (ASCO, 2019).

### **b. Terapia dirigida**

Es un tratamiento que se dirige a los genes o a las proteínas específicos del cáncer, o a las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento del cáncer y la supervivencia. Este tipo de tratamiento bloquea el crecimiento y la diseminación de las células cancerosas y, a la vez, limita el daño a las células sanas (ASCO, 2019).

No todos los tumores tienen los mismos blancos. Para determinar cuál es el tratamiento más efectivo, el médico puede realizar pruebas para identificar los genes, las proteínas y otros factores involucrados en el tumor. Esto ayuda a que los médicos puedan encontrar el tratamiento más efectivo que mejor se adapte a cada paciente, siempre que sea posible. Además, continúan realizándose estudios de investigación para obtener más información sobre objetivos moleculares específicos y tratamientos nuevos dirigidos a ellos (ASCO, 2019).

Cuando el CACU ha reaparecido después del tratamiento, se denomina *cáncer recurrente*, o cuando se ha diseminado más allá de la pelvis, se denomina *enfermedad metastásica*, se lo trata con una quimioterapia basada en platino (ASCO, 2019).

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **c. Inmunoterapia**

También llamada “*terapia biológica*”, está diseñada para estimular las defensas naturales del cuerpo a fin de combatir el cáncer. Utiliza materiales producidos por el cuerpo o fabricados en un laboratorio para mejorar, dirigir o restaurar la función del sistema inmunitario.

El inhibidor de puntos de control inmunitarios pembrolizumab (Keytruda) se utiliza para tratar el CaCU que ha *recurrido* o se ha *diseminado* a otras partes del cuerpo durante o después del tratamiento con quimioterapia. Algunas células cancerosas manifiestan la proteína PD-L1, que se une a la proteína PD-1 en las células T. Las células T son células del sistema inmunitario que matan a ciertas células, como las células cancerosas. Cuando las proteínas PD-1 y PD-L1 se unen, la célula T no ataca a la célula cancerosa. Pembrolizumab es un inhibidor de la proteína PD-1, por lo que bloquea la unión entre la PD-1 y la PD-L1, lo que permite que las células T encuentren y ataquen a las células cancerosas (ASCO, 2019).

Diferentes tipos de inmunoterapia pueden causar diferentes *efectos secundarios*. Los más usuales son: reacciones cutáneas, síntomas similares a gripe, diarrea y cambios de peso (ASCO, 2019).

### **Efectos físicos, emocionales y sociales del cáncer**

El cáncer y su tratamiento producen síntomas y efectos secundarios físicos, así como efectos emocionales, sociales y económicos. El manejo de estos efectos se denomina *cuidados paliativos* o atención médica de apoyo. Es una parte importante de su atención que se incluye junto con los tratamientos que tienen como fin retrasar, detener o eliminar el cáncer. Las personas que reciben cuidados paliativos junto con el tratamiento para el cáncer con frecuencia tienen síntomas menos graves mejor satisfacción al tratamiento y calidad de vida. Los tratamientos paliativos varían ampliamente y, con frecuencia, incluyen medicamentos, cambios nutricionales, técnicas de relajación, apoyo emocional y espiritual, y otras terapias. Durante el tratamiento, se debe conversar sobre los síntomas, efectos secundarios y si experimenta algún problema, para tratarlos oportunamente y a prevenir problemas más graves en el futuro (ASCO, 2019).



## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **Opciones de tratamiento según el estadio**

Estos tratamientos han demostrado ser igualmente efectivos en el tratamiento del CACU en estadio temprano. La *quimiorradiación* (una combinación de quimioterapia y radioterapia) se utiliza generalmente en mujeres que tienen un tumor de mayor tamaño, un tumor en estadio avanzado ubicado solamente en la pelvis, o si los ganglios linfáticos tienen células cancerosas. Comúnmente, la radioterapia y la quimioterapia se utilizan después de la cirugía si existe un alto riesgo de que el cáncer reaparezca/recorra, o se haya diseminado (ASCO, 2019).

### **Cáncer de cuello uterino metastásico**

Si el cáncer se disemina a otra parte del cuerpo desde el lugar donde se originó, se denomina “*cáncer metastásico*”. Es posible usar quimioterapia, inmunoterapia y cirugía para tratar o extirpar las nuevas áreas afectadas tanto en el área pélvica como en otras partes del cuerpo. Los cuidados paliativos también serán importantes para ayudar a aliviar los síntomas y los efectos secundarios, especialmente con la radioterapia para aliviar el dolor y otros síntomas. También puede ser útil hablar con otras pacientes, incluso a través de un *grupo de apoyo* (ASCO, 2019).

### **Carcinoma de cuello uterino microinvasivo: estadio FIGO: IA**

#### **Estadio IA1**

Pacientes con este estadio el riesgo de metástasis en los ganglios es <1%. (Somashekhar y Ashwin, 2015). El tratamiento se completa con conización cervical a menos que exista invasión del espacio linfovascular (LVSI) o la presencia de células tumorales en el margen quirúrgico. En mujeres que han completado la maternidad o en edad avanzada, también se puede recomendar histerectomía extra fascial. Se puede elegir cualquier ruta (abdominal, vaginal o MIS).

Cuando el LVSI es evidente, la PLN debe ser considerada, junto con la histerectomía extra fascial. Si la fertilidad es deseada la conización cervical con seguimiento minucioso será adecuado (Bhatla, et al., 2021).

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **Estadio IA2**

Dado que existe pequeño riesgo de metástasis en ganglios linfáticos en estos casos, se realiza además histerectomía radical tipo B. En casos de *bajo riesgo* (sin LVSI, ganglio centinela negativo), la histerectomía simple o traquelectomía, combinada con PLN o evaluación de SLN, puede ser un tratamiento quirúrgico adecuado. Cuando la paciente desea fertilidad, se le puede ofrecer una de las siguientes opciones: 1) conización cervical con PLN (abierta o CMI); o 2) traquelectomía radical con PLN por vía abdominal, vaginal o MIS (Bhatla, et al., 2021).

### **Seguimiento Postoperatorio**

Después de la cirugía para preservar la fertilidad, realizar seguimiento de Papanicolau trimestral durante 2 años, luego cada 6 meses se recomienda durante los años 3 y 5. Si el seguimiento es normal a los 5 años, la paciente puede volver al cronograma de detección de rutina de acuerdo con las directrices nacionales. Otras pruebas, incluidas las imágenes, no se recomiendan de forma rutinaria y se puede realizar si es necesario (Bhatla, et al., 2021; Somashekhar y Ashwin, 2015).

