

**CIRUGIA DE WERTHEIM–MEIGS EN CANCER DE
CUELLO UTERINO: ANÁLISIS COMPARATIVOS DE DOS
COHORTES HISTÓRICAS. 30 AÑOS DE EXPERIENCIA.**

**WERTHEIM–MEIGS SURGERY IN CERVICAL
CANCER: COMPARATIVE ANALYSIS OF TWO HISTORICAL
COHORTS. 30 YEARS OF EXPERIENCE.**

MIRANDA BARDA¹

CARLA GAZZONI²

LORENA CARCELLER³

PABLO GARCIA⁴

CAROLINA CORTELLETTI⁵

BRENDA FERREYRA⁶



RESUMEN

Introducción: El diagnóstico de CCU se realiza en estadios tempranos permitiendo realizar un tratamiento curativo. La operación de Wertheim-Meigs es el tratamiento de elección en estos casos.

Objetivo: Describir características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes tratados con cirugía de WM durante un período de 30 años comparando dos cohortes.

¹ Médica Residente de Tocoginecología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende. Mar del Plata.

² Especialista en Ginecología. Medica de Planta y Coordinadora Docente de la Residencia de Tocoginecología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende. Mar del Plata. E-mail: gazzonicarla@gmail.com

³ Especialista en Patología del Tracto Genital Inferior. Medica de plata del Hospital Interzona General de Agudos Dr. Oscar Alende. Mar del Plata.

⁴ Especialista en Ginecología y Mastologo. Jefe de Servicio de Ginecología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr, Oscar Alende. Mar del Plata. E-mail: garciamdp@hotmail.com

⁵ Especialista en Ginecología. Jefa de Sala de Internacion del servicio de Ginecología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende. Mar del Plata.

⁶ Especialista en Ginecología. Medica de Planta del Servicio de Ginecología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende. Mar del Plata.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 140 pacientes con CCU en estadios iniciales tratadas en HIGA “Dr. Oscar Alende”. Se analizaron variables demográficas, histológicas, técnica quirúrgica, complicaciones, adyuvancia, seguimiento y recidivas en dos cohortes diferentes: Grupo 1 tratadas entre 1995-2014 y Grupo 2 entre 2015-2025.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes en el Grupo 1 y 56 en el Grupo 2. La media de edad fue 42,1 vs. 40,9 años, predominó el carcinoma escamoso 79,8% y 94,6%, y el 86% y 82,2% el estadio IB. La incisión Pfannenstiel y la preservación ovárica fue mayor en el Grupo 2 (66,1% vs. 42%). La tasa global de complicaciones fue similar (25% vs. 28,6%). Se encontraron parametrios libres en 89.3% en el grupo 1 y el 94.6% en el grupo 2. Las recidivas fueron comparables (9,5% vs. 10,7%) y la mortalidad disminuyó en la última década 4,7% vs. 1,8%.

Conclusión: La cirugía continúa siendo un excelente tratamiento para estadios iniciales. La modernización de la técnica quirúrgica, la formación continua de diferentes equipos y la conservación ovárica prioriza la calidad de vida en pacientes con buenos resultados oncológicos.

Palabras claves: Cáncer cérvicouterino, Operación Wertheim-Meigs, Histerectomía.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer (CC) diagnosed at early stages allows curative treatment. The Wertheim–Meigs procedure is the treatment of choice in these cases.

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and surgical characteristics of patients treated with WM surgery over a 30-year period, comparing two cohorts.

Materials and Methods: Observational, descriptive, and retrospective study. A total of 140 patients with early-stage CC treated at HIGA “Dr. Oscar Alende” were included. Demographic and histological variables, surgical technique, complications, adjuvant therapy, follow-up, and recurrences were analyzed in two different cohorts: Group 1, treated between 1995–2014, and Group 2, treated between 2015–2025.

Results: Eighty-four patients were included in Group 1 and fifty-six in Group 2. Mean age was 42.1 vs. 40.9 years; squamous cell carcinoma predominated (79.8% and 94.6%), and stage IB accounted for 86% and 82.2% of cases. Pfannenstiel incision and ovarian preservation were more frequent in Group 2 (66.1% vs. 42%). The overall complication rate was similar between groups (25% vs. 28.6%). Negative parametria were observed in 89.3% of Group 1 and 94.6% of Group 2. Recurrence rates were comparable (9.5% vs. 10.7%), and mortality decreased in the last decade (4.7% vs. 1.8%).

Conclusion: Surgery remains an excellent treatment option for early-stage disease. The modernization of surgical techniques, continuous training of different teams, and strategies for ovarian preservation prioritize quality of life while maintaining favorable oncologic outcomes.

