

Universidad de Ciencias Médica de Matanzas

“Dr. Juan Guiteras Gener”



Título: Comportamiento de la cirugía oncológica ginecológica Hospital “Faustino Pérez Hernández”. 2015-2019

**Autor: Dra. Diana Rosa Riaño Miranda
Esp. 1er Grado en Medicina General Integral**

**Tutor: Dr. William Mora Martínez
Esp. 1^{er} Grado en Cirugía General
Profesor Asistente**

**Trabajo de terminación de residencia para optar el título de Especialista de
Primer grado en Cirugía General**

Matanzas, 2019

Agradecimientos

A mi familia, mis profesores, mis compañeros y mis pacientes...

Quienes han sido la estructura perfecta para el desarrollo y feliz término de esta etapa de necesaria formación en mi vida, quienes han proporcionado herramientas y aptitudes para enfrentar un nuevo camino y a quienes voy a estar eternamente agradecida...

MUCHAS GRACIAS

Dedicatoria

A nuestros pacientes, quienes transitan por los escabrosos caminos del dolor y la enfermedad...

Sea nuestro el mayor empeño en ayudarlos en su trayecto...

Resumen

El cáncer ginecológico se considera una de las neoplasias más frecuente de este siglo y su morbilidad y mortalidad llevan un ritmo ascendente. La detección precoz de esta patología posee una gran importancia ya que posibilita disminuir la morbimortalidad así como por permitir se brinde un adecuado tratamiento, con el que en primer lugar se disminuye la posibilidad de su recurrencia (muy común en este problema de salud) pero además se puede dar un seguimiento terapéutico más eficiente, con esta metodología, el cirujano general se convierte realmente en un activo elemento dentro del sistema integral de atención de salud. Con el objetivo de realizar la caracterización clínico-quirúrgica de los tumores ginecológicos en el servicio de Cirugía General del hospital "Faustino Pérez Hernández", se realizó un estudio descriptivo, observacional transversal en el periodo de octubre del 2015 a marzo del 2019, el universo estuvo constituido por todas las pacientes que se diagnosticaron con tumores ginecológicos tributarios de intervención quirúrgica. Se analizó el rango de edad, el color de la piel, el motivo de consulta más frecuente, los principales y más frecuentes tumores diagnosticados, se comparó frecuencia en cuanto a benignidad y malignidad, las técnicas quirúrgicas más empleadas y las complicaciones más frecuentes que se presentaron.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	4
1.1. Comentarios anatómicos del sistema reproductor femenino	4
1.2. Tumores ginecológicos malignos	10
1.2.1. Tratamiento	12
1.2.2. Cáncer de endometrio	13
1.2.3. Cáncer de ovario	16
1.2.4. Tumores de las células germinales	19
1.2.5. Carcinoma de vulva	20
1.3. Complicaciones de intervenciones quirúrgicas ginecológicas	22
1.3.1. Complicaciones postoperatorias	23
Objetivos	27
Diseño metodológico	27
Resultados	32
Discusión	38
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
Referencias bibliográfica	1



INTRODUCCIÓN

Como resultado de los avances en el control y prevención de las enfermedades infecciosas en el mundo, estas han dejado de constituir un problema sanitario, y unido al aumento de la expectativa de vida y los logros en los aspectos sociales, traen como consecuencia que las enfermedades no transmisibles, como el cáncer, dominen actualmente el cuadro epidemiológico (1, 2).

En el mundo, el cáncer ginecológico es la segunda causa de muerte por cáncer después del de pulmón en el hombre y el de mama, en la mujer. Entre un 22 % y un 36 % de los casos, la enfermedad se presenta en estadio avanzado y en estos, el índice de supervivencia es cercano a cero (3, 4).

El cáncer constituye un serio problema de salud y se estima que se incrementará en los próximos años. En Cuba constituye la segunda causa de muerte y la primera de años de vida potencial perdidos (AVPP) (5-7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan un modelo emergente de lucha contra el cáncer, en aras de aprovechar al máximo los recursos limitados existentes y lograr el mayor impacto (3).

En Cuba, desde el 2008, el cáncer es la primera causa de muerte en ocho de sus catorce provincias, incluida Matanzas, que en ese período presentó los tumores malignos como principal causa de muerte. El envejecimiento de la población contribuye al incremento del cáncer. Según el Departamento de estadísticas, al cierre del 2014, el número de defunciones por tumores malignos en Cuba fue 17 528



fallecidos, en nuestra provincia fue de 1 451 fallecimientos, la tasa por 100 mil habitantes es de 276.7. En cuanto al cáncer ginecológico el número de defunciones en el país en el año 2014 fue de 332 muertes, con una tasa de 3.0 por cada 100 mil habitantes. Con una incidencia de morbilidad de 148 para una tasa de 14.2 por 100 mil habitantes (3).

Es uno de los pocos cánceres para el que existe un método de diagnóstico preclínico, técnicamente sencillo, con el que pueden detectarse y tratarse tempranamente tanto lesiones precancerosas (Neoplasia Intraepitelial Cervical: NIC I (LB°)-NIC II, NIC III- LA°), como la neoplasia incipiente: el test de Papanicolau (“pap-test”).

El pico de incidencia del cáncer de cérvix ocurre entre la cuarta y la quinta décadas de la vida y su incidencia se incrementa con la promiscuidad, tanto de la mujer como del hombre; así como con el inicio precoz de las relaciones sexuales siendo la infección por el virus del HPV el factor de riesgo más importante.

El tratamiento oncoespecífico de esta neoplasia combina la cirugía (que abarca desde la conización del cuello hasta la operación de Wertheim-Meigs), con las radiaciones ionizantes (Braquiterapia y teleterapia) más quimioterapia concurrente (7-9).

Dirigir los estudios sobre este tema de manera acertada requiere que se orienten y que se realicen durante largos períodos de tiempo y con distinción en los estratos de la población trabajos e investigaciones de gran complejidad.



El trabajo que se propone por la autora sugiere una herramienta científica para aumentar los saberes en el tema que nos ocupa haciendo una caracterización clínico-quirúrgica de los tumores ginecológicos operados en nuestro medio y así contribuir como base para futuras investigaciones derivadas del presente.



MARCO TEÓRICO

1.1. Comentarios anatómicos del sistema reproductor femenino

Desde el punto de vista histórico, una de las partes esenciales de la ginecología es la correspondiente a la cirugía pélvica. Al examinar el tema a través del tiempo, se pueden señalar acontecimientos quirúrgicos que ponen en relieve el progreso de esta disciplina. La histerectomía vaginal (HV) precedió a la abdominal por siglos. La primera de ellas se le atribuye a Sorano de Efeso, natural de Alejandría, quien en el año 120 A.C. amputó un útero gangrenoso prolapsado por vía vaginal (no se recoge si la paciente sobrevivió). Pero paradójicamente la primera histerectomía vaginal con éxito fue realizada por una paciente en 1670, como fue informado por Percival Willouby y recogido en varias publicaciones, una campesina de 46 años llamada Fe Haworth estaba llevando una carga pesada de carbón cuando su útero se derrumbó completamente. Frustrada por la ocurrencia frecuente de este mal ella agarró el útero, tiró tan duro como le fue posible y cortó la porción entera con un corto cuchillo. El sangramiento se detuvo manteniéndose viva durante muchos años (7, 10-12).

En 1600 fueron recopilados y publicados 26 casos de histerectomías por Schenck de Grabenberg. Mientras que, entre 1800 y 1816 Baudelocque llevó a cabo 23 histerectomías abdominales en Francia.⁹

En Cuba, los primeros resultados publicados sobre la aplicación de la técnica HV en pacientes sin prolapso uterino tuvieron lugar en 1980 por los profesores Silvanio Reyes Fuentes y Dirk Elling (13, 14) en el Hospital Docente Ginecobstétrico Ramón González Coro de Ciudad de la Habana.



El útero ocupa el centro de la pelvis en la mujer. Su fondo tiene un eje mayor transversal y se adelgaza a cada lado a nivel de los cuernos uterinos, los que se continúan con las trompas de Falopio, que se dirigen ligeramente hacia atrás por sobre el ovario, con el que hacen contacto las franjas del pabellón o fimbrias. Consta de dos partes, el cuerpo y el cuello; en el útero normal, el cuerpo es dos veces más largo que el cuello, aunque pueden alterarse las relaciones según la afección que se presente.^{8,15,16}

Un poco por delante de los cuernos se aprecia un saliente alargado, los ligamentos redondos, que se distinguen mejor al traccionar del útero, pues se ponen tensos, y se dirigen oblicuamente hacia fuera y delante en busca del orificio interno del conducto inguinal.

Todo el fondo uterino está íntimamente cubierto por el peritoneo, que proveniente de la pared abdominal, se refleja en la pelvis sobre la vejiga y alcanza el cuerpo uterino al cual recubre completamente en sus caras anterior y posterior. Lateralmente el peritoneo recubre el ligamento redondo, se refleja para recubrir la trompa, desciende por detrás de ella hasta la pared pelviana y forma el ligamento ancho, el cual no es más que un doble repliegue peritoneal.^{17,18}

Por delante del útero, entre su cara anterior y el pubis, existe una gran depresión cóncava recubierta por peritoneo, cuyo fondo es la vejiga, la que debe permanecer completamente vacía para que se mantenga esta depresión. Este es el fundamento de mantener una sonda abierta y fija en la vejiga, en el curso de las operaciones ginecológicas por vía abdominal.^{9,14,19}



La tracción hacia arriba del peritoneo supravesical permite identificar la plica vesicouterina, la cual también se delimita perfectamente si se llena la vejiga. Antes de comenzar a operar el útero, revise toda la pelvis, y el fondo de saco de Douglas.