### **Carcinoma invasivo de cuello uterino: estadio FIGO: IB1, IB2, IIA1**

El tratamiento quirúrgico es la modalidad preferida para el tratamiento de lesiones en estadio IB1, IB2 y IIA1. Por lo general, histerectomía radical tipo C con PLN (Bhatla, et al., 2021).

### **Estadio IB1**

El estadio IB1 se considera de *bajo riesgo* con los siguientes criterios: invasión del estroma cervical inferior al 50% y sin ganglios linfáticos sospechosos en las imágenes. El tratamiento estándar es una histerectomía radical tipo C, pero la histerectomía radical modificada se puede considerar. La PLN siempre debe incluirse teniendo en cuenta la alta frecuencia de afectación de los ganglios linfáticos. El ensayo SHAPE en curso, comparará los resultados oncológicos y eventos adversos relacionados al tratamiento entre la histerectomía radical y la histerectomía simple en CACU en etapa temprana de bajo riesgo. Otro estudio multiinstitucional está evaluando la función física y calidad de vida antes y después de la terapia quirúrgica no radical (histerectomía extra fascial o cono biopsia con PLN) en casos de bajo riesgo (Bhatla, et al., 2021).

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

En jóvenes que desean preservar la fertilidad, una traquelectomía radical estaría indicada para estadio IA2-IB1. El cuello uterino junto con el parametrio se extrae seguido de una anastomosis del útero con el extremo vaginal. La traquelectomía se puede realizar por vía abdominal abierta, vaginal o por vías MIS. Cuando se planifica un abordaje vaginal, los ganglios pélvicos se extirpan primero por vía laparoscópica y enviado para sección congelada para confirmar la negatividad del nodo; luego se procede con la traquelectomía radical por vía vaginal. Alternativamente, los ganglios pueden evaluarse primero mediante métodos patológicos convencionales y la traquelectomía radical realizada como segunda cirugía después de una semana (Bhatla, et al., 2021).

### **Estadio IB2 y IIA1**

En CACU, la cirugía o radioterapia en estadios FIGO IB2 y IIA1 se puede elegir como tratamiento primario dependiendo de factores de las pacientes y de recursos locales, ya que ambos tienen resultados similares. Las ventajas del tratamiento quirúrgico son: (1) que es factible determinar la etapa postoperatoria precisamente sobre la base de los hallazgos histopatológicos, permitiendo así la individualización del tratamiento postoperatorio; (2) que es posible tratar cánceres que probablemente sean resistentes a radioterapia; y (3) que es posible conservar la función ovárica. La transposición intraoperatoria de los ovarios alta en canaletas para cólico alejadas del campo de radiación, en caso de que sea necesario posteriormente, también es factible. La preservación de ovarios y de la función sexual hace que la cirugía sea el modo preferido en las mujeres más jóvenes. La histerectomía radical C es el procedimiento estándar para el tratamiento de CACU, que consiste en la extirpación del útero, parametrio, parte superior de la vagina y parte del paracolpio, junto con PLN (Bhatla, et al., 2021).

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

El papel del mapeo del SLN en el CaCU aún es experimental y necesita más evidencia para incluirlo en la práctica habitual. *Puede tener algún papel en CACU temprano (IA, IB1 y IB2)*. Etiquetado dual con colorante azul y radiocoloide aumenta la precisión para detectar SLN. La indocianina tinte verde con técnica de infrarrojo cercano se ha usado en el abordaje abierto y CM. La PLN debe tenerse en cuenta si hay LVSI. En el único ensayo aleatorizado de resección sola y de SLN o SLN+PLN (SENTICOL-2) en el CACU temprano, en 206 caso no se observaron falsos negativos en SLN+PLN. La morbilidad linfática fue significativamente menor en el grupo SLN que en SLN+PLN (31.4% vs 51.5%,  $P = 0.0046$ ), al igual que la tasa de síntomas neurológicos posoperatorios (7.8% vs 20.6%,  $P = 0.01$ , respectivamente). La SLE a los 3 años no fue significativamente diferente entre los 2 grupos. El estudio SENTICOL-III está en curso (n=950) y comparará la SLE y calidad de vida en ambos grupos (Bhatla, et al., 2021).

### **Etapas FIGO: IB3 y IIA2**

En estadios IB3 y IIA2, los tumores son más grandes y la probabilidad de factores de alto riesgo como ganglios linfáticos positivos, parametrio positiva, o márgenes quirúrgicos positivos aumentan el riesgo de recurrencia y requieren radiación adyuvante después de la cirugía. Otros factores que aumentan el riesgo de recurrencia pélvica incluso cuando los ganglios no están involucrados incluyen: diámetro del tumor  $>4$  cm, LVSI e invasión del tercio exterior del estroma cervical. En tales casos, la irradiación pélvica completa adyuvante reduce la tasa de fallo local y mejora la SLE en comparación con pacientes tratadas solamente con cirugía. Pero, el tratamiento de modalidad dual aumenta el riesgo de morbilidad para la paciente (Bhatla, et al., 2021).

La modalidad de tratamiento debe determinarse en función de la disponibilidad de recursos y de los factores relacionados con los tumores y las pacientes. La quimio-radioterapia concurrente basado en platino (CCRT) es la opción de tratamiento preferida para las lesiones en estadios IB3 a IIA2. También se ha demostrado que el pronóstico en términos de SG, SLE, y las recurrencias locales y distantes es más favorable con CCRT, en lugar de histerectomía radical seguida de radioterapia como terapia adyuvante posoperatoria (Bhatla, et al., 2021).

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

En donde las instalaciones de radioterapia son escasas, la quimioterapia neoadyuvante (NACT) se ha utilizado con el objetivo de: (1) reducir la estadificación del tumor para mejorar la curabilidad radical y la seguridad de cirugía; y (2) inhibición de micro metástasis y metástasis a distancia. No hay consenso sobre si mejora el pronóstico en comparación con el tratamiento estándar. Dos ensayos aleatorizados, EORTC y el estudio de Gupta et al. tuvieron resultados variados. no mostró diferencia en 5 años de SG entre NACT y CCRT sino toxicidad relacionada con la quimioterapia en el grupo NACT, mientras que el estudio de Gupta y col. mostró superior SLE en el grupo CCRT. *El alcance de la cirugía después de NACT sigue siendo el mismo, es decir, la histerectomía radical y PLN.* La mayor dificultad es la determinación de las indicaciones de terapia adyuvante, que a menudo se han mantenido igual que después de la cirugía primaria. Pero, NACT puede dar una falsa sensación de seguridad al enmascarar los hallazgos patológicos y afectar la evaluación de indicaciones de radioterapia adyuvante / CCRT. La cirugía NACT es mejor reservado para entornos de investigación o áreas donde la radioterapia no está disponible. Esto es especialmente cierto en pacientes con tumores muy grandes o adenocarcinoma, que tienen tasas de respuesta más bajas (Bhatla, et al., 2021).

