Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2020 marzo;88(3):187-193.

Neoplasia cervical intraepitelial tipo III, poshisterectomía supracervical laparoscópica: ventajas e inconvenientes de la conservación del cuello uterino en pacientes histerectomizadas

Cervical intraepithelial neoplasia type III after laparoscopic supracervical hysterectomy. Advantages and disadvantages of cervical conservation in hysterectomized patients.

Marta Romero-Matas,[1] Manuel Pantoja-Garrido,[1] Zoraida Frías-Sánchez,[2] Julián Jiménez-Gallardo,[1] María del Valle Aguilar-Martín,[1] Álvaro Gutiérrez-Domingo[3]

Resumen

ANTECEDENTES: Existen múltiples opciones para practicar una histerectomía: por vía vaginal, abdominal laparotómica, laparoscópica o robótica. En pacientes que van a intervenirse por enfermedad benigna puede hacerse mediante la extirpación del cuerpo uterino (histerectomía parcial o supracervical). La preocupación por la posible aparición de una lesión neoplásica en el muñón cervical remanente ha dado lugar a investigaciones acerca de las ventajas de la exéresis del cuello uterino (histerectomía total).

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, intervenida para histerectomía supracervical con salpingectomía bilateral laparoscópica, por útero miomatoso sintomático. Posterior a la cirugía apareció una lesión preneoplásica de alto grado; se le indicó conización cervical.

CONCLUSIÓN: Algunos expertos advierten que los riesgos de extirpar el cuello uterino son lo suficientemente notables como para optar por la técnica parcial en pacientes sin antecedentes de patología cervical, sobre todo si tienen cuadros adherenciales o endometriosis del tabique rectovaginal. Por el contrario, otros grupos indican que ante la baja tasa de complicaciones de la histerectomía total y la posibilidad de una patología neoplásica posterior, no está justificada la preservación cervical.

PALABRAS CLAVE: Histerectomía; laparoscopia; robótica; histerectomía supracervical; histerectomía total; conización cervical; endometriosis.

Abstract

BACKGROUND: There are multiple approaches to perform a hysterectomy; the classic vaginal route, the laparotomic abdominal or the newest endoscopic techniques, such as laparoscopic or robotic. In patients undergoing benign pathology, the technique can only be performed by removing the uterine body (subtotal or supracervical hysterectomy). However, the concern about the possible occurrence of a neoplastic lesion in the remaining cervical stump has led to investigations into the benefits of also performing the cervical exeresis (total hysterectomy). Our goal is to present a review on the current situation of the topic, concluding that there is still no scientific consensus on which technique is the most recommended.

CLINICAL CASE: 36-year-old woman who underwent supracervical hysterectomy with laparoscopic bilateral salpinguectomy due to symptomatic myomatous uterus. After surgery, he presented a high-grade preneoplastic lesion, which indicated that cervical conization was indicated.

CONCLUSION: Some experts argue that the risks of performing the removal of the cervix are notable enough to indicate subtotal technique in patients without a history of

[1] Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, España.
[2] Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Patología Mamaria, Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, España.
[3] Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, España.

Recibido: septiembre 2019
Aceptado: noviembre 2019

Correspondencia
Manuel Pantoja Garrido
pantoja_manuel@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Romero-Matas M, Pantoja-Garrido M, Frías-Sánchez Z, Jiménez-Gallardo J, Aguilar-Martín MV, Gutiérrez-Domingo A. Neoplasia cervical intraepitelial tipo III, poshisterectomía supracervical laparoscópica: ventajas e inconvenientes de la conservación del cuello uterino en pacientes histerectomizadas. Ginecol Obstet Mex. 2020 marzo;88(3):187-193.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3511

cervical pathology, especially if they have adhesion or endometriosis of the rectovaginal septum. On the contrary, other working groups indicate that cervical preservation is not justified due to the low complication rate of the total hysterectomy technique and the possibility of developing a subsequent neoplastic pathology.

KEYWORDS: Hysterectomy; Laparoscopy; Robotics; Supracervical Hysterectomy; Total Hysterectomy; Cervical conization; Endometriosis.