16,20

La cara posterior del útero se continúa hacia los lados con el ligamento ancho, y ambos forman la parte anterior de una cavidad muy profunda, el fondo de saco de Douglas, que no es más que el repliegue posterior del peritoneo pelviano que recubre el cuerpo y el cuello uterinos y se refleja sobre el recto, en lo más profundo de la cavidad pelviana. La tracción del fondo uterino permite ver perfectamente la porción de vagina recubierta por peritoneo en el fondo de saco de Douglas y que desde el punto de vista quirúrgico es importante si fuese necesario reseca vagina o colocar drenajes del Douglas al fondo de saco vaginal posterior. Para visualizar bien los ligamentos úterosacros también debemos tirar el útero con fuerza.^{20,21}

Por detrás el útero está separado del recto por el amplio fondo de saco de Douglas en el que resaltan solo dos estructuras fibrosas muy resistentes, los ligamentos úterosacros, que se dirigen hacia atrás desde el cuello uterino, rodean las caras laterales del recto hasta el sacro y forman la armazón de los repliegues de Douglas. Estos ligamentos son responsables de oponerse a los cambios de posición del cuello uterino, se identifican perfectamente al mirar la pelvis desde arriba y se pronuncian al traccionar el fondo uterino.²²

Por delante, el útero se fija a la vejiga por el tercio inferior de su cara anterior, el tabique supravaginal; se halla separado de esta por un tejido celular laxo que se deja decolar con facilidad cuando se tracciona con el peritoneo, salvo en pequeñas zonas



laterales, los llamados pilares vesicales, los que tampoco son muy resistentes. A los lados está fijo por los ligamentos anchos, amplios repliegues peritoneales muy elásticos y poco resistentes, excepto en la parte superior, donde se encuentran la trompa y la raíz del ligamento redondo, que es donde tienen mayor resistencia. Los otros elementos que le sirven de fijación a los ligamentos anchos, son los vasos que corren entre sus hojas y que irrigan el útero y sus anejos, de donde salen las ramas uterinas de las arterias ováricas. La vagina se inserta circularmente en el cuello uterino y lo fija con solidez al suelo pelviano, por debajo. Liberar el cuello de esta zona puede resultar complejo y sangrante.^{22,23,24}

El útero está irrigado por la arteria ovárica, rama directa de la aorta, que a la altura de la articulación sacroilíaca penetra el ligamento ancho y forma un repliegue conocido como ligamento infundibulopélvico, bien apreciable cuando se pone tenso el ligamento ancho al traccionarlo con el útero hacia arriba y delante. Dicha arteria corre por este repliegue del ligamento ancho dando algunas ramas al ovario y se dirige al cuerno uterino donde se anastomosa con las flexuosas ramas de la arteria uterina.^{223,25,26}

Esta arteria, nacida de la hipogástrica o ilíaca interna, corre oblicuamente hacia la base del ligamento ancho, por delante del uréter al que acompaña por espacio de algunos cm antes de cruzarlo por delante y encima- y se dirige a la parte lateral del cuello uterino donde atraviesa un tejido celular muy denso que la fija al borde uterino junto con las venas uterinas de igual nombre. Las arterias ováricas y las uterinas, como todo vaso importante, se deben ligar dos veces, con una separación de 2 ó 3



mm entre las ligaduras, pues si se deslizan pueden producir un sangramiento mortal.

26

La arteria uterina, de unos 3 mm de diámetro, es blanquecina y muy flexuosa. Es el vaso más importante en las operaciones sobre el útero. En el sitio donde cruza el uréter -a unos 2 cm del cuello uterino- comienza a ramificarse y da las arterias vaginales y cervicales, después corre paralela al borde del útero, al que da ramas, pero no lo penetra y continúa hasta anastomosarse con la arteria ovárica. Este detalle es de gran interés en las operaciones sobre el útero. El uréter es cruzado por la arteria uterina, a solo 2 cm del borde inferior del útero. No lo olvide jamás. La disección de esta zona es verdaderamente compleja y peligrosa.²⁶

La vagina está irrigada por la arteria vaginal, rama de la arteria uterina. En ocasiones sale directamente de la hipogástrica y en otras de la aorta, corre paralelamente a la uterina hasta su entrecruzamiento con el uréter y después penetra en dirección a la vagina, a la que irriga en sus dos tercios superiores a la vez que da una rama vesical. El tercio inferior de la vagina es irrigado por la arteria hemorroidal media. Esta compleja zona quirúrgica no se aborda cuando la histerectomía que se realiza es subtotal. No olvide esto: los pedículos uterinos y ováricos líquelos dos veces.^{24,27}

Desde el punto de vista quirúrgico, el útero con sus anejos tiene solo seis pedículos arteriales: los ováricos, que pueden ser ligados en su recorrido por el ligamento infundibulopélvico o en la zona próxima al cuerno antes de anastomosarse con la arteria uterina, sitio correcto para la ligadura cuando se desean conservar los anejos; los uterinos, situados a cada lado del cuello uterino y bordeando el útero, que pueden ser pinzados y ligados con más facilidad en la zona de unión del cuello con el cuerpo



uterino; y dos pequeños pedículos constituidos por la arteria del ligamento redondo, de muy poco grosor. La rama vaginal de la arteria uterina y las ramas superiores de la vaginal, sí deben considerarse como un pedículo a ligar en la zona de los ligamentos cardinales, pero no se alcanzan en la subtotal.^{21,23,25,28}

Los ligamentos cardinales, denominados también retináculos laterales o ligamentos de Mackenrodt van a insertarse desde el istmo uterino a las paredes laterales de la pelvis, y están constituidos por un grupo de fibras muy resistentes. A este mismo nivel salen en dirección anterior dos pequeños ligamentos que fijan la vejiga al útero y que son los pilares de la vejiga. Estos tejidos fibrosos y sangrantes tampoco se manipulan en la técnica subtotal.^{24,26}

Los tres pares de ligamentos que salen del istmo uterino y lo fijan a la vejiga, al recto y a la pared pélvica, forman unos espacios separados por una fina adventicia, en los que no siempre resulta fácil la disección. Estos espacios son: los paravesicales, los parauterinos o parametrios y los pararrectales o paraproctios. El parametrio es la continuación del ligamento ancho y por la hoja posterior de este corre el uréter en su camino hacia la excavación pelviana en dirección a la vejiga. En dicha hoja se cruza el uréter con la arteria uterina. Es muy importante conocer la anatomía de esta zona para poder ligar la arteria uterina sin dañar el uréter.²⁹

El drenaje linfático del cervix sigue las arterias uterinas y los ligamentos cardinales a los ganglios de la pelvis, que incluye los grupos que se encuentran alrededor de las arterias ilíacas externas, internas (hipogástricas) y la fosa obturatriz. De esos ganglios de la pelvis el drenaje prosigue hacia arriba por los canales alrededor de las



arterias ilíacas comunes a los grupos ganglionares que acompañan esos vasos y de allí continúan hasta los ganglios paraaórticos.^{28,29}

Los linfáticos del cuerpo del útero y los ovarios siguen tres rutas. Primera: a lo largo de la arteria uterina y del ligamento ancho hasta los ganglios de la pelvis. Segunda: en canales siguiendo el ligamento redondo a los ganglios linfáticos inguinales. Tercera: a lo largo de la red linfática del ligamento infundíbulo pélvico del ovario directamente a los ganglios paraaórticos que forman tres grupos ganglionares: preaórticos, retroaórticos y laterales (derecho e izquierdo).^{28,30}

El conocimiento anatómico de la región pelviana y el retroperitoneo es la base fundamental para acceder a los órganos situados en la cavidad pelviana. No existe habilidad quirúrgica que pueda compensar la falta de conocimientos anatómicos en la región donde se va a operar.²⁵

1.2. Tumores ginecológicos malignos

Cáncer de cuello uterino (cérvix)

El cáncer de cervix o cuello de útero es el tercer cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo precedido por el de mama y el colorrectal, es una enfermedad única en el contexto de la oncología porque tiene unos factores de riesgo muy bien establecidos, posee un largo período pre-invasivo durante el cual puede ser detectado por técnicas de cribado (Test de Papanicolau o prueba citológica), se conoce muy bien el agente etiológico y existen vacunas preventivas disponibles.³⁷



La edad media de presentación está en torno a los 50 años y solo el 10% de los casos ocurren en pacientes de más de 75 años. De hecho, en la franja de edad de los 15 a los 44 años es la segunda causa de cáncer en la mujer por detrás del cáncer de mama.³⁶ El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide o escamoso, sin embargo en los países industrializados está aumentando la incidencia de adenocarcinoma que puede alcanzar hasta el 25% de los casos en algunos países.³⁸

En sus fases iniciales, el carcinoma cervical no posee características macroscópicas específicas que permitan el diagnóstico a la simple inspección. En esta fase, el diagnóstico solo puede hacerse mediante la citología exfoliativa, la colposcopia y la biopsia. Habitualmente, el carcinoma cervical se inicia en el círculo escamoso-cilíndrico, que suele estar situado en las proximidades del orificio cervical externo. En otras ocasiones, el carcinoma se inicia en el conducto endocervical, por lo que puede pasar totalmente inadvertido en la exploración macroscópica con espéculo.³⁹

Al planificar el tratamiento del cáncer de cérvix en cualquiera de sus etapas es necesario tener en cuenta múltiples aspectos entre los que se incluye el estadiaje. (ANEXO 3)

La decisión del tratamiento nunca debe ser una elección unilateral, es precisa una discusión colectiva entre un grupo de participantes que incluya oncólogos, cirujanos, ginecólogos, radioterapeutas, quimioterapeutas y patólogos.