### **Remisión y la probabilidad de recurrencia**

Una **remisión** se produce cuando el cáncer no puede detectarse en el cuerpo y no hay síntomas. Esto también puede denominarse “*sin evidencia de enfermedad*” (no evidence of disease, NED). Una remisión puede ser *temporal o permanente*. Una parte importante de la atención de seguimiento es **detectar una recurrencia**. Comprender el riesgo de recurrencia y las opciones de tratamiento puede ayudarla a la paciente a sentirse más preparada si esto ocurre. Si el cáncer regresa después del tratamiento original, se denomina “**cáncer recurrente**”. El cáncer recurrente puede reaparecer en el mismo lugar (**recurrencia local**), en áreas cercanas (**recurrencia regional**) o en otro lugar (**recurrencia a distancia**). Cuando esto sucede, comenzará un nuevo ciclo de pruebas para obtener la mayor cantidad de información posible sobre la recurrencia. A menudo, el plan de tratamiento incluirá los tratamientos descritos anteriormente, como, cirugía, terapia sistémica y radioterapia, pero quizás se combinen de un modo diferente o se administren con una frecuencia diferente. Cualquiera que sea el plan de tratamiento que sea, los cuidados paliativos serán importantes para aliviar los síntomas y los efectos secundarios (ASCO, 2019).

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Recuperarse del cáncer es posible si se detecta en etapas tempranas y recibe tratamiento. Si el cáncer no se puede curar o controlar, la enfermedad se puede denominar “*cáncer avanzado*” o “*terminal*”. Es posible que las mujeres con cáncer avanzado y con una expectativa de vida inferior a 6 meses quieran considerar los cuidados para enfermos terminales, los cuales están pensados para proporcionar la mejor calidad de vida posible para las pacientes que están cerca de la etapa final de la vida (ASCO, 2019).

### **Pronóstico**

Los principales factores pronóstico que afectan la supervivencia son: estadio, estado ganglionar, tamaño del tumor y profundidad de la invasión del estroma cervical (Somashekhar y Ashwin, 2015). El CACU es curable y con menores resultados adversos si se diagnostica temprano, como sucede en países con mejor acceso a atención médica y cribado citológico. En enfermedad más avanzada, el tumor recurre en casi un tercio de pacientes. El resultado ha mejorado mucho con la introducción de quimioterapia concurrentes en estadio IB2-IVA (Mayr, et al., 2011).

Las tasas de supervivencia a cinco años específicas por estadio informadas por el Comité Estadounidense Conjunto del Cáncer (CJAC) para 2000-2002 fueron de 60-93% para las *etapas tempranas* de la enfermedad (estadios FIGO IA, IB1 o IIA1), 16-58%, para *estadios localmente avanzados* (estadios FIGO IB2, IIA2, IIB, IIIA, IIIB o IVA) y 15% para *estadios avanzados* (estadio IVB de FIGO) (UICC, 2014). El control tumoral y SLE por estadio FIGO se presentan en la Tabla 3 provienen de estudios representativas (Mayr, et al., 2011).

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

**Tabla 3. Control local del CACU y supervivencia libre de enfermedad (SLE) por estadio.**

<b>Estadio</b>	<b>Control Local (%)</b>	<b>SLE (%)</b>	<b>Tratamiento</b>
IA-IB1	93-95 98	92 96-100	Cirugía Radioterapia
IB2	Todos: 94 4-5 cm: 90 >5 cm: 82	Todos: 81-85 4-5 cm: 86 >5 cm: 67	Radioterapia
IIA	94-96	70-85	Radioterapia
IB2-II	87	74	Radioterapia/Quimioterapia
III-IV	71	40-50	Radioterapia/Quimioterapia
IVB	-	0	Paliativo (Quimioterapia con/sin radioterapia)

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **Tipo de Estudio**

Descriptivo, de corte transversal.

#### **Área y población de estudio**

La población de estudio fue el total de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en estadio temprano que fueron sometidas a histerectomía radical en el servicio de Oncología del Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2019. No hubo muestreo, ya que se estudiaron todas las unidades de análisis.

#### **Población**

La definición de la población y su estadificación se basó en las directrices de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2019; Corrigendum, 2019). Se consideró población solo a aquellas pacientes con cáncer cérvico uterino en estadio temprano, lo cual se refiere al estadio IA, IB1 e IB2, registradas durante el período y área de estudio.

#### **Muestra y muestreo:**

Debido a que se estudió a toda la población no hubo muestreo.

**Periodo de seguimiento:** 3 años. El primer control clínico y citológico se hizo a los 3 meses y los controles posteriores cada 6 meses.

#### **Criterios de inclusión:**

Pacientes que cumplieron con la definición de población

Pacientes que cumplieron con el periodo de seguimiento.

#### **Criterios de Exclusión**

Pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.



## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **Recolección de la información:**

Previo a la recolección de la información se solicitó autorización a docencia y dirección del hospital. La fuente de información fue secundaria, a través de los expedientes clínicos. En colaboración con el tutor se elaboró una ficha de recolección de datos que registró la información necesaria para responder a los objetivos del estudio. Las principales áreas de la ficha fueron: datos demográficos, clínicos relacionados al CACU y recurrencia, factores de riesgo, manejo quirúrgico y adyuvante, indicaciones, manejo y complicaciones, efectos adversos relacionados al tratamiento y datos de supervivencia.

### **Variables:**

1. Dependiente: Recurrencia
2. Independientes: El resto de las variables.

### **Análisis**

Se usó el software SPSS versión 22.0. Las variables cualitativas fueron analizadas de forma absoluta, razones y porcentajes. Para las variables cuantitativas se usaron medidas descriptivas como media, mediana y desviación estándar. Se realizaron distribuciones de frecuencia y cruces de variables de forma absoluta y relativa. Como pruebas de significancia estadística se hizo uso de la prueba t de Student, chi cuadrado o prueba exacta de Fisher, para variables numéricas o cualitativas, respectivamente. Se considerará significativo un valor de  $p \leq 0.05$ .

Las curvas de supervivencia se construyeron con el método de Kaplan-Meier. Además, se calculó supervivencia general (SG) y recurrencia (SLE).

### **Aspectos Éticos**

Se solicitó autorización a la dirección del hospital y se garantizó la confidencialidad de la información. El único identificador fue el número de los expedientes clínicos para corregir errores, para valorar calidad de la información por parte del tutor o para auditorías requeridas para velar por la veracidad de la información por parte de la subdirección docente del hospital. La información obtenida tuvo como propósito contribuir a mejorar la calidad de atención de las pacientes con

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

cáncer cervicouterino atendidas en el servicio de Oncología del Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque, Managua. Además, se cumplirá con lo establecido en la Declaración de Helsinki.