Keywords: Cervical cancer, Wertheim-Meigs operation, Hysterectomy.

Fecha de recepción: 29/04/2026

Fecha de aceptación: 23/06/2026

Introducción

A nivel mundial, el CCU constituye el cuarto cáncer más frecuente entre las mujeres, con más de 660.000 casos nuevos estimados en 2024. Ese mismo año, alrededor del 94% de las 350.000 muertes atribuidas a esta enfermedad ocurrieron en países de ingresos bajos y medios, donde persisten barreras estructurales para la prevención, el diagnóstico temprano y el acceso a tratamientos adecuados. Las tasas más elevadas de incidencia y mortalidad se concentran en África Subsahariana, América Central y el Sudeste Asiático, y más de la mitad de los casos se diagnostican en estadios avanzados.¹

En la República Argentina, el CCU ocupa el segundo lugar dentro del grupo de cáncer ginecológico, tanto en tasa de incidencia como de mortalidad. La causa principal del cáncer de cuello uterino es la infección persistente con tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (HPV, por su sigla en inglés), aunque existe una proporción significativa de CCU no asociados al mismo, en especial en los adenocarcinomas. Por esta razón, la última edición de la

clasificación de tumores ginecológicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) divide a los CCU en HPV relacionados y HPV independientes.²

El HPV es un virus ADN que infecta las células epiteliales (orofaringe, cuello uterino, vagina, vulva, ano y pene) y se considera una infección de transmisión sexual. Ingresa a través de microabrasiones o heridas del epitelio genital e infecta las células basales de la zona de transformación del cuello uterino en donde se encuentran las células en renovación continua. Aunque la mayoría de las infecciones genitales por HPV desaparecen espontáneamente entre 6 y 12 meses, una pequeña proporción de mujeres desarrollan infección persistente. Es discutible si el virus se elimina por completo o si permanece latente en las células basales con potencial de reactivación en algunos casos.³

Actualmente se conocen más de 200 genotipos de HPV, los subtipos 6 y 11 causan el 90% de las verrugas genitales o condilomas acuminados y los subtipos 16 y 18 son causantes del 70% de casos de CCU en todo el mundo. Los tipos de HPV 31, 33, 45, 52 y 58 representan otro 19% de los casos de cáncer de cuello uterino. Si bien la infección persistente por el virus del HPV se asocia al desarrollo de lesiones precancerosas, el comportamiento sexual, la alteración inmunitaria, el tabaquismo, los cambios hormonales, las coinfecciones con otros organismos, la microbiota y la carga potencial de infecciones inactivas o latentes influyen en la historia natural de la enfermedad. El CCU se considera un problema de salud pública.

Cada vez más países incrementan estrategias como la vacunación profiláctica contra el HPV, el screening y tratamiento de las lesiones precancerosas y el diagnóstico en estadios tempranos logrando así realizar un tratamiento curativo.^{4,5,6}

Históricamente, las opciones quirúrgicas en CCU se basaban en las descritas por Rutledge y Piver 2008. En la actualidad, se utiliza la clasificación presentada por Querleu y Morrow (2009) modificada por Cibula en (2011), que representa una clasificación más actualizada que cuenta con cuatro variantes (Tipo A, B, C y D) y considera la radicalidad de la histerectomía, la preservación nerviosa y la disección ganglionar. Esta clasificación puede ser adaptada a cualquier vía de abordaje (laparotómica, vaginal, laparoscópica o robótica).⁷

Dentro de los distintos tipos de tratamiento quirúrgico, la histerectomía radical con preservación nerviosa incluye la resección total del útero, más el tejido conectivo y vasculo linfático paracervical / parametrios, más un mango vaginal, con o sin ovarios, con el agregado de la linfadenectomía pelviana clásica o con ganglio centinela bilateral: operación de Wertheim-Meigs (vía abdominal), operación de Schauta Amreich (vía vaginal) u operación laparoscópica o robótica (tipo III o C1).

Según las guías clínicas del National Comprehensive Cancer Network (NCCN), la histerectomía radical es el tratamiento de elección en pacientes con:

- Cáncer de cuello uterino estadio IA1 con invasión del espacio linfovascular
- Cáncer de cuello uterino en estadio IA2 en pacientes no interesadas en conservar su fertilidad
- Cáncer de cuello uterino estadio IB1
- Cáncer de cuello uterino estadio IIA1
- Después de la quimioterapia o radioterapia en casos de enfermedad avanzada localmente (normalmente tumores cervicales en estadio IIB)
- Cáncer de endometrio estadio II

La nueva clasificación del 2011 distingue el tipo C1 que se corresponde con una técnica modificada con preservación nerviosa (para prevenir las complicaciones vesicales), el C2, que tiene como objetivo