ANTECEDENTES

La histerectomía es la técnica quirúrgica que más se practica en el ámbito de la Ginecología.[1,2,3] Está indicada en procesos malignos o benignos; las causas más frecuentes son: el sangrado uterino anómalo, los leiomiomas uterinos, la hiperplasia endometrial, la adenomiosis o el prolapso uterino.[1] Existen variaciones de la técnica: total o subtotal (conservando el cuello uterino) y con o sin salpingectomía-anexectomía asociada, en función de la indicación y los hallazgos operatorios.[1] La conservación cervical durante la histerectomía tenía como propósito evitar infecciones, sangrados y disminuir la complejidad de la intervención. Con los años se ha experimentado un cambio en la práctica de esta cirugía; ahora predomina la extirpación del cuello uterino porque se han conseguido notables avances en la técnica quirúrgica y en medidas antisépticas, además de la creciente preocupación por la aparición de lesiones neoplásicas en el muñón cervical residual, motivo por el que algunas sociedades científicas, como el American College Obstetrics and Gynecology (ACOG) defienden la práctica de la técnica total.[4] Por ello, durante años solo se consideró aceptable la histerectomía parcial en pacientes con cuadros adherenciales graves o endometriosis del tabique rectovaginal, en quienes la técnica total era más difícil y podría suponer grandes complicaciones quirúrgicas.[2] En la actualidad, debido a los progresos en la vía endoscópica y en la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la histerectomía parcial se ha convertido en una opción aceptable[3] porque es una técnica que cuenta con grandes ventajas: seguridad, reducción del tiempo quirúrgico y escasa tasa de complicaciones.[5]

En esta breve revisión bibliográfica se hace un análisis pormenorizado de la bibliografía con la intención de extraer conclusiones de los estudios más recientes y relevantes acerca de diferentes aspectos quirúrgicos a la hora de practicar una exéresis uterina por causas benignas. Se analizan las ventajas e inconvenientes de las técnicas quirúrgicas existentes y su relación con la aparición de lesiones neoplásicas en cuellos uterinos residuales en las histerectomías parciales. Se recurrió, como eje conductor, a un caso clínico relacionado con el tema.

CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años, en seguimiento en la consulta externa de Ginecología general del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Antecedentes personales: alergias medicamentosas desconocidas, sin hábitos tóxicos ni enfermedad alguna reconocida. Catorce meses antes fue intervenida para histerectomía supracervical, con salpingectomía bilateral laparoscópica, indicada por útero miomatoso y hemorragia uterina disfuncio-

https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3511

nal resistente al tratamiento médico. Como métodos anticonceptivos había recurrido al dispositivo intrauterino de cobre y a los hormonales orales. Antecedentes obstétricos: embarazo único que finalizó mediante parto. Después de la intervención la paciente comenzó a tener sangrados menstruales cíclicos, por eso en las consultas siempre se le efectuaron exploraciones ginecológicas completas, ecografía pélvica transvaginal y citología cervical (la previa se tomó dos años antes de la intervención, con reporte negativo para malignidad). Todas las pruebas se reportaron normales, excepto una lesión intraepitelial de alto grado (HSIL) en la citología, motivo por el que fue derivada a la Unidad de Patología Cervical donde se completó la anamnesis y quedó de manifiesto que la paciente había tenido la menarquia a los 12 años y había iniciado relaciones sexuales a los 16; había tenido 7 parejas diferentes a lo largo de su vida (al final una pareja estable); no recibió la vacuna contra el VPH. En el estudio colposcópico cervical se observó una zona de transformación tipo I, con zonas de vascularización anómala. Después de la tinción con ácido acético se observaron cambios menores en forma de punteado fino, de aparición temprana, yodonegativos a la aplicación de lugol. Ante estos hallazgos se tomaron varias biopsias cervicales y se reportó: *neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (CIN III)* (**Figura 1**). Las recomendaciones fueron: conización cervical, vacunación contra VPH y uso de preservativo hasta la finalización del proceso. El procedimiento se llevó a cabo en forma ambulatoria mediante resección con asa de diatérmica, sin complicaciones intraoperatorias ni posteriores. El reporte anatomopatológico del cono cervical resecado fue compatible con NIC III, sin bordes quirúrgicos afectados. En la actualidad la paciente permanece en seguimiento en la Unidad de Patología Cervical, sin nuevos hallazgos.