Las armas que actualmente se tienen para el tratamiento del cáncer de cérvix son las siguientes: cirugía (criocirugía, láser, conización, asa LEEP, histerectomías en sus



variantes tipo I, II y III), radioterapia (braquiterapia y radioterapia externa), quimioterapia o la combinación de ellas.³⁸

Uno de los avances en el tratamiento quirúrgico del cáncer de cérvix ha consistido en la incorporación de cirugía preservadora de la fertilidad para aquellas pacientes jóvenes con tumores localizados. La técnica se denomina traquelectomía y consiste en la extirpación del cérvix y el parametrio manteniendo el fondo uterino que se reconecta a la vagina. Las pacientes candidatas deben tener tumores en estadios precoces (IA2 o IB1), menores de 2,5 cm y ausencia de afectación ganglionar. Con esta técnica en pacientes seleccionadas se consiguen los mismos resultados oncológicos que con una histerectomía, y un 80% de las pacientes consigue quedar embarazada.^{38,39,40}

1.2.1. Tratamiento

El abordaje quirúrgico del cáncer cervical puede realizarse por alguna de las siguientes técnicas:

Histerectomía radical abdominal. (Wertheim-Meigs o clase III de Piver): En esta intervención se extirpa en bloque, junto con la lesión primaria del cuello uterino, el tejido circundante hasta la pelvis, que incluye las vías de drenaje linfático y la totalidad de los ligamentos cardinales y uterosacros. La extirpación de todo el tejido señalado requiere una cuidadosa disección y separación de la vejiga y los uréteres. Además, se extirpa el tercio superior de la vagina. Conjuntamente con la exéresis del útero y su tejido circundante, es necesario realizar una linfadenectomía pélvica, extirpando la masa celuloadiposa situada por encima, a los lados y entre los vasos ilíacos primitivos, ilíacos externos, hipogástricos, y el contenido que rellena la fosa



obturatriz por encima del nervio obturador. Se trata más de un acto pronóstico, orientador del tratamiento que se debe seguir, que terapéutico.^{38,40,41,42}

Histerectomía total extrafascial. Cuando la invasión en el estroma no supera los 3 mm y la extensión superficial horizontal no excede de 7 mm (estadio Ia1), y además no se observan células neoplásicas en los espacios vasculares, la posibilidad de metástasis en los ganglios regionales es muy baja (0,5%). En estos casos, el tratamiento de elección es la histerectomía total extrafascial. Incluso, si la mujer es joven y desea tener hijos, puede practicarse una conización.^{38,40,41,42}

Histerectomía radical limitada o modificada (clase II de Piver). Si la penetración en profundidad oscila entre 3 y 5 mm y la extensión horizontal no supera los 7 mm (estadio Ia2), así como en los estadios Ia1 con afectación de los espacios vasculares o cuando los márgenes del cono diagnóstico no están libres y el carcinoma se extiende hasta ocuparlos, el tratamiento de elección es la histerectomía radical clase II de Piver³⁸, que consiste en seccionar los ligamentos uterosacros a la mitad de distancia entre su inserción en el útero y el sacro, y los ligamentos cardinales, igualmente, a la mitad entre la inserción uterina y la pared pélvica. De esta forma, se extirpa solo la mitad proximal de estas estructuras y se mantiene una adecuada vascularización de la parte distal de los uréteres y de la unión ureterovesical. En estos casos también es aconsejable realizar una linfadenectomía pélvica.³⁸

1.2.2. Cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio es el tumor ginecológico más frecuente y el cuarto cáncer más frecuente después del cáncer de mama, pulmón y colorrectal en las mujeres de EEUU y Europa. La mayoría de pacientes con cáncer de endometrio se diagnostican



en etapas precoces cuando la enfermedad está aún confinada al cuerpo uterino, lo que hace que las tasas de curación sean muy elevadas. El hecho de que el síntoma inicial de la enfermedad sea un sangrado vaginal inapropiado, que generalmente motiva la visita al ginecólogo, es sin duda uno de los factores que contribuye a la alta tasa de diagnósticos precoces de la enfermedad.³⁹

El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma endometroide y los principales factores pronóstico de esta enfermedad incluyen la edad, la raza, el estadio (ANEXO 3), el grado, la ploidía, la profundidad de la invasión, el tamaño del tumor, la expresión de receptores hormonales y el subtipo histológico. A pesar de que el pronóstico de esta enfermedad es globalmente favorable, algunas pacientes pueden tener un comportamiento muy agresivo, especialmente aquellas con tumores de alto grado, invasión profunda del miometrio o subtipos histológicos más agresivos como el seroso papilar o de células claras.³⁷

El cáncer de endometrio ocurre con más frecuencia en mujeres post-menopáusicas, y el factor de riesgo más importante es la exposición prolongada a estrógenos. De ahí que la obesidad, que genera un incremento de la producción de estrógenos en los adipocitos, sea un claro factor de riesgo identificado. Otro factor etiológico identificado es la toma de tamoxifeno, si bien la incidencia es tan baja como el 1.6/1000 mujeres que toman este fármaco.³⁹

Aunque la mayoría de los cánceres de endometrio son esporádicos, algunas mujeres tienen una predisposición genética a esta enfermedad. El síndrome más frecuentemente asociado al cáncer de endometrio es el síndrome hereditario de cáncer colorrectal no-polipósico también conocido como síndrome de Lynch que es



un síndrome de susceptibilidad autosómica dominante que se produce por una mutación de uno de los genes de reparación de DNA, en concreto en MLH1, MSH2, MSH6 o PMS2. El riesgo de desarrollar cáncer de endometrio a lo largo de la vida en portadoras del síndrome de Lynch es del 40-60% y suele aparecer en mujeres jóvenes.^{40,42,43}

El cáncer de endometrio se ha dividido en dos grandes grupos. El tipo I, que es el más frecuente e incluye el adenocarcinoma endometriode que típicamente surge de una hiperplasia endometrial y es estrógeno dependiente. El tipo II, es menos frecuente e incluye variantes más agresivas como el carcinoma seroso papilar, el carcinoma de células claras y el carcino-sarcoma.³⁷

El tratamiento esencial del cáncer de útero es la histerectomía con doble anixectomía. Adicionalmente, la afectación de ganglios linfáticos regionales es el factor pronóstico más importante en cáncer de endometrio, y además influye en el tratamiento complementario tras la cirugía. Se han identificado varios factores clínico-patológicos que incrementan el riesgo de afectación ganglionar, entre ellos destacan el alto grado (aumenta en 6 veces el riesgo), la invasión miometrial profunda (aumenta en 5 veces el riesgo), la afectación del espacio linfovascular, y la invasión del estroma cervical.³⁹

La manera de estadificar el cáncer de endometrio es quirúrgica, y se dispone de evidencia suficiente para afirmar que la laparoscopia se puede considerar un procedimiento estándar frente a la cirugía abierta. Sin embargo la extensión del procedimiento para conocer la afectación ganglionar continua siendo un asunto controvertido.⁴¹



La visión del papel de la cirugía en las etapas avanzadas (estadios III y IV) ha cambiado en los últimos años. Estas pacientes se han tratado tradicionalmente de forma convencional con quimioterapia o radioterapia. Sin embargo, hoy disponemos de estudios que muestran que aquellas pacientes con tumores en etapas III y IV que son sometidas a una cirugía citorreductora en la que no quede enfermedad residual alcanzan una mediana de supervivencia que puede ser el doble que en las pacientes en las que queda enfermedad residual (40 meses vs 19 meses). Aunque esta evidencia proviene de estudios retrospectivos y esta aproximación no ha sido validada de forma prospectiva, debe ser tenida en cuenta a la hora de abordar el manejo terapéutico de pacientes con estadios III y IV en los comités multidisciplinares de tumores ginecológicos.⁴⁰

1.2.3. Cáncer de ovario

Existen 3 tipos fundamentales de tumores malignos de ovario:

- ✓ Carcinoma epitelial: representa el 85-90% de los cánceres de ovario y es el que vamos a desarrollar en adelante.
- ✓ Tumores de células germinales. Muy infrecuentes.
- ✓ Tumores del estroma. Aún más infrecuentes.

En cuanto a la edad de presentación, el cáncer epitelial de ovario es una enfermedad más frecuente en las mujeres postmenopáusicas, con la máxima incidencia entre los 50 y 75 años. Existen diferencias geográficas en la incidencia de esta enfermedad, siendo más frecuente en países industrializados.⁴³



El cáncer epitelial de ovario no se puede considerar una única enfermedad sino al menos un conjunto formado por 5 diferentes tipos histológicos:³⁷

- ✓ Carcinoma seroso de bajo grado.
- ✓ Carcinoma endometriode.
- ✓ Carcinoma mucinoso.
- ✓ Carcinoma de células claras.
- ✓ Carcinoma seroso de alto grado.