**Operacionalización de las variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor/Escala</b>
Edad	Edad de la mujer en años cumplidos al momento de su ingreso.	< 20 20 – 34 35-49 >50
Departamento	es un término genérico para una región administrativa de un país	Se especificará
Procedencia	Lugar de residencia de la paciente.	Urbano Rural
Escolaridad	Período de tiempo que se asiste a la escuela para estudiar y aprender	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Estado civil	Tipo de relación conyugal de las pacientes al momento del estudio.	Soltera Casada/acompañada
Antecedentes personales	Son todas aquellas enfermedades crónicas o estilos de vida no saludables	Diabetes Mellitus. Hipertensión arterial Fumado Otros
Clasificación de riesgo de recurrencia	Son las características que aumentan la probabilidad de la recurrencia del CACU basadas en los Criterios de Sedlis.	Bajo riesgo Riesgo Intermedio Alto riesgo

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor/Escala</b>
Estadio clínico:	Se definirá así al estado clínico prequirúrgico del CaCU en etapa temprana, según la estadificación revisada de FIGO 2018.	IA1 IA2 IB1 IB2 IIA
Tipo histológico	Variedad histológica reportada por patología, en el expediente clínico.	Ca. cel. escamosas Adenocarcinoma Otro
Tamaño del tumor primario	Se considerará al mayor diámetro del tumor en cm.	<0.3mm 0.3-0.5mm 0.6-2cm 2-4cm >4cm
Invasión del espacio linfvascular	Afectación del espacio linfvascular.	Negativo Positivo
Profundidad de invasión	Hallazgo histológico reportada por patología, en el expediente clínico.	Tercio interno Tercio medio Tercio profundo
Márgenes Quirúrgicos	Borde del tejido eliminado durante la cirugía de cáncer. El margen es negativo o limpio cuando el patólogo no encuentra células cancerosas, indicando que se extrajo todo el cáncer; y positivo, implicado o comprometido cuando se encuentra células cancerosas, indicando que no se extrajo todo el cáncer.	Negativo Positivo

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Metástasis a ganglios linfáticos	Metástasis a ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos, reportada por patología, en el expediente clínico.	Negativo Pélvicos + Paraaortic+
Invasión de parametrio	Hallazgo histológico reportada por patología, en el expediente clínico.	Negativo Positivo

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor/Escala</b>
Indicaciones de QT/RT	Se basarán en la presencia de 2-3 de los siguientes factores de riesgo intermedios de recurrencia (Criterios de Sedlis).	Tumor > 4 cm. Invasión profunda Ganglio positivo
Complicaciones quirúrgicas	Evolución tórpida durante la cirugía que desencadene un evento adverso que ponga en peligro a la paciente.	infección herida Íleo paralítico Linfedema Fistula urinaria Trombosis venosa profunda Embolia pulmonar Muerte
Efectos secundarios a la radioterapia	Eventos adversos registrados durante la radioterapia.	Malestar general Quemadura local Cistitis proctitis
Efectos secundarios a la quimioterapia	Eventos adversos registrados durante la quimioterapia.	Alopecia Diarrea Vómito Fiebre Malestar general

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor/Escala</b>
Cumplimiento del seguimiento	Se refiere a la asistencia a todos los controles según normativas del servicio de Oncología	Si No
Sobrevivencia general	Se definió así el lapso, en meses, desde la fecha del diagnóstico hasta el momento del fallecimiento por cualquier causa o el último seguimiento.	Se especificará
Sobrevivencia libre de enfermedad	Se definió así el lapso, en meses, desde la fecha de la cirugía radical hasta la primera evidencia de cualquier recurrencia o el último seguimiento.	Se especificará
Recurrencia	Es la detección postquirúrgica de un Pap positivo a los 3 meses o durante el seguimiento cada 6 meses por 2 años consecutivos, ya sea en el mismo lugar o metástasis.	Si No Desconocido
Fecha de recurrencia	Es la fecha en que se obtuvo un resultado positivo de la prueba de Pap o biopsia durante el primer control a los 3 meses postquirúrgico o durante su seguimiento.	Se especificará
Sitio de recurrencia	La recurrencia se dividirá en 2 grupos: pélvico, si se localiza en la parte superior de la vagina, la vejiga, el recto, o la pared lateral pélvica; o a Distancia, si se localiza fuera de la región pélvica.	Pélvico A distancia Pélvico y a distancia

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **RESULTADOS**

Durante el periodo se lograron identificar 1250 nuevas pacientes con diagnóstico de CACU en el HBCR en todas sus etapas clínicas, de estos 108 corresponden a etapas tempranas; sin embargo, solo 70 cumplían los criterios de inclusión durante el periodo del estudio.

Sus principales características demográficas fueron edad entre 35-49 años (50%), edad entre 50 años y más (40%) edad entre 20-34 años (10%), procedencia (55.7%) rural, (44.3%) urbana respecto a escolaridad el (41.4%) primaria, (30%) secundaria, (22.9%) analfabeta y (5.7%) universitaria, estado civil soltera (82.9%), casada/ acompañada (17.1%). (Tabla N°1). El promedio de edad fue  $46 \pm 11.4$  años, la mediana fue 47.5 años y las edades extremas fueron 28 y 74 años.

La clasificación de riesgo para recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas tempranas sometidas a histerectomía radical: bajo riesgo 63 (90%), riesgo intermedio 5 (7.1%) y alto riesgo 2 (2.9%) (Tabla N°2).

La estadificación FIGO en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidos a histerectomía radical se encontró: I B1 25 (35.7%), IA1 18 (25.7%), IB2 15(21.4%), IA2 12 (17.1%) (Tabla N°3).

Hallazgos histopatológicos de pacientes con recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía se encontró según el tipo histológico: carcinoma de células escamosas 51 (72.9%), adenocarcinoma 16 (22.9%) y otros 3 (4.3%).

Profundidad de invasión: tercio interno 30 (42.9%), tercio profundo 22 (31,4%), tercio medio 17 (24.3%), no identificado 1 (1.4%).

Márgenes quirúrgicos: negativos 60 (85.7%), positivos 10 (14.3%).

Afectación del espacio linfovascular: no 42 (60%), si 28 (40%).

Afectación ganglionar: no 65(92.9%), pélvicos 5 (7.1%), paraaórticos 0. (Tabla N°4)

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Según los criterios de Sedlis para uso de radioterapia y quimioterapia en pacientes con recurrencia de CACU en etapas tempranas: Sin criterios (NA) 34 (47.9%), invasión profunda 21 (29.6%), LVSI 11 (15.5%) y tumor mayor de 2cm 4 (5.6%). (Tabla N° 5).