DISCUSIÓN

Existen múltiples vías de acceso para efectuar una histerectomía, cada una de ellas con diferentes indicaciones, ventajas e inconvenientes. La primera histerectomía vaginal la realizó Conrad Langenbeck, en 1813. Años más tarde Walter Burnham, en 1853, practicó la primera histerectomía abdominal parcial. Diez años después, enseguida de la publicación de un artículo de Koeberle en el que se describía la disminución del sangrado con la ligadura de la arteria uterina, Charles Clay modificó la técnica añadiendo la extirpación del cuello uterino.[1] En 1929, Richardson estandarizó la técnica y publicó oficialmente su procedimiento.[2] La primera histerectomía por vía laparoscópica es mucho más reciente, data de 1988, efectuada por Harry Reich.[1,2]

La técnica vaginal es la vía natural de la cirugía ginecológica por sus ventajas y escasas complicaciones. Ha sido la técnica de elección por antonomasia; sin embargo, la facilidad y reproducibilidad de la técnica está directamente relacionada con la existencia de prolapso uterino. Por este motivo, esta vía de acceso fue descartada en nuestra paciente porque no tenía estructuras pélvicas prolapsadas.

Se recurre a la vía laparotómica para tratar cualquier tipo de afección maligna o benigna. Sus ventajas son varias: visualización del campo quirúrgico, contacto directo con los tejidos y la posibilidad de un instrumental más económico (mayoritariamente es inventariable). En cuanto a la vía laparoscópica, se trata de una técnica más costosa, aunque hay que tener en cuenta que supone un ahorro en la estancia hospitalaria porque la recuperación de la paciente y su reincorporación a la vida cotidiana suele ser más pronto.[6] La laparoscopia tiene la dificultad de que la visualización del campo