Además de la diferente apariencia morfológica e histológica, los diferentes subtipos tienen un diferente comportamiento clínico y pronóstico. Así por ejemplo, los tumores serosos de bajo grado, mucinosos y de células claras suelen presentarse mayoritariamente en estadios iniciales (etapas I y II) mientras que los subtipos endometriode de alto grado y seroso de alto grado suelen aparecer en etapas avanzadas (estadios III y IV de FIGO) (ANEXO 3). Con respecto al pronóstico, las etapas III y IV son las que presentan un peor pronóstico, y dentro de este grupo la histología mucinosa o de células claras inducen una peor supervivencia.^{44,45}

Pero más allá de estas diferencias, entre los distintos subtipos subyacen también diferentes alteraciones moleculares que explican el diferente comportamiento y que además son motivo actual del desarrollo de terapias dirigidas⁴⁵. Uno de los subtipos que se encuentra mejor caracterizado es el carcinoma seroso de alto grado, que a su vez es el tipo histológico más frecuente puesto que representa el 80% de los tumores avanzados. El proyecto TCGA (The Cancer Genome Atlas) realizó un análisis



genómico masivo en más de 400 tumores serosos de alto grado que ha permitido conocer con detalle las alteraciones moleculares subyacente en este tipo de tumor.⁴⁶

Cabe destacar que un 95% de las pacientes presentan una mutación de p53 y que el 50% aproximadamente tienen un déficit en recombinación homóloga, que es el sistema de reparación de la rotura de doble cadena de DNA. Este último aspecto tiene especial relevancia, puesto que incluye las mutaciones de los genes BRCA 1 y BRCA 2 (aproximadamente un 18% de pacientes con tumores serosos de alto grado tienen mutación de alguno de los dos genes) que son responsables del síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario.⁴²

Las operaciones en mujeres con una masa pélvica anexial que puede representar un cáncer de ovario deben ser abordadas por una incisión abdominal vertical, que permita el acceso al abdomen superior que sería imposible por una incisión transversal. La aspiración de la ascitis, si existiera, o el lavado peritoneal para realizar una citología es fundamental, pues ese detalle, cuando es positivo, cambia la etapa del tumor. El mecanismo de la ascitis al circular el líquido por el espacio parietocólico derecho y los agujeros debajo del hemidiafragma derecho, obliga a realizar una biopsia al peritoneo de esos lugares. La ruptura del tumor también cambia la etapa en la misma forma cuando las adherencias del tumor a órganos vecinos están infiltradas.⁴⁶

Si la biopsia por congelación es positiva de un cáncer de ovario, una exploración abdominal completa es imprescindible, incluyendo las serosas de los intestinos. La omentectomía es parte de la estrategia quirúrgica, en la misma forma que la exploración de los ganglios para- aórticos, porque existe igual posibilidad de



metástasis que los ganglios pélvicos. Cuando una laparotomía se realiza meticulosamente siguiendo la metodología correcta, por lo general la etapa al diagnóstico sube uno o varios escalones.⁴²

La mayoría de las pacientes con diagnóstico de cáncer epitelial de ovario debutan con enfermedad avanzada, es decir diseminada en la cavidad abdominal y en el peritoneo. A pesar de que la enfermedad esté extendida, y a diferencia de la mayoría de enfermedades neoplásicas, se ha demostrado que realizar una cirugía citorreductora, que significa la extirpación de la mayor cantidad de enfermedad posible, tiene un impacto en la supervivencia de las pacientes. De hecho, el volumen de enfermedad residual tras la cirugía inicial es el factor pronóstico más importante en cáncer de ovario avanzado, en la medida en que la supervivencia a 5 años puede ser hasta el doble para las pacientes sin enfermedad residual, en comparación con las pacientes en las que queda enfermedad residual visible tras la cirugía (60% vs 25-35%).⁴⁷

Por este motivo, la primera intervención terapéutica en cáncer de ovario avanzado debe ser una cirugía citorreductora con el objetivo de dejar a la paciente sin enfermedad residual macroscópica, lo que se denomina citorreducción óptima.⁴⁸

1.2.4. Tumores de las células germinales

Las células germinales son las que usualmente forman los óvulos. La mayoría de los tumores de células germinales son benignos, aunque algunos son cancerosos y pueden poner en riesgo la vida. Menos del 2 % de los cánceres de ovario son de origen de células germinales. En general tienen un buen pronóstico, con más de nueve de cada 10 pacientes sobreviviendo al menos cinco años después del



diagnóstico. Existen varios subtipos de tumores de células germinales. Los más comunes son teratoma, disgerminoma, tumor del seno endodérmico y coriocarcinoma o pueden ser una mezcla de más de un solo subtipo.¹²

Ante la mínima duda o posibilidad de tumor maligno, las condiciones de realización de la laparotomía deben ser idénticas que en el cáncer de ovario: laparotomía media suficiente para evitar la punción o rotura del quiste y permitir revisión cuidadosa de todo el abdomen así como lavado peritoneal.²⁷

Antes de concluir la intervención el tumor extirpado debe ser abierto y valorado macroscópicamente por el patólogo. Si tiene áreas de dudosa malignidad, la biopsia intraoperatoria resulta muy útil para decidir la conducta, sobre todo cuando es positiva. Una biopsia negativa no excluye la posibilidad de malignidad, dada su dificultad de interpretación y la imposibilidad de muestrear adecuadamente un tumor grande, pero justifica el no tomar una actitud radical hasta conocer el resultado definitivo del estudio anatomopatológico posterior.³⁵

1.2.5. Carcinoma de vulva

Al carcinoma de la vulva le corresponde 4% de todos los cánceres genitales femeninos del tracto genital inferior, la incidencia del mismo ha aumentado en la última década según los informes de Annual Report.⁴⁹

Este incremento está relacionado con el aumento del promedio de vida de las mujeres y el aumento de la prevalencia del papiloma virus humano (HPV), al cual se le imputa la responsabilidad etiológica; la asociación de este con otras enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la obesidad no están bien definidas, pues el



cáncer de vulva es una enfermedad que aparece después de los 60 años y en esa edad estas enfermedades son muy frecuentes.⁴⁹

No existe un solo cáncer escamoso de la vulva, sino dos grupos que presentan aspectos clínicos, estructuras histológicas, evolución y pronóstico netamente diferentes. El primero sería el cáncer que se presenta en la mujer de edad avanzada, el cual surge espontáneamente, sobre un liquen escleroso con una hiperplasia epitelial y el segundo, se presenta en mujeres más jóvenes y está precedido por un prurito de larga evolución, con trastornos evidentes de lesiones epiteliales que llegan al carcinoma in situ por una VIN (neoplasia intra-vulvar). (ANEXO 3)

El tratamiento primario de elección del cáncer de la vulva es netamente quirúrgico e individualizado. Un tratamiento óptimo requiere un procedimiento cuidadosamente planificado, tanto quirúrgico como radioterapéutico y que ambos deben ser integrados. Con una selección cuidadosa de la paciente, un tratamiento quirúrgico conservador, frecuentemente puede ofrecerle una opción adecuada sin comprometerle la supervivencia.³⁶

En el tratamiento del cáncer vulvar se han introducido, en los últimos años, dos modificaciones importantes respecto a décadas pasadas.

Primero: Tratamientos preservadores para estadios precoces, dados por la resección local y la práctica de linfadenectomía inguino-femoral unilateral.

Segundo: Aplicación de tratamiento combinado de radioterapia y quimioterapia para la enfermedad avanzada, con eficacia ya demostrada, lo cual permite en casos con



buen respuesta una cirugía menos mutilante en comparación con las excenteraciones.³⁶

Para la etapa temprana del cáncer vulvar la tendencia es hacia una resección conservadora de la lesión primaria, limitada a la vulva. La profundidad de la invasión no determina la extensión de la resección quirúrgica, ya que todas deben ser realizadas a una profundidad por debajo de la fascia del diafragma urogenital, los bordes de sección quirúrgicos laterales deben estar libres de tumor a una distancia de por lo menos 1 cm, la linfadenectomía bilateral o unilateral en dependencia de la localización del tumor, es uno de los factores más importantes para disminuir la mortalidad de los casos en etapa I.⁴⁹

1.3. Complicaciones de intervenciones quirúrgicas ginecológicas

Complicaciones intraoperatorias.

a) Sangrado.

El sangrado arterial importante normalmente viene de las arterias uterinas o de los vasos ováricos cerca de la inserción de los ligamentos infundibulopélvicos. El pinzamiento a ciegas de estos vasos muchas veces conlleva a lesión ureteral. El sangrado venoso es menos dramático pero, con frecuencia, más difícil de tratar, sobre todo en presencia de adherencias extensas y miomas.⁵⁴

b) Lesiones de otras vísceras.^{54,55}

Lesiones ureterales. Es una de las complicaciones más importantes de la histerectomía, por el posterior riesgo de daño renal.



Lesión vesical. Es la porción de las vías urinarias inferiores más susceptible de lesionarse por las relaciones anatómicas íntimas entre ésta, el útero y la porción superior de la vagina. La lesión vesical puede aparecer al abrir el peritoneo o, más frecuentemente durante la separación de la vejiga del cuello del útero y de la porción superior de la vagina.

Lesión intestinal. Las lesiones del intestino delgado son las más frecuentes entre las lesiones intestinales durante la cirugía ginecológica. El colon transversal rara vez se lesiona, puesto que está bastante lejos del campo quirúrgico; el colon descendente y el rectosigmoide están íntimamente relacionados con las estructuras pélvicas y tienen un riesgo considerable de lesionarse durante la cirugía ginecológica.

1.3.1. Complicaciones postoperatorias

a) Complicaciones inmediatas.

Hemorragia. La hemorragia después de una histerectomía, se hará evidente en uno o dos días. Primero el sangrado vaginal lo percibirá el personal de enfermería en las primeras horas después de la cirugía, y suele ser por el sangrado de la colpotomía. Segundo y menos frecuente, la paciente puede notar poco sangrado por la vagina pero existir signos de constantes vitales deterioradas manifiestos como presión arterial baja, pulso rápido, caída de los niveles de hematocrito y dolor abdominal o en el flanco, puede ser una hemorragia retroperitoneal o de uno de los pedículos.

Íleo paralítico. La mayoría sufren algún grado de íleo intestinal, se desconoce el mecanismo exacto por el cual ocurre ese paro o desorganización de la motilidad gastrointestinal, pero parece que está asociado con la apertura de la cavidad



peritoneal y que se agrava por la manipulación del tracto digestivo y por las intervenciones quirúrgicas prolongadas, así como por la acción coadyuvante de la anestesia.⁴

También pueden provocar un íleo la infección, peritonitis y la alteración de los electrolitos. En la mayoría el grado de íleo es mínimo y la función gastrointestinal vuelve relativamente rápido, permitiendo la ingesta oral a los pocos días de la cirugía. Las que tienen persistencia de ruidos gastrointestinales disminuidos, distensión abdominal, náuseas y vómitos requieren más estudios y un tratamiento más intensivo.⁵⁶

Retención de orina. Es poco frecuente, si no hay obstrucción de la uretra normalmente será a causa del dolor o de la atonía vesical por la anestesia. Ambos son efectos temporales.