Efectos secundarios de la quimioterapia: Ninguno 68 (97.2%), anemia 1(1.4%) y trombocitopenia 1 (1.4%). Efectos secundarios de radioterapia: Ninguno 63 (90%), cistitis 4(5.7%), proctitis 2 (2.8%), fistulas 1(1.4%). (Tabla N°6).

La media para el tiempo de supervivencia en pacientes con recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana fue 34.6 meses. (Tabla N° 7).

Seguimiento de pacientes con recurrencia de CACU en etapas tempranas sometidas a histerectomía radical: a los 12 meses se retiró 1 paciente, a los 24 meses se retiraron 7, a los 36 meses se retiraron 55. (Tabla N°8).

Antecedentes personales patológicos: Ninguno 35 (50%), DM 12 (18.5%), Obesidad 11 (17.1%), (Fig. N°1)

Complicaciones de pacientes con recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en HBCR: ninguna 63 (90%), infección de herida 7 (4%), linfedema 1 (0.7%), fistula urinaria 1 (0.7%), TVP 1 (0.7%). (Fig. N°2)

Seguimiento de pacientes con recurrencia: PAP N°1 NCM 65 (92.9%), ASCUS 4 (5.7%), LIEBG 1 (1.4%). PAP N°2 NCM 66 (94.3%), ASCUS 4 (5.7%). PAP N°3 NCM 46 (65.7%), No realizado 24 (34.3%). PAP N°4 NCM 21(30%), No realizado 49 (70%). (FigN°3)

Tipo de recurrencia: Ninguna 65 (92.9%), regional 3 (4.3%), local 1 (1.4%) a distancia 1 (1.4%) (Fig. N°4)

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **DISCUSIÓN**

El presente estudio se realizó en el Hospital de Referencia Nacional de la Mujer en 70 pacientes durante un periodo de 3 años .

La histerectomía radical en etapas tempranas es el tratamiento de elección para el CACU en etapas tempranas, se le realizó al 100% de las pacientes estudiadas.

El presente estudio fue único porque se realizó un estudio de supervivencia, las pacientes con etapas tempranas y clasificadas con clasificación postquirúrgica de factor de riesgo bajo tienen mejores resultados que las pacientes con factor de riesgo alto.

La mayoría de las recidivas del CACU se observan a nivel pélvico. En el presente estudio se encontró que el (92.9%) no presentó recurrencia, seguidos de recurrencia pélvica (4.3%) lo cual es inverso con el estudio de Aguilar, Valdivia donde se encontró que el sitio de mayor recurrencia fue a distancia (41.5%) seguidos por recurrencia central y pélvica.

Las tasas de recurrencia fueron más bajas en nuestro estudio ya que solo se incluyeron pacientes diagnosticadas en etapas tempranas y sometidas a histerectomía radical, a diferencia del estudio de Aguilar, Valdivia donde se tomó en cuenta a pacientes que se les realizó cirugía radical primaria y que tuvieron recurrencia, concordando con el estudio de Chen , et al y Nikhil Mehta, et al.

Se observó metástasis en los ganglios linfáticos en el (7.1%) de las pacientes de este estudio, Los estudios de Chen , et al y Nikhil Mehta, et al informaron tasas similares en el rango de hasta 20%. Las tasas de metástasis aumentan respecto al estadio en que se encuentra la enfermedad, por lo que el rango encontrado en este estudio es más bajo por encontrarse la mayoría de los pacientes en estadio IB1 (35.7%) respecto al estudio de Nikhil Mehta, et al donde la presentación más común de la enfermedad fue estadio IB2 (34.5%) de las pacientes.

Además de la afectación de los ganglios linfáticos , existen otros factores de alto riesgo que pueden influir en el pronóstico postoperatorio de la paciente tales como : invasión del estroma profundo ,



## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

invasión linfovascular, el tamaño del tumor , la afectación del parametrio , y los márgenes quirúrgicos en base a estos resultados se decide someter a las pacientes a terapia de QT/RT , en este estudio la principal causa fue invasión profunda 21 (29.6%) , lo cual no concuerda con los estudios de , Aguilar , Valdivia et al , Chen, et al y Nikhil Mehta et al , donde la principal causa fue afectación de ganglios linfáticos y parametrio en un rango de (13 a 20%) . Se informaron en este estudio complicaciones postquirúrgicas: ninguna 63 (90%) e infección de herida 7 (4%) lo cual no concuerda con el estudio de Nikhil Mehta et al, donde la complicación más frecuente fue íleo paralítico (7.2%) y la TVP (2%) de los pacientes.

A pesar de que la histerectomía radical es curativa para la mayoría de pacientes, con tasas de supervivencia global a 5 años que varían del 73% al 98%, el procedimiento está asociada con una morbilidad significativa e impacta negativamente en la calidad de vida según literatura internacional.

La SG es de 98% a 3 años con recurrencia de 5.7% lo cual respecto a la literatura internacional se encuentra dentro del rango esperado.

La SLE es de 90% lo cual se encuentra dentro de los rangos establecidos internacionalmente.

Respecto al seguimiento brindado a las pacientes existe un déficit de información, ya que se encontró que las pacientes no continúan su seguimiento según los protocolos internacionales (36.1%) no se realizó tercer control de PAP, y en el cuarto control el (68.1%), no se lo realizó. (Fig. 3) lo cual concuerda con el estudio de Chen, et al donde el (2.3%) de los pacientes se perdieron durante el seguimiento.

## **Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

### **CONCLUSIONES**

Existen según la literatura factores de riesgo alto e intermedio para recurrencia postquirúrgica en las pacientes con cáncer cervicouterino sometidas a histerectomía radical por lo cual nos planteamos determinar situación demográfica en las pacientes de la institución encontrando que respecto a las características más relevantes fueron la edad entre 35-49 años, procedencia departamento Managua, zona geográfica rural, respecto a escolaridad la mayoría cursaron primaria y estado civil soltera. (Tabla N° 1).

Respecto a los hallazgos histopatológicos de las pacientes sometidas a Histerectomía radical el estadio clínico FIGO se encontró I B1 (Tabla N°2), con respecto al tipo histológico más frecuente fue carcinoma de células escamosas, el tamaño del tumor 3-5mm y menor de 7mm, respecto a la afectación del espacio linfovascular estaba libre, respecto a la profundidad de la invasión estromal corresponde al tercio interno, presentaban márgenes quirúrgicos libres y no presentaban afectación ganglionar. (Tabla N°3).