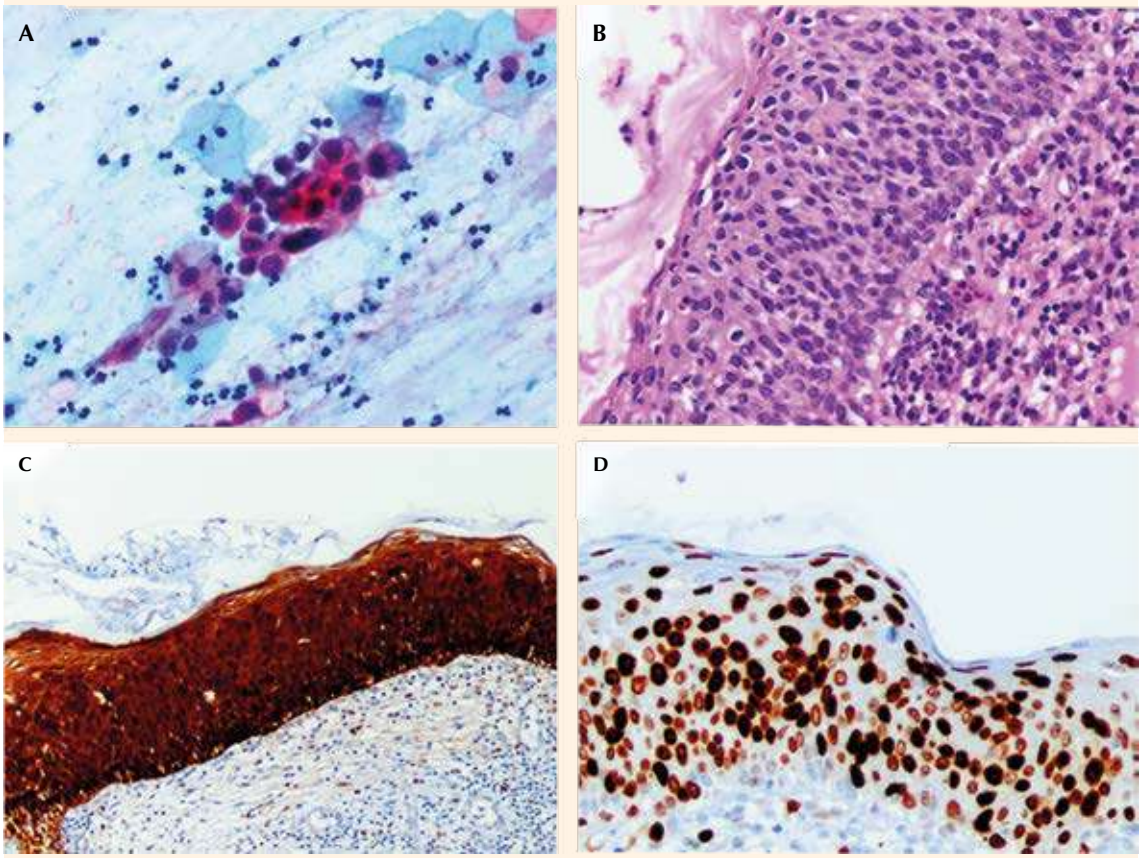


Figura 1. Neoplasia cervical intraepitelial de alto grado (NIC III, displasia grave). **A)** Citología cervical donde se aprecian células escamosas superficiales y parabasales con aumento en la relación núcleo-citoplasma. Se observa hipercromasia nuclear y anisocariosis con núcleos irregulares y queratinización (*Papanicolau*, 10x). **B)** Biopsia cervical donde se aprecia pérdida de la maduración normal del epitelio. Se observan células displásicas en todo el espesor del epitelio y figuras de mitosis. Esto es compatible con displasia severa (NIC III) (HE, 40x). **C)** Intensa inmunotinción para p16 en todo el espesor del epitelio. Este hallazgo indica infección por VPH. (p16, 20x). **D)** En esta imagen, con la técnica inmunohistoquímica Ki67, se pone de manifiesto la alta tasa de proliferación, incluso a las capas más superficiales del epitelio, lo que indica pérdida total de la maduración (Ki67, 40x).

es en una pantalla, en dos dimensiones, por lo que hay que familiarizarse con la técnica, la curva de aprendizaje es más larga para el cirujano, pero puede llevarse a cabo con una alta seguridad si la paciente ha sido correctamente seleccionada.[6] Como ventajas aporta la visión completa de toda la cavidad abdominal, menor riesgo de sangrado, infecciones, fenómenos tromboembólicos y adherencias postquirúrgicas. Además, las pacientes suelen quedar más satisfechas porque el posoperatorio es mejor tolerado, con menos dolor y cicatrización y restauración de la vía gastrointestinal más temprana. En la paciente del caso la indicación de histerectomía se sustentó en la existencia de útero miomatoso asociado con metrorragias

https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3511

anemizantes. Puesto que se trataba de una paciente con deseos reproductivos cumplidos, se indicó la histerectomía parcial, con doble salpingectomía, preservando ambos ovarios por ser una mujer joven, premenopáusica. La vía de acceso elegida fue la laparoscópica, por todas las ventajas descritas y porque cumplía criterios adecuados para esa técnica.

Existen numerosas investigaciones de las ventajas y desventajas de la histerectomía total o parcial. Uno de los trabajos más destacables fue publicado por Cochrane en 2012.[2] Se trata de una revisión de ensayos controlados, con asignación al azar, de pacientes con patología ginecológica benigna en quienes se había aplicado una u otra técnica. Su objetivo fue comparar los desenlaces en cuanto a complicaciones intra y posoperatorias. Concluyeron que tanto el tiempo quirúrgico como el riesgo de febrícula y sangrado durante la intervención son menores con la histerectomía parcial,[2,7] sin observarse diferencias en la necesidad de trasfusión sanguínea posoperatoria, estancia hospitalaria, tiempo de recuperación o necesidad de reingreso, independientemente de la técnica practicada. Tampoco existían diferencias en cuanto a dolor posquirúrgico, infección de la herida, lesiones urinarias, obstrucciones intestinales o prolapso vaginal. En cambio, se observaron diferencias en las pacientes con sangrado cíclico luego de un año de la cirugía, que fue más frecuente en las que se conservó el cuello uterino.[2,7] Este es un tema en el que la mayoría de los autores está de acuerdo porque parece ser un síntoma común, independientemente de si la histerectomía se efectuó por vía laparotómica o laparoscópica.[5] La paciente del caso motivo de ejemplo es una muestra clara de esos síntomas porque refería, precisamente, sangrados menstruales cíclicos luego de la histerectomía parcial, por lo que se le hizo una valoración ginecológica completa, con reporte de lesión intraepitelial de alto grado en el estudio citológico del cuello uterino. Por lo que hace a la calidad de vida, las pacientes refirieron que fue mejor después de la cirugía, con independencia de si la histerectomía era total o parcial.[2,4]