La mayoría de las pacientes son capaces de orinar después de retirar la sonda un día después. Si la paciente todavía tiene problemas con la micción y se sospechan espasmos uretrales, normalmente se superará con relajantes musculares.

Lesión ureteral. En las pacientes que presentan un dolor en el flanco poco después de una histerectomía se debe sospechar en una obstrucción ureteral, y realizar estudios imagenológicos.⁴

b) Complicaciones mediatas.

Fístulas vesico-vaginales. Aparecen más frecuentemente después de una histerectomía abdominal por patología ginecológica benigna. La incidencia es baja (0.2%). Las pacientes desarrollan un flujo acuoso de 10 a 14 días después de la



cirugía. Algunas fistulas pueden aparecer tan precozmente como en las 48 a 72 horas de la intervención. El 15% de las fístulas se cierran espontáneamente luego de 4 a 6 semanas de sondaje vesical permanente, si no se ha cerrado se recomienda reparación quirúrgica⁵⁷.

Fístulas gastrointestinales. Son relativamente raras en las cirugías ginecológicas. Es más frecuente que estén asociadas con tumores malignos, radioterapia previa o lesiones quirúrgicas mal reparadas o inadvertidas. La identificación de una salida intraperitoneal de contenido gastrointestinal o la formación de una fístula normalmente requerirá cirugía inmediata a no ser que la fístula haya drenado espontáneamente a través de la pared abdominal o de la cúpula vaginal.⁴

Hematomas. Un hematoma es una acumulación de sangre por debajo de la piel, causado por una hemorragia interna, puede deberse a una hemostasia deficiente durante el cierre de la herida.

Seroma. Un seroma es la acumulación de grasa líquida, suero y líquido linfático bajo la incisión. Este líquido suele ser claro, amarillento y más o menos viscoso. Se localiza en la capa subcutánea, justo por debajo de la dermis. Los seromas son la complicación más benigna tras una técnica quirúrgica y es más probable que se produzcan cuando se crean colgajos cutáneos amplios en el transcurso de la operación.⁵⁷

Infección del sitio quirúrgico (infección de la herida). Las infecciones del sitio quirúrgico se desarrollan como consecuencia de la contaminación del mismo con microorganismos. La fuente de tales microorganismos suele ser la flora del paciente (fuente endógena) cuando se pierde la integridad de la piel y/o la pared de una



víscera hueca. Ocasionalmente, la fuente es exógena, cuando se produce un fallo en la técnica estéril quirúrgica, que da lugar a contaminación por influencia del equipo que participa en la intervención, el material, los implantes, los guantes o el entorno circundante.⁵⁷

Absceso de cúpula vaginal. Suele deberse a la formación previa de hematomas. Se presentan picos de fiebre que generalmente aparecen en una fase temprana del período postoperatorio, acompañados en ocasiones de una sensación de plenitud rectal o dolor pelviano. A la palpación puede identificarse una masa renitente sobre la cúpula vaginal, la cual además puede ser visualizada con la ayuda de ultrasonografía. El drenaje por punción o la colpotomía con drenaje, ambos realizados por vía vaginal son la terapéutica adecuada. Aunque tal vez no sea necesario, se agrega un régimen con antibióticos.⁵⁷

c) Complicaciones tardías.

Disfunción sexual poshisterectomía. La incidencia oscila entre el 10 y el 40%. Las estimaciones varían según los niveles educativos, las culturas y las definiciones utilizadas para establecer el diagnóstico. Algunos autores han publicado que existe una disminución en la libido tras la histerectomía, mientras que otros sugieren que está aumentada puesto que reduce el temor a gestaciones no deseadas. La ansiedad prequirúrgica sobre la función sexual con frecuencia se asocia con un deterioro general de las relaciones sexuales.

Entre otras tenemos: distimia poshisterectomía, obstrucción intestinal por bridas y eventración.⁵



Objetivos

General: Caracterizar los tumores ginecológicos en el Servicio de Cirugía General del hospital “Faustino Pérez Hernández” en el período comprendido entre octubre del 2015 a marzo del 2019.

Específicos:

1. Definir las variables demográficas de la población estudiada.
2. Identificar los diagnósticos que motivaron la intervención quirúrgica.
3. Identificar las técnicas quirúrgicas empleadas en los tumores ginecológicos estudiados.
4. Determinar las complicaciones posoperatorias.

Diseño metodológico

Clasificación de la Investigación.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional transversal cuyo objetivo principal fue el de realizar la caracterización clínico-quirúrgica de los tumores ginecológicos malignos operados en el Servicio de Cirugía General del hospital “Faustino Pérez Hernández” en el periodo comprendido entre octubre del 2015 y marzo del 2019.

Universo y muestra.

El universo estuvo constituido por las pacientes que se diagnosticaron con tumores ginecológicos tributarios de intervención quirúrgica, siendo muestreadas el 100 % de todas las que fueron atendidas e ingresadas en el hospital provincial “Faustino Pérez Hernandez”, en el período comprendido entre los años 2015- 2019.



La mama, a pesar de formar parte del aparato reproductor femenino, no se incluyó en el estudio por ser uno de los órganos mejor caracterizados y ha sido objeto de múltiples estudios en nuestro centro, además de que se pretende con el mismo circunscribirse a los órganos genitales exclusivamente.

Todos los casos diagnosticados como neoplasias malignas, previa intervención quirúrgica, fueron clasificados y estadiados, según las etapas clínicas específicas para cada órgano, por un equipo multidisciplinario en el comité de tumores.

Definición y operacionalización de las variables:

Tabla 1. Definición y operacionalización de las variables estudiadas

Variable	Tipo	Escala	Definición	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	19-29 30-39 40-49 50-59 60-69 +70	Años cumplidos en el momento de la cirugía	Proporción
Color de piel	Cualitativa nominal	Blanca Mestiza Negra	Según características fenotípicas	Proporción



Motivo de consulta	Cualitativa nominal	Sangramiento Dolor abdominal Amenorrea Tumor abdominal Pérdida de peso Prurito vulvar	Según la Historia Clínica (Anamnesis)	Proporción
Diagnóstico	Cualitativa nominal	Adenocarcinoma de endometrio Carcinoma de cuello Carcinoma epidermoide de vulva Cisto-adenocarcinoma de ovario Leiomiomasarcoma Tumor de Krukemberg	Según la Historia Clínica (Anamnesis, exámen físico y complement.)	Proporción
Estadio				



Técnicas quirúrgicas	Cualitativa nominal	Histerectomía total con doble Anixectomía. Histerectomía total con doble anixectomía, apéndicectomía y vaciamiento ganglionar pélvico. Histerectomía total con doble anixectomía, omentectomía y apéndicectomía. Vulvectomía radical con vaciamiento ganglionar	Según informes operatorios	Proporción
-------------------------	------------------------	---	-------------------------------	------------



Complicaciones postoperatorias	Cualitativa nominal	Hematoma de la herida Infección de la herida quirúrgica. Seroma de la herida Fístula vesicovaginal Hemorragia vaginal Absceso de la cúpula vaginal	Según Historia Clínica (evolución postoperatoria)	Proporción
--------------------------------	---------------------	---	---	------------

Modo de recolección de los datos

Los datos relativos a las variables demográficas así como a la evolución de la enfermedad, los datos clínicos y métodos diagnósticos empleados fueron recolectados a partir de las hojas de historia clínicas. Los datos referentes a los procedimientos quirúrgicos fueron tomados a partir de los informes operatorios. Todos los datos se tomaron por una misma persona previa elaboración de una ficha de recolección de datos (anexo 2).



Procesamiento estadístico:

El procesamiento de los datos de la investigación se realizó mediante la base de datos en Excel, empleando el paquete estadístico IBM-SPSS para WINDOWS versión 22, se presentaron los resultados en tablas simples representados en porcentajes y se arribaron a conclusiones.

Aspectos éticos:

Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta los cuatro principios de la Bioética: autonomía, beneficencia, la no maleficencia y la justicia; así como los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos que forman parte de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Se consultó con la Dirección y el Consejo Científico del Hospital Provincial Docente “Faustino Pérez Hernández” los objetivos de la investigación y la autorización para realizar el mismo, al igual que con las personas idóneas al respecto. Así mismo se establecieron las coordinaciones necesarias.

Resultados

A continuación se presentan los resultados alcanzados, a partir del procesamiento de los datos compilados en el periodo de estudio (2015-2019), según las variables exploradas.



Tabla 2. Distribución de los pacientes según grupos de edades. Hospital “Comandante Faustino Pérez Hernández” en el período comprendido entre octubre del 2015 y marzo del 2019

Grupos de edades	No.	%
19-29	3	2.2
30-39	11	8.2
40-49	19	14.1
50-59	31	23.4
60-69	37	27.6
70 años y más	33	24.6
total	134	100

La tabla 2 muestra la distribución de las pacientes estudiadas según los grupos etáreos. Se puede observar que prevaleció la mayoría de edad entre ellas, siendo los grupos más representativos los de 50-59; 60-69 y más de 70, con 23.4 %; 27.6 % y 24.6 % respectivamente. La mayoría de los casos se encuentra en el grupo comprendido entre los 60-69, con 37, en coincidencia con la bibliografía revisada.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según color de la piel.

Color de la piel	Blanca	Mestiza	Negra
Pacientes	76	25	33
Porcentaje	56.7	18.6	24.6

La tabla 3 muestra la distribución de los pacientes según el color de la piel, donde las de tez blanca representaron el 56.7% del total de las mismas con 76 pacientes,



coincidiendo así con la etnografía de la sociedad cubana.⁶⁷ Teniendo esto en cuenta concluimos que el color de la piel no es un elemento a tomar en cuenta en el diagnóstico, evolución y pronóstico de estas entidades.