En este estudio la tasa de sobrevivencia en 2 años es de 98%, la tasa de sobrevida libre de enfermedad a 2 años fue de 90% y la tasa de recurrencia en 2 años fue de 5,7%.

Al realizar la evaluación del seguimiento brindado a estas pacientes se encontró que hubo seguimiento adecuado al realizarse el primer y segundo PAP con resultados negativos, respecto al tercer y cuarto control se encontró que la mayoría de las pacientes no se realizaron seguimiento adecuado. (Fig. 3)

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

**RECOMENDACIONES**

- Crear estrategias en conjunto con la red comunitaria para buscar a las pacientes inasistentes.

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

**REFERENCIAS**

Aguilar P, Valdivia H . 2012. Características clínico patológicas del cáncer de cervix uterino recurrente después de cirugía radical primaria. Rev Med Hered . 2012 Mar ; 23 (1) : 30-35

American Society of Clinical Oncology (ASCO). 2019. Cáncer de cuello uterino: Tipos de tratamiento. Aprobado por la Junta Editorial de Cancer.Net, 02/2019. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/tipos-de-tratamiento>

Bhatla N, Borek JS, Cuello Fredes M, Denny L A, Grenman S, et al. (2019). Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. International Journal of Gynecology & Obstetrics. doi:10.1002/ijgo.12749

Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 155, 28-44.

Chen Y, Zhu Y, Wu J . Prognosis of early Stage Cervical Cancer According to patterns of Recurrence . Cancer Manag Res . 2021 Oct 28; 13: 8131-8136.

Chiva L, Zanagnolo V, Querleu D, Martin-Calvo N, Arévalo-Serrano J, et al. (2020). SUCCOR study: an international European cohort observational study comparing minimally invasive surgery versus open abdominal radical hysterectomy in patients with stage IB1 cervical cancer. International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society, 30(9), 1269–1277. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-001506>

Corrigendum to “Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri” [Int J Gynecol Obstet 145(2019) 129–135]. (2019). International Journal of Gynecology & Obstetrics, 147(2), 279–280. doi:10.1002/ijgo.12969

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2020). WHO Classification of Female Genital Tumours. 5th ed. Edited by the WHO Classification of Tumours Editorial Board, International Agency for Research on Cancer (IARC).

Lecuru FR, McCormack M, Hillemanns P, Anota A, Leitao M, Mathevet P, et al. (2019). SENTICOL III: an international validation study of sentinel node biopsy in early cervical cancer. A GINECO, ENGOT, GCIG and multicenter study. International Journal of Gynecological Cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society, 29(4), 829–834. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2019-000332>

Lemp JM, De Neve JW, Bussmann H, et al. (2020). Lifetime prevalence of cervical cancer screening in 55 low- and middle-income countries. JAMA. 2020; 324:1532-1542.

Ley No 423. Ley General de Salud y su Reglamento. Capítulo I Arto. 5: Principio Básicos. Gaceta Diario Oficial, No. 91 del 17 de mayo del año 2002. Nicaragua.

Mathevet P, Lecuru F, Uzan C, Boutitie F, Magaud L, Guyon F, & Senticol 2 group (2021). Sentinel lymph node biopsy and morbidity outcomes in early cervical cancer: Results of a multicentre randomised trial (SENTICOL-2). European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990), 148, 307–315. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.02.009>

Ministerio de Salud. Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino. 1era Edición - Managua: Ministerio de Salud, 2006.

Mayr NA; Small W; Gaffney DK. (2011). Chapter 22. Cervical cancer. In: Lu JJ, Brady LW. (Eds.), Decision Making in Radiation Oncology DOI: 10.1007/978-3-642-16333-3\_5, c Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Melamed A, Terga's AI, Khoury-Collado F, Hou J, et al. (2021). Less radical surgery for early-stage cervical cancer: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4): 348–358.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.11.041>

Nikhil Mehta, Sanjay M Desai, Vinod Dhakad, Dhruv Patel, Elroy Saldanha(Eds.), Tratamiento y resultados de la cirugía cervical recurrente temprana y operable Cáncer: un estudio prospectivo. Departamento de Oncología Quirúrgica, Instituto Sri Aurobindo de Ciencias Médicas, Bhanwarsala, Indore, MP, India 2021.

Olawaiye, A. B., Baker, T. P., Washington, M. K., & Mutch, D. G. (2021). The new (Version 9) American Joint Committee on Cancer tumor, node, metastasis staging for cervical cancer. *CA Cancer J Clin*; 71(4): 287–298. <https://doi.org/10.3322/caac.21663>

Paik ES, Lim MC, Kim MH, Kim YH, Song ES, Seong SJ, et al. (2019). Comparison of laparoscopic and abdominal radical hysterectomy in early-stage cervical cancer patients without adjuvant treatment: Ancillary analysis of a Korean Gynaecologic Oncology Group Study (KGOG 1028). *Gynecol Oncol*; 154:547-553. doi: 10.1016/j.ygyno.2019.06.023

Paik ES, Lim MC, Kim MH, Kim YH, Song ES, Seong SJ, et al. (2020). Prognostic Model for Survival and Recurrence in Patients with Early-Stage Cervical Cancer: A Korean Gynecologic Oncology Group Study (KGOG 1028). *Cancer research and treatment*, 52(1), 320–333. <https://doi.org/10.4143/crt.2019.124>.

PATH. (2020). Global HPV Vaccine Introduction Overview: projected and current national introductions, demonstration/pilot projects, gender-neutral vaccination programs, and global HPV vaccine introduction maps (2006-2022). PATH. [https://path.azureedge.net/media/documents/GlobalHPVVaccineIntroOverview\\_Nov2019.pdf](https://path.azureedge.net/media/documents/GlobalHPVVaccineIntroOverview_Nov2019.pdf)

Ramírez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, Buda A, et al. (2018). Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *The New England journal of medicine*, 379(20), 1895–1904. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1806395>

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Solis JA. (2005). Tratamiento adyuvante del cáncer cérvico uterino: factores de riesgo, indicaciones y tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(1), 41-48. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000100010>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*; 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Uppal S, Gehrig PA, Peng K, et al. Recurrence rates in patients with cervical cancer treated with abdominal versus minimally invasive radical hysterectomy: a multi-institutional retrospective review study. *J Clin Oncol*. 2020; 38:1030-1040.

World Health Organization. (2020). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

**ANEXOS**

**Ficha de recolección de datos**

Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021.