Algunos estudios plantean la hipótesis de que al extirpar el cuello uterino durante la histerectomía, pueden dañarse estructuras nerviosas y de soporte pélvico,[2] lo que puede ocasionar problemas urinarios, intestinales o sexuales.[2,4,8] Por ello defienden la técnica subtotal, por menor riesgo de lesionar estructuras adyacentes.[2,5] Varios de los estudios más representativos de esta revisión Cochrane concluyen que no existen diferencias significativas en cuanto a prevalencia de incontinencia urinaria a largo plazo, estreñimiento ni afectación de la función sexual entre ambos grupos.[2,4]

El dolor pélvico crónico es uno de los síntomas más prevalentes en las pacientes con endometriosis. Algunos expertos defienden que en estas pacientes debe practicarse, en caso de estar indicada, la histerectomía parcial por los riesgos quirúrgicos secundarios a las adherencias pélvicas.[2] En el lado contrario están los estudios que concluyen que la endometriosis es una contraindicación para la histerectomía parcial debido a la mayor persistencia del dolor pélvico crónico.[5] Esto puede estar relacionado con la preservación del muñón cervical porque se ha demostrado la existencia de tejido endometriósico en el análisis histológico del cuello uterino en pacientes reintervenidas para su extirpación, sin conseguirse en la mayoría de los casos la desaparición de los síntomas.[5]

Si se compara el riesgo de cáncer cervical residual entre ambos grupos, la Cochrane concluye que el seguimiento de las pacientes en los estudios analizados no fue suficientemente prolongado como para establecer conclusiones.[2] Los autores a favor de la histerectomía supracervical argumentan que no estaría justificado

realizar por sistema la extirpación cervical por el riesgo de cáncer porque menos de 0.3% de las pacientes con citología previa normal lo padecerán.[2] El riesgo de aparición de una neoplasia en el muñón cervical es muy bajo, comparable con el de padecer carcinoma de vagina luego de una histerectomía total por indicación benigna. Sin embargo, parece justificado aconsejar la histerectomía total en caso de mujeres con antecedentes de lesiones cervicales de alto grado, porque constituyen un grupo de riesgo de neoplasias posteriores. Estas neoplasias, generalmente, son de origen epitelial,[8] como en nuestra paciente (que tuvo una neoplasia intraepitelial grado III). El tiempo promedio entre la realización de una histerectomía parcial y el diagnóstico de una neoplasia cervical residual es de 26.6 años, con supervivencia a 5 años del diagnóstico de 77%.[8] Los estudios que reportan casos de cáncer cervical luego de la histerectomía parcial exponen que la mayoría de esas pacientes no habían tenido revisiones ginecológicas regulares después de la intervención, ni se habían practicado correctamente las técnicas de detección temprana de cáncer de cuello uterino (citología y determinación de ADN de VPH).[6] Uno de los estudios revisados expone el caso de una paciente de 51 años a quien se le había practicado una histerectomía parcial por útero miomatoso y que posteriormente tuvo una neoplasia cervical[3]. Se concluye que en casos como éste, que contaba con citologías previas a la histerectomía negativas, hubiera dado información adicional la determinación de ADN de VPH porque se trata de una medida de tamizaje que ha demostrado su utilidad en numerosos estudios.[9,10] Por tanto, proponen efectuar esta determinación a todas las pacientes a quienes va a practicarse histerectomía por patología benigna; con esto se consiguen más datos para cuantificar el riesgo de neoplasia futura. La paciente del caso ejemplificado podría haberse beneficiado de lo anteriormente indicado porque dos años antes de la cirugía se habían practicado estudios citológicos con reporte dentro de la normalidad. De la misma manera puede ser interesante plantear la vacunación contra VPH en las pacientes a quienes se practicará histerectomía parcial porque es una medida que ha demostrado que puede evitar, incluso, 90% de NIC III y 97% de cánceres invasivos, si se ha completado la pauta nonavalente aconsejada.[9,10,11] La paciente del caso no estaba vacunada, por lo que después de la conización se recomendó esta medida profiláctica.