Tabla 4. Distribución de las pacientes según el motivo de consulta

<i>Motivo de consulta</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Sangramiento vaginal</i>	<i>95</i>	<i>70.8</i>
<i>Sangramiento vaginal postmenopáusico</i>	<i>32</i>	<i>23.8</i>
<i>Dolor bajo vientre</i>	<i>98</i>	<i>73.1</i>
<i>Dismenorrea</i>	<i>28</i>	<i>20.8</i>
<i>Tumor abdominal</i>	<i>28</i>	<i>20.8</i>
<i>Pérdida de peso</i>	<i>78</i>	<i>58.2</i>
<i>Prurito vulvar</i>	<i>4</i>	<i>2.9</i>

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el motivo de consulta donde predominó el sangramiento vaginal y el dolor bajo vientre con un 70.8 % y 73.1% respectivamente sobre los demás síntomas.

Tabla 5. Distribución de las pacientes según diagnóstico histológico

<i>Diagnóstico</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Adenocarcinoma de endometrio</i>	<i>32</i>	<i>23.8</i>
<i>Carcinoma de cérvix</i>	<i>41</i>	<i>30.5</i>
<i>Cistoadenocarcinoma de ovario</i>	<i>49</i>	<i>36.5</i>



<i>Carcinoma epidermoide de vulva</i>	4	2.9
<i>Leiomioma de utero</i>	5	3.7
<i>Tumor de Krukemberg</i>	3	2.2
<i>total</i>	134	100

La tabla 5 recoge los datos obtenidos de la distribución de las pacientes según los diagnósticos histológicos donde prevalece Cistoadenocarcinoma de ovario como el tipo hiotologico más frecuente con 49 casos para un 36.5%.

Tabla 6. Técnica quirúrgica más utilizada

<i>Técnica Quirúrgica</i>	No.	%
Histerectomía total con doble anexectomía	130	97.0
Histerectomía total con doble anexectomía, apendicectomía y vaciamiento ganglionar pélvico	41	30.5
Histerectomía total con doble anexectomía, omentectomía y apendicectomía	49	36.5
Vulvectomía radical con vaciamiento ganglionar inguinal	4	2.9

La técnica quirúrgica más empleada fue la Histerectomía Total Abdominal con doble anexectomia, que fue indicada a 130 del total de casos para un 97 % de las pacientes



Tabla 7. Complicaciones

Complicaciones intraoperatorias:	No	%
Lesión de vejiga	2	1.4
fístula vesico-vaginal	0	
sangrado de mas de 250 ml	4	2.9
Lesión de intestino	2	1.4
Lesión de Ureter	1	0.74
Lesión de mesenterio	1	0.74

La tabla 7 refleja las complicaciones introoperatorias, siendo la más frecuente el sangrado de más de 250 ml .

Tabla 8. Complicaciones postoperatorias inmediatas y mediatas

Complicaciones	Precoces	
	No	%
absceso de la cúpula vaginal	5	3.7
neumonía nosocomial	2	1.4
trombosis venosa profunda	2	1.4
infección del sitio operatorio	6	4.4
infección del tracto urinario	3	2.2
Infarto Agudo Miocardio	0	-
Tromboembolismo pulmonar	1	0.74
íleo paralítico	3	2.2



La tabla 8 aborda las complicaciones postoperatorias inmediatas y mediatas, prevaleciendo como complicación de este tipo más frecuente la infección del sitio operatorio con 6 casos para un 4.4 %

Tabla 9. Complicaciones postoperatorias tardías

Complicaciones	Cantidad	%
Hernia Incisional	2	1.4
Eventración	1	0.74
Evisceracion		
oclusión intestinal por bridas precoces	0	-

La tabla 9 analiza que la complicación tardía que mas se presento fue las hernias incisionales para un 1.4 %

Etapas clínicas

Tabla 10. Etapas clínicas

Tumor Maligno Ginecológico	Etapas clínicas	Cantidad	%
Cancer de ovario			
Cancer de Endometrio			
Cancer de utero			
Cancer de vulva			
Cancer de Cervix			



Discusión

Prácticamente,



CONCLUSIONES

-Los pacientes que recibieron Cosedal preoperatorio presentaron menor intensidad del DPO, sobre todo las primeras 6 horas.

-La necesidad de analgesia de rescate en los pacientes a los cuales se les administró Cosedal fue inferior.

-Las complicaciones identificadas con mayor frecuencia en ambos grupos fueron las náuseas y los vómitos.



RECOMENDACIONES

Recomendamos según los resultados obtenidos el uso sistemático de 60mg de Cosedal 30 minutos antes de la cirugía de Hernia Inguinal como método preventivo contra la aparición del Dolor Postoperatorio, siempre teniendo en cuenta sus contraindicaciones y la posible aparición de complicaciones relacionadas con su uso.

Se sugiere hacer extensivo este estudio hacia otros procedimientos quirúrgicos dado que el Dolor Postoperatorio es una entidad que afecta de manera frecuente a nuestros pacientes los cuales pudiesen ser beneficiados con los resultados obtenidos.



Referencias bibliográfica

1. Sosa Martín G; Gutiérrez Gaytán LR and Crespo Galán A. Mioma uterino gigante. Rev Cub Cir [Internet]. 2011. [Consulta: diciembre, 2015]; 50 (4): [5 p.] Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000400017&lng=es
2. Báez Pupo F; Díaz Brito Y and Báez Pupo M. Diagnóstico ultrasonográfico de las masas pélvicas ginecológicas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014; 40(4).
3. Matzumura Kasano J; Gutiérrez Crespo H and Tomioka Suzuki A. Características clínicas y epidemiológicas de tumores de ovario en la Clínica Centenario Peruano Japonesa durante el 2009 y 2010. . Horiz Med. 2013; 13(1):37-44.
4. Benítez Martin A. Complicaciones gastrointestinales y urológicas de la cirugía ginecológica. Clase de residentes. Hospital Universitario “Virgen de las Nieves”, Granada: Servicio de obstetricia y ginecología; 2015.
5. Márquez Hernández J; Barrabí Díaz A; Armas Pérez BA and Rubinos de la Rosa J. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. MEDISAN. 2014; 18(2).
6. Aragón Palmero FJ; Expósito Expósito M; Fleitas Pérez O; Morgado Pérez A; Mirabal Rodríguez C and Aragón Palmero L. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Cubana Cir. 2011; 50(1):82-95.
7. Anuario estadístico 2011. La Habana, Cuba: Oficina Nacional de Estadísticas e información, 2012. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/estadísticas/>
8. Sardiñas Ponce R. La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. Rev Cub Cir. 2015; 54(1).
9. Apolo Castillo MF. Correlación ecográfica e histopatológica de las histerectomías abdominales realizadas en el hospital Manuel Ignacio Montero IESS, en el periodo comprendido de mayo a octubre de 2012. Trabajo de investigación previo a la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Loja, Ecuador: 2012.



10. García Rodríguez ME and Romero Sánchez RE. Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. Rev Cub Cir [Internet]. 2011. [Consulta: enero, 2016]; 50 (2): [155-63 pp.] Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-749320110002000>
11. Rodríguez Fernández Z; Pascual Bestard M; Ricardo Ramírez JM and Izvieta Despaigne A. Caracterización de las infecciones posoperatorias. Rev Cub Cir. 2011; 50(3):266-75.
12. Corrales Hernández Y and Ayala Reina Z. Teratoma de ovario. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012. [Consulta: enero, 2016]; 10 (2): [144-50 pp.] Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1727-897X2012000200011&lng=es>
13. Suárez González JA; Gutiérrez Machado M; Corrales Gutiérrez A; Cairo González V and Pérez Viera S. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Rev Cub Obstet Ginecol. 2011; 37(4):481-8.
14. González-Coto Bravo Y; García Someillán L; Berdeal García F and Maestri Pardo A. Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2012; 18(2).
15. Clavijo Rodríguez T, Lugones Botell M, Guevara Alfayate L, Berlán León N. Aspectos clínicos y epidemiológicos de los tumores anexiales. Rev Cubana Obstet Ginecol Jun 2012;38(2)
16. Montalvo Sapata VM, Reyes Gil MR, Tobón Osornio F, Valencia P GU. Abordaje diagnóstico y referencia del tumor pélvico ginecológico con sospecha de malignidad [Internet]. México: Instituto del Seguro Médico Social; 2011. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html. Consultado enero 11, 2016.
17. Rodríguez Collar TL. Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis vesical. Rev Cub Med Mil Mar 2011;40(1).
18. González Hernández P. Patologías ginecológicas en la edad fértil. Actualizaciones mayo- junio 2015.
19. Tewari KS, Monk BJ. New strategies in advanced cervical cancer: from angiogenesis blockade to immunotherapy. Clinical Cancer Research 2014; 20 (21): 5349-5358



20. Burger RA, Brady MF, Bookman MA, Fleming GF, Monk BJ, Huang H, y col. Incorporation of bevacizumab in the primary treatment of ovarian cancer". *New England Journal of Medicine* 2011; 365 (26): 2473-2483.
21. MINSAP. Anuario Estadístico 2013
22. AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL position statement: route of hysterectomy to treat benign uterine disease. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18(1):1-3
23. Sparic R, Hudelist G, Berisava M, Gudovic A, Buzadzic S. Hysterectomy throughout history. *Acta Chir Iugosl.* 2011 Jan;58(4):9-14
24. Jorgensen S, Cohen SL, Wright KN, Shah MD, Chavan N, et al. Increasing minimally invasive hysterectomy: Effect on cost and complications. *Obstet Gynecol* 2011 May;117:1142.
25. Duhan N. Techniques of Hysterectomy. In: Al-Hendy A (ed.). *Hysterectomy*. 2012, ISBN: 978953-51-0434-6, InTech. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/hysterectomy/types-of-hysterectomy>. Consultado diciembre 11, 2015.
26. Rodríguez Hidalgo NJ, Vera Fernández V. Comentarios y reflexiones sobre la Histerectomía abdominal simple (total vs subtotal). *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2009; 35(3)
27. Wallenstein Michelle R, Ananth CV, Kim JH, Burke WM, Hershman DL, Lewin ShN, et al. Effect of Surgical Volume on Outcomes for Laparoscopic Hysterectomy for Benign Indications. *Obstetrics & Gynecology*. 2012;119(4):709-16
28. Nezhat FR, Cho JES, Liu C, Gossner G. Management of Gynecologic Malignancies. In: Matteotti R, Ashley SW (eds.). *Minimally Invasive Surgical Oncology*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011.
29. Argüello-Argüello R. Complicaciones en 748 histerectomías por laparoscopia utilizando un manipulador uterino con resaltador vaginal. *Revista Colomb Obstet Ginecol* 2012;63(3):252-8
30. Romero Guadix B, Hurtado Moya ML, Diaz Lopez MA. Mioma uterino y reproducción. Curso Actualización Obstetricia y Ginecología 2011. Disponible en: www.hun.es/servicios_asistenciales/ginecologiyobstreticia/ficheros/curso2011gine01miomasyreproducción.pdf. Consultado diciembre 11, 2015.



31. Rodríguez-Oliver AJ, Aguilar Romero MT, Carrillo Badillo MP, Fernández Parra J, Montoya Ventoso F. Tratamiento laparoscópico del quiste dermoide de ovario. Factores asociados a la rotura intraoperatoria, trascendencia clínica y resultados. Prog. obstet. ginecol. [Internet]. 2011; 54(7): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3703033>. Consultado diciembre 11, 2015.
32. Cabezas López E, et al. Cirugía citorreductora en cáncer epitelial de ovario en estadios avanzados. Prog Obstet Ginecol. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2015.07.006>
33. Sánchez Portela CA, García Valladares A, Sánchez Portela CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Oct; 16(5): 188-196. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500020&lng=es. Consultado diciembre 11, 2015.
34. López Milhet AB, Roque González R, Quintana Pajón I, Pereira Fraga JG, Olazábal García E, Pernia González L. Erratic ovarian cyst. Rev Cubana Cir 2010 Dic; 49(4): 64-68.
35. Arias Garzón W, Ramírez Durini L, Lugo Soria P, Salgado Macías N. Teratoma sólido maduro de ovario con protusión intrarrectal. Informe de un caso. Cir Ciruj 2009;77(5):403-6
36. Pacheco J. Estrés oxidativo en el climaterio y menopausia y cáncer ginecológico. Rev Per Ginecol Obstet 2010;56:108-119
37. González-Martín A. El cáncer ginecológico. Arbor 2015; 191 (773): a237. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3007>. Consultado diciembre 11, 2015.
38. McGraw SL, Ferrante JM. Update on prevention and screening of cervical cancer. World Journal of Clinical Oncology 2014; 5 (4): 744-752
39. Burke WM, Orr J, Leitao M, Salom E, Gehrig P, Olawaiye AB. Endometrial cancer: a review and current management strategies: part II. Gynecologic Oncology 2014; 134 (2): 393-402.
40. Shih KK, Yun E, Gardner GJ, Barakat RR, Chi DS, Leitao MM. Surgical cytoreduction in stage IV endometrioid endometrial carcinoma. Gynecologic Oncology 2011; 122 (3): 608-611.
41. Wright JD, Barrena Medel NI, Sehouli J, Fujiwara K, Herzog TJ. Contemporary management of endometrial cancer. Lancet 2012; 379 (9823): 1352-1360.



42. Stuart GC, Kitchener H, Bacon M, duBois A, Friedlander M, Ledermann J. 2010 Gynecologic Cancer InterGroup (GCIg) consensus statement on clinical trials in ovarian cancer: report from the Fourth Ovarian Cancer Consensus Conference. *International Journal of Gynecological Cancer* 2011; 21(4): 750-755.
43. Gonzalez-Martin A, Bover I, Del Campo JM, Redondo A, Vidal L. SEOM guideline in ovarian cancer 2014. *Clinical and Translational Oncology* 2014; 16 (12): 1067-1071.
44. Katsumata N, Yasuda M, Isonishi S, Michimae H, Kimura E, Aoki D. Long-term follow-up of a randomized trial comparing conventional paclitaxel and carboplatin with dose-dense weekly paclitaxel and carboplatin in women with advanced epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer: JGOG 3016 trial. *ASCO Meeting Abstracts* 2012; 30, abstract 5003.
45. Wright J, Herzog THJ, Neugut AI, Burke WM, Lu YSH, Lewin SHN, et al. *Gynecologic Oncology* 2012;127(1):11-7
46. Bell D, Berchuck A, Birrer M, Chien J, Cramer D, Dao F, Dhir R, DiSaia P, Gabra H. Integrated genomic analyses of ovarian carcinoma. *Nature* 2011; 474 (7353): 609-615
47. Du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E, Harter P, Ray-Coquard I, Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovariakarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO)". *Cancer* 2009a; 115 (6): 1234-1244.
48. Ledermann J, Harter P, Gourley C, Friedlander M, Vergote I, Rustin G. Olaparib maintenance therapy in platinum-sensitive relapsed ovarian cancer. *New England Journal of Medicine* 2012; 366 (15): 1382-1392.
49. du Bois A, Rochon J, Pfisterer J, Hoskins WJ. Variations in institutional infrastructure, physician specialization and experience, and outcome in vulvar cancer: a systematic review". *Gynecologic Oncology* 2009b; 112 (2): 422-436.
50. Luzardo Silveira EM, Parra Infante N, Sánchez Barrero N, Tamayo Blanco I. Cirugía laparoscópica de urgencia en el embarazo ectópico. *MEDISAN* 2011 Sep; 15(9): 1-7.



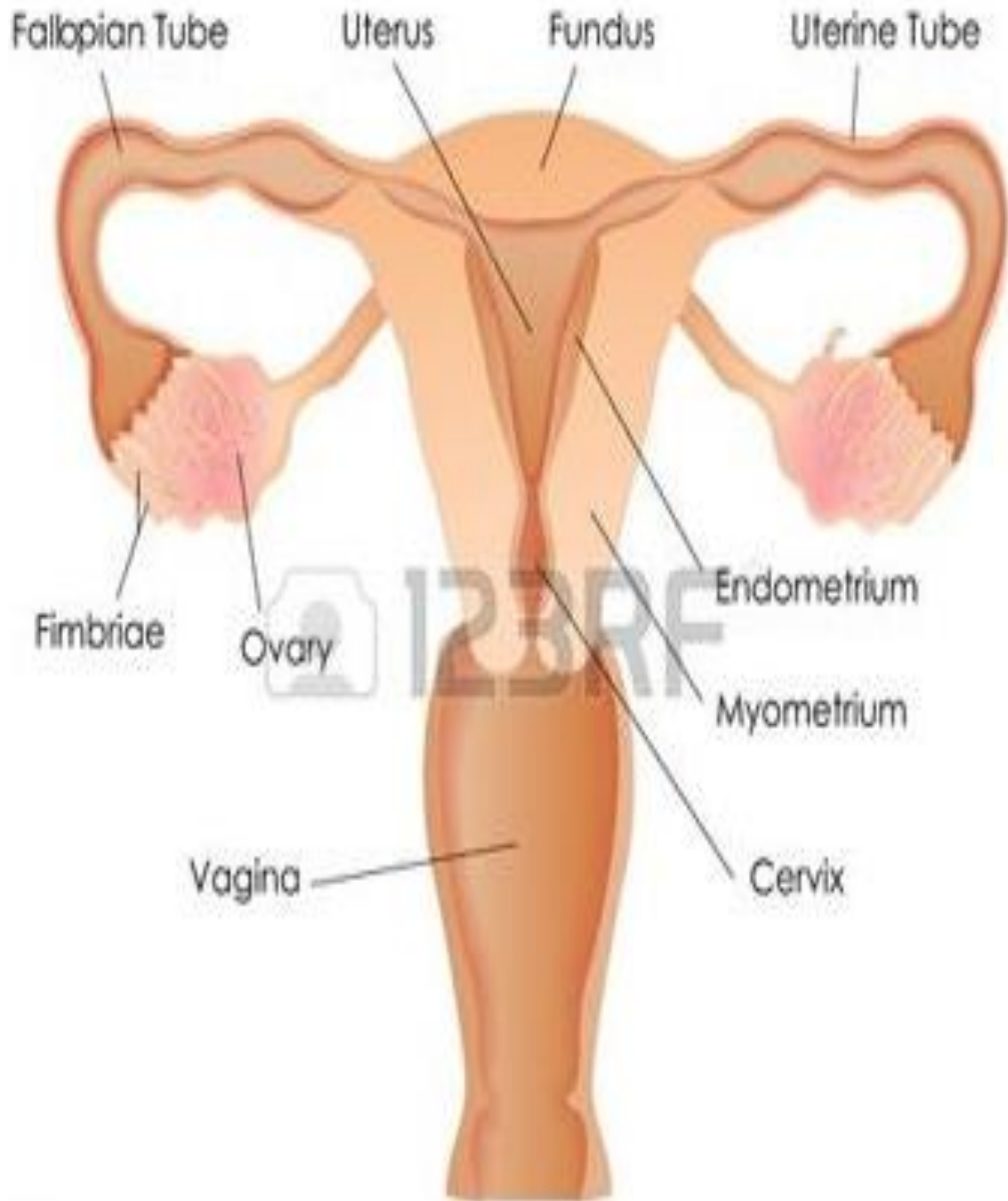
51. Brummer TH, Heikkinen AM, Jalkanen J, Fraser J, Makinen J, Tomás E, et al. Antibiotic prophylaxis for hysterectomy, a prospective cohort study: cefuroxime, metronidazole, or both? BJOG 2013;120(10):1269-76
52. F.Sabban,P.Collinety,R.Villet. Histerectomia por via abdominal por lesiones benignas.Ginecología-Obstetricia,2009,Vol 45,(3),1-9
53. Phoolcharoen N, Nilgate S, Rattanapuntamane O, Limpongsanurak S, Chaithongwongwatthana S. A randomized controlled trial comparing ceftriaxone with cefazolin for antibiotic prophylaxis in abdominal hysterectomy. Int J Gynaecol Obstet 2012;119(1):11-3
54. Stoica RA, Enache T, Iordache N. Intra operative lesion of the pelvic ureter solved in a minimally invasive manner. Journal of Medicine and Life. 2014;7(3):396-8.
55. Adelman MR, Bardsley TR, Sharp HT. Urinary Tract Injuries in Laparoscopic Hysterectomy: A systematic review. J Minim Invasive Gynecol. 2014 Jul-Aug;21(4):558-66.
56. Wright JD, Hassan K, Ananth CV, Herzog TJ, Lewin SN, Burke WM, et al. Use of guideline-based antibiotic prophylaxis in women undergoing gynecologic surgery. Obstet Gynecol 2013;122(6):1145-53
57. Roura Cabero. Ginecología y Obstetricia, Madrid: Panamericana 2007;12(3)
58. Faife Faife B. Criterios clínicos de indicación de la histerectomía laparoscópica. Cirugía basada en evidencias científicas [Tesis de Doctorado]. La Habana; 2005
59. Toledo Mariño G. Clinical and epidemiological characteristics of patients with total abdominal hysterectomy at the Carlos Lanfranco Hospital, 2005 -2010". Revista Horizonte Médico 2011; 11(2)
60. Rivero MI, Villalba MT, Vidal DA. Histerectomía por vía abdominal y vaginal. Pág. 1. Servicio de Tocoginecología - Hospital "Angela I. de Llano". (en línea). Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2002/03-Medicas/M-011.pdf>. Consultado diciembre 11, 2015.
61. Jacques D, Tatarchuk TF, Philippe B, Zakharenko LF, Ivanova T. Ulipristal Acetate versus Placebo for Fibroid Treatment before Surgery. N Engl J Med [Internet]. 2012 Feb 2; 366:[about 11 p.]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/02/04/destacan-eficacia-de-un-nuevo-tratamiento-contra-los-fibromas/>. Consultado diciembre 11, 2015.