**I. Datos Generales.**

1. No. expediente:
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Escolaridad:      a) Primaria              b) Secundaria      c) Universitaria      d) Ninguna
4. Procedencia:      a) Urbano              b) Rural
5. Estado civil:              a) Soltera              b) Casada/acompañada

**II. Hallazgos clínicos:**

6. Antecedentes patológicos personales:
7. Factores                              de                              riesgo                              de  
CaCU: \_\_\_\_\_
8. Factores                              de                              riesgo                              de                              recurrencia                              de  
CaCU: \_\_\_\_\_
9. Clasificación del Estadio FIGO (2018):
  - a. IA1
  - b. IA2
  - c. IB1
  - d. IB2
  - e. IIA
10. Diagnóstico histopatológico:
  - a. Carcinoma de células escamosas
  - b. Adenocarcinoma
  - c. Otro (especifique): \_\_\_\_\_



**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

11. Tamaño del tumor (mm): \_\_\_\_\_

12. Afectación del espacio linfovascular:                    a) No                    b) Si

13. Resultados de los márgenes de la biopsia:            a) Negativo        b) Positivo

14. Afectación de ganglios linfáticos:

- a. Ninguno
- b. Pélvicos
- c. Paraaorticos
- d. Centinela

15. Otros tratamientos (especifique): a) Radioterapia                    b) Quimioterapia

16. Indicación de la Radioterapia: \_\_\_\_\_

17. Indicación de la Quimioterapia: \_\_\_\_\_

**III. Seguimiento (especifique):**

18. Resultados en los controles:

Control y mes del seguimiento (por 5 años)	Fecha del seguimiento	Tipo de Seguimiento*	Presencia de recurrencia**
a. Primero (mes 3)			
b. Segundo (mes 9)			
c. Tercero (mes 15)			
d. Cuarto (mes 21)			
e. Quinto (mes 27)			
f. Sexto (mes 33)			
g. Séptimo (mes 36)			

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

\* A: Clínico; B: Citológico; C: clínico + citológico

\*\*Marque “Si”, “No”, “Desconocido”

19. Complicaciones quirúrgicas:

---

20. Efectos secundarios relacionados con la radioterapia:

---

21. Efectos secundarios relacionados con la quimioterapia:

---

22. Presencia de recurrencia: a) No      b) Si      c) Desconocido

23. Tipo de recurrencia fueron:      a) Local      b) Regional      c) A distancia

24. Sitio de recurrencia (especificar): \_\_\_\_\_

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Tabla N°1. Características demográficas de pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021.

<b>Características</b>	<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
20-34	7	10
35-49	35	50
50 y más	28	40
<b>Procedencia</b>		
Urbana	31	44.3
Rural	39	55.7
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	16	22.9
Primaria	29	41.4
Secundaria	21	30.0
Universitaria	4	5.7
<b>Estado civil</b>		
Soltera	58	82.9
acompañada/casada	12	17.1

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Tabla N°2. Factores de riesgo de recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021

	Frecuencia	Porcentaje
bajo riesgo	63	90.0
riesgo intermedio	5	7.1
alto riesgo	2	2.9
Total	70	100.0

Tabla N° 3 Estadificación FIGO en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021.

	Frecuencia	Porcentaje
IA1	18	25.7
IA2	12	17.1
IB1	25	35.7
IB2	15	21.4

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Tabla N°4. Hallazgos histopatológicos de pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021

---

<b>Tipo histológico</b>		
Adenocarcinoma	16	22.9
Carcinoma de células escamosas	51	72.9
Otros	3	4.3
<b>Profundidad de invasión</b>		
tercio interno	30	42.9
tercio medio	17	24.3
tercio profundo	22	31.4
No identificado	1	1.4
<b>Márgenes quirúrgicos</b>		
Positivo	10	14.3
Negativo	60	85.7
<b>Afectación del espacio linfovascular</b>		
Si	28	40
No	42	60%

---

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

---

**Afectación ganglionar**

No	65	92.9%
Pélvico	5	7.1%
Paraaorticos	0	0

---

Tabla N° 5. Criterios de Sendlis para uso de Radioterapia y Quimioterapia en pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021

---

<b>tumor mayor 2 cm</b>	4	5.6
<b>Invasión profunda</b>	21	29.6
<b>LVSI</b>	11	15.5
<b>NA</b>	34	47.9
<b>Total</b>	70	100

---

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a  
histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Tabla N°6. Efectos secundarios de la Quimioterapia y Radioterapia en pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021

<b>Efectos secundarios</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Quimioterapia</b>		
Trombocitopenia	1	1.4
Anemia	11	1.4
Ninguno	68	97.2
Total	70	100
<b>Efectos secundarios</b>		
<b>Radioterapia</b>		
Cistitis	4	5.7
Proctitis	2	2.8
Fistulas	1	1.4
Ninguno	63	90
Total	70	100

Tabla N° 7. Media para el tiempo de supervivencia en pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021

**Media para el tiempo de supervivencia**

Media			
34,624	,182	34,267	34,981

**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

La estimación está limitada al tiempo más largo.

Tabla N° 8. Seguimiento en pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021

Hora de inicio del intervalo	Número que entra en el intervalo	Número de retirada durante el intervalo	Número expuesto a riesgo	Número de eventos terminales	Proporción que termina	Proporción que sobrevive	Proporción sobrevive al final del intervalo	Error estándar de la proporción acumulada que perdura al final del intervalo
0	70	0	70.000	0	0.00	1.00	1.00	0.00
12	70	1	69.500	0	0.00	1.00	1.00	0.00
24	69	7	65.500	1	.02	.98	.98	.02
36	61	55	33.500	3	.09	.91	.90	.05
48	3	3	1.500	0	0.00	1.00	.90	.05



**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Fig. N°1. Antecedentes personales patológicos de pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021