Por último, se han llevado a cabo estudios para valorar los factores que han influido en la toma de decisiones de las pacientes a la hora de practicar la histerectomía total o supracervical,[3,4] el más importante es la información aportada por el médico.[4] Si ésta es adecuada y comprensible, aumenta la satisfacción de la paciente y disminuye su preocupación por una neoplasia cervical posterior (si se practica la técnica parcial).[5] Sin embargo, algunos trabajos describen que solo 18% de los cirujanos han explicado detenidamente las ventajas e inconvenientes de extirpar o preservar el cuello uterino,[4] algo que debemos mejorar considerablemente.

CONCLUSIONES

Si bien se han publicado numerosos estudios que comparan las ventajas de la histerectomía total o parcial en pacientes con patología ginecológica benigna, aún no existe un consenso de si una técnica es superior a la otra. La técnica parcial ofrece ventajas de menor tiempo operatorio, de complicaciones durante la cirugía, sangrado o fiebre. Sin embargo, no existe evidencia de que se evite el daño a las estructuras adyacentes y se preserve el cuello uterino y, además, los diferentes estudios coinciden en que estas pacientes tienen, con más frecuencia, sangrado cíclico continuo. Está demostrado que, si existe un adecuado control mediante revisiones ginecológicas y estudios citológi-

https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3511

cos, el riesgo de neoplasia cervical residual es mínimo. Por tanto, la decisión del tipo de intervención no debe basarse en el riesgo posterior de sufrir cáncer de cuello uterino porque éste es mínimo, en ausencia de antecedentes de lesión preneoplásica. Hacen falta más estudios debidamente diseñados, con asignación al azar, para obtener conclusiones más precisas de la diferencia de una y otra técnica.

REFERENCIAS

1. Papadopoulos MS, et al. Hysterectomy: Current Methods and Alternatives for Benign Indications. Obstet. Gynecol Int 2010; 2010. https://doi.org/10.1155/2010/356740.
2. Lethaby A, et al. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2012 Apr 18; (4): CD004993. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004993.pub3.
3. Ford JF, Feinstein SM. Human Papillomavirus Testing Before Elective Supracervical Hysterectomy. J Low Genit Tract Dis 2005; 9 (4): 230-1. doi: 10.1097/01.lgt.0000179863.52327.87.
4. Pouwels NS, et al. Cervix removal at the time of hysterectomy: factors affecting patients' choice and effect on subsequent sexual function. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015; 195: 67-71. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.09.040.
5. Okaro EO, et al. Long-term outcome following laparoscopic supracervical hysterectomy. BJOG 2001; 108 (10): 1017-20. https://doi.org/10.1016/S0306-5456(01)00252-2.
6. Bojahr B, et al. Laparoscopic Supracervical Hysterectomy: a Retrospective Analysis of 1000 Cases. JSLS 2009; 13 (2):129-34.
7. Iftikhar R. The outcome of subtotal abdominal hysterectomy. J Coll Physicians Surg Pak. 2005; 15 (10): 594-6.
8. Farley JH, Taylor RR. Cervical Carcinosarcoma Occurring after Subtotal Hysterectomy, a Case Report. Gynecol Oncol 1997; 67 (3): 322-4.
9. Stumbar SE, et al. Cervical Cancer and Its Precursors: A Preventative Approach to Screening, Diagnosis, and Management. Prim Care 2019; 46 (1): 117-34. doi: 10.1016/j.pop.2018.10.011. https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.10.011.
10. Castle PE, Pierz A. Once in Her Lifetime: Global Cervical Cancer Prevention. Obstet Gynecol Clin North Am 2019; 46 (1): 107-23. doi: 10.1016/j.ogc.2018.09.007. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.09.007.
11. Egli-Gany D, et al. Human papillomavirus genotype distribution and socio-behavioral characteristics in women with cervical precancer and cancer at the start of a human papillomavirus vaccination program: the CIN3+ plus study. BMC Cancer 2019; 19 (1): 111. doi: 10.1186/s12885-018-5248-y.