62. Botella Llusía J, Clavero Nuñez JA. Trastornos generales del aparato genital femenino. En: Botella Llusía J, Clavero Núñez JA, editores. Tratado de Ginecología. T III. La Habana: Edición Revolucionaria; 1983. p. 403-20
63. Calderón-Estrada M, Pichardo-Cuevas M, Suárez-Muñiz MP, Ramírez-Montiel ML, Contreras-Carreto NA. Calidad de atención del dolor postoperatorio en cirugía ginecológica. Rev Invest Med Sur Mex 2012; 19: 144-8.
64. Barreras González JE, Díaz Ortega I, López Milhet AB, Pereira Fraga JG, Castillo Sánchez Y, Sánchez Hernández EC. Histerectomía laparoscópica en 1 599 pacientes. Rev Cubana Cir 2015; 54(3)
65. Sahraoui W, Hajji S. Teratomes de l'ovaire. A propósito de 91 casos. Tunis Med 2006;84(6):349-52
66. Álvarez Sánchez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol Mar 2010;36(1).



Anexo 1. Anatomía del Sistema Reproductor Femenino





Anexo 2. Ficha de recolección de datos

De historia clínica:

- Edad:

- 18-30_____
- 31 -40_____
- 41-50_____
- 51-60_____
- +60_____

-Color de piel:

- Blanca_____
- Mestiza_____
- Negra _____

- Motivo de consulta.

- Sangramiento_____
- Dolor abdominal. _____
- Amenorrea _____
- Tumor abdominal_____
- Pérdida de peso_____
- Prurito vulvar. _____

- Diagnóstico.

- Adenocarcinoma de endometrio. _____
- Carcinoma de cuello_____



- Carcinoma epidermoide de vulva. _____
 - Cistoadenocarcinoma de ovario_____.
 - Leiomiosarcoma _____
 - Tumor de Krukemberg_____
- Tipo de intervención quirúrgica:
- Histerectomía total con doble Anexectomía_____.
 - Histerectomía total con doble anexectomía, apendicectomía y vaciamiento ganglionar pélvico.-----
 - Histerectomía total con doble anexectomía, omentectomía y apendicectomía.-

 - Vulvectomía radical con vaciamiento ganglionar -----
- Complicaciones posoperatorias:
- Hematoma de la herida
 - Infección de la herida quirúrgica.
 - Seroma de la herida
 - Fístula vesicovaginal
 - Hemorragia vaginal.
 - Absceso de la cúpula vaginal



Anexo 3. Etapas Clínicas

Cáncer de Cervix. Clasificación FIGO

Estadio 0	Carcinoma in situ , carcinoma intraepitelial. No hay invasión del estroma)
Etapa I	Carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.
Etapa IA	Carcinomas invasivos sólo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer en etapa Ib. La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm* y no más de 7 mm de ancho.
Etapa IA1	Invasión medida del estroma de no más de 3 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro
Etapa IA2	Invasión medida del estroma de más de 3 mm pero no de más de 5 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro
Etapa IB	Lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas de mayor extensión que la etapa IA
Etapa IB1	Lesiones clínicas de no más de 4 cm de tamaño
Etapa IB2	Lesiones clínicas de más de 4 cm de tamaño
Etapa II	En la etapa II el carcinoma se extiende más allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no llega al tercio inferior.
Etapa IIA	No hay complicación obvia del parametrio, dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados
Etapa IIB	Complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.
Etapa III	La etapa III implica que el carcinoma se ha extendido a la pared



	pélvica. Acorde al examen rectal, no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas
Etapa IIIA	Sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina
Etapa IIIB	Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.
Etapa IV	La etapa IV implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal
Etapa IVA	Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.
Etapa IVB	Propagación a órganos distantes

*La profundidad de la invasión no debe ser mayor de 5 mm desde la base del epitelio, ya se origine en la superficie o en las glándulas. La invasión del espacio vascular, ya sea venosa o linfática, no debe alterar la clasificación.

Cáncer de vulva. Clasificación FIGO

ESTADIO I	Tumor igual o menor de 2 cm en su diámetro mayor, confinado a vulva y periné. No ganglios sospechosos.
ESTADIO II	Tumor mayor de 2 cm confinado a la vulva o periné. No ganglios sospechosos.
ESTADIO III	Lesiones que se extienden más allá de la vulva (uretra inferior, vagina o ano), pero sin ganglios sospechosos o bien lesiones T1 y T2 pero con afectación ganglionar uní o bilateral móviles.
ESTADIO IV	<ul style="list-style-type: none">• Estadio IV A: Lesiones que infiltran la mucosa rectal, vesical, uretra superior o el hueso pélvico; o bien, lesiones T3 con adenopatías fijas ulceradas.• Estadio IV B: Cualquier estadio con metástasis a distancia (M1).



Cáncer de ovario. Clasificación FIGO

Estadio I	<p>El tumor está limitado a los ovarios</p> <p>Ia, el tumor afecta a un sexo ovario y no hay ascitis. No existe tumor en la superficie externa, cápsula íntegra.</p> <p>Ib, el tumor afecta a ambos ovarios y no hay ascitis. No existe tumor en la superficie externa, cápsula íntegra.</p> <p>Ic, el tumor puede afectar a uno o los dos ovarios, pero el tumor afecta a la superficie de uno o los dos ovarios, o la cápsula está rota, o existe ascitis conteniendo células malignas o con lavado peritoneal positivo</p>
Estadio II	<p>El tumor afecta a uno o los dos ovarios con extensión a la pelvis</p> <p>Ila, hay extensión o metástasis en útero y/o trompas</p> <p>Ilb, Hay extensión del tumor a otros tejidos de la pelvis</p> <p>Ilc, el tumor puede adoptar la variedad del estadio Ila o Ilb, pero existe tumor en la superficie de uno o los dos ovarios, o con cápsula rota, o con ascitis conteniendo células malignas o con lavado peritoneal positivo.</p>
Estadio III	<p>El tumor afecta a uno o los dos ovarios con implantes fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos. Metástasis superficiales en hígado. El tumor esta limitado a la pelvis menor, pero con extensión histológicamente comprobada al intestino delgado o epiplón.</p> <p>IIIa</p> <p>El tumor está macroscópicamente limitado a la pelvis menor con ganglios negativos pero hay implantes microscópicos confirmados por histología en la superficie peritoneal en abdomen.</p> <p>IIIb</p> <p>El tumor afecta a uno o los dos ovarios con ganglios negativos, pero hay implantes macroscópicos confirmados por histología en la superficie</p>



	<p>peritoneal del abdomen, que ninguno excede de 2 cm de diámetro.</p> <p>IIIc</p> <p>Hay implantes en abdomen que miden más de 2 cm de diámetro, y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.</p>
Estadio IV	<p>El tumor afecta a uno o los dos ovarios con metástasis a distancia. Si existe derrame pleural debe ser citológicamente positivo. Metástasis en hígado intraparenquimatosas.</p>

Para valorar correctamente el pronóstico de los diferentes criterios que caracterizan los estadios Ic y IIc es conveniente conocer: si la detección de las células malignas procedían del (1) lavado peritoneal o (2) ascitis. Si la cápsula se rompió (1) espontáneamente o (2) la rompió el cirujano.