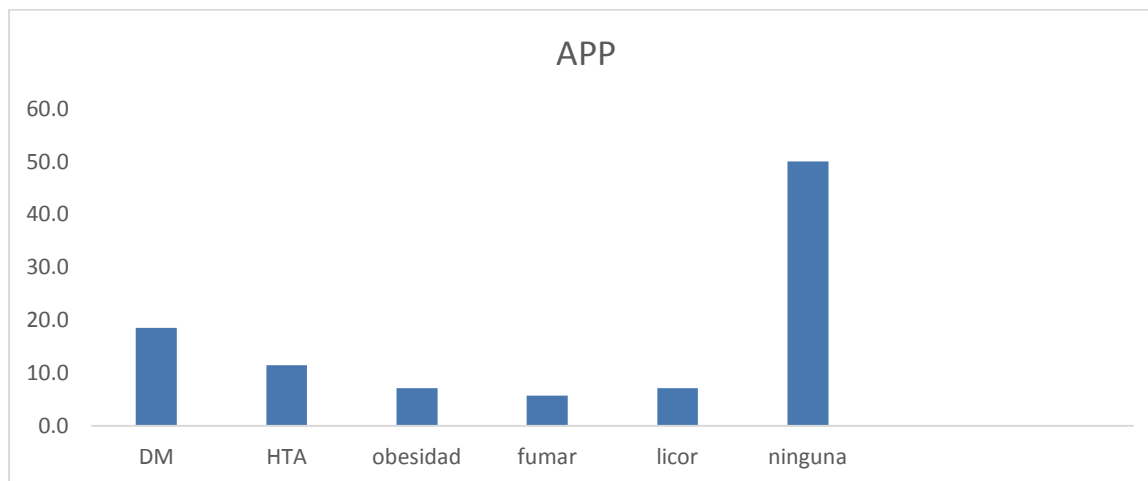
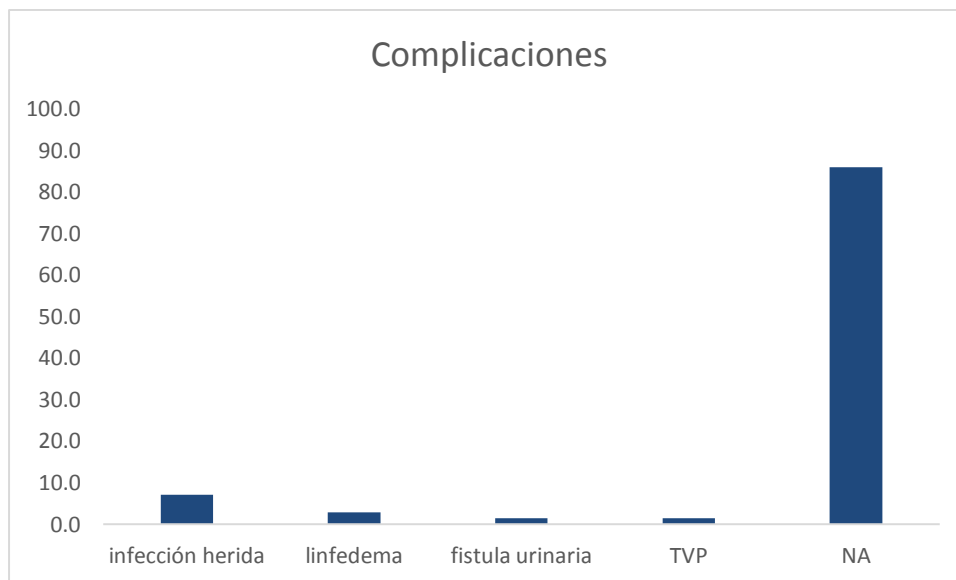


Fig. N°2. Complicaciones de pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021



**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Fig. 3 Seguimiento de pacientes con Recurrencia de cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2019 a 2021

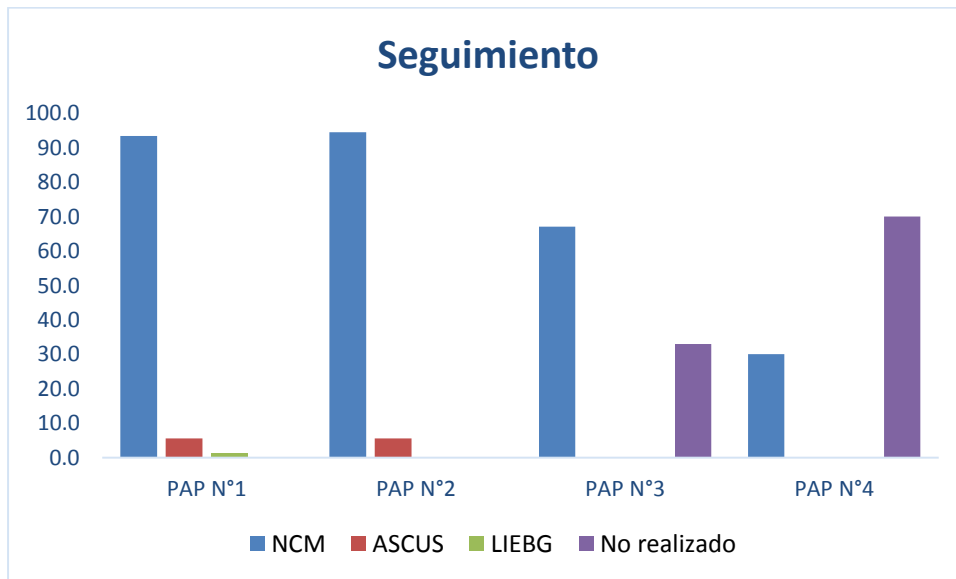
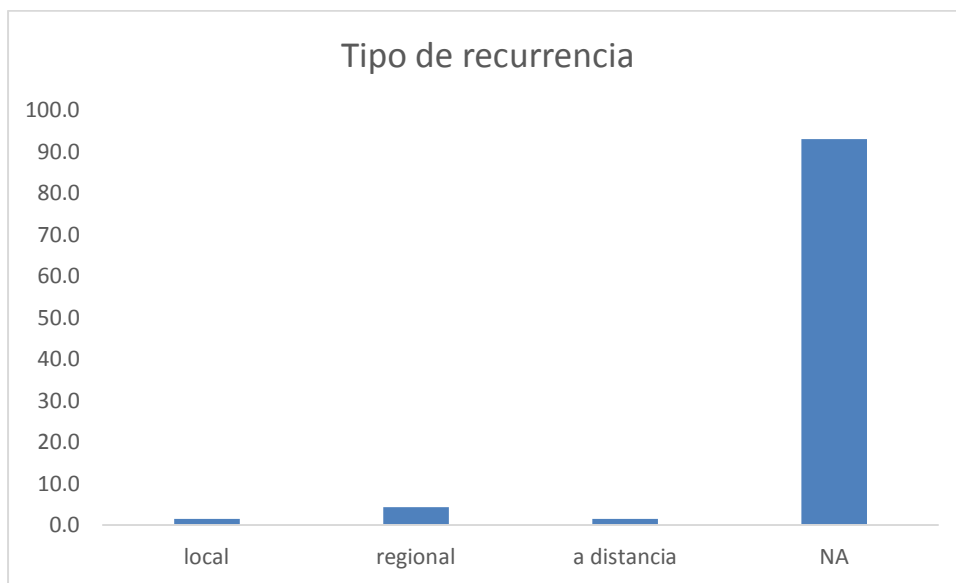


Fig. 4. Tipo de recurrencia en pacientes sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque durante 2019 a 2021.



**Recurrencia en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque, 2019 a 2021.**

Fig. 5. Gráfico de función de supervivencia libre de enfermedad en pacientes sometidas a histerectomía radical en el Hospital Bertha Calderón Roque durante 2019 a 2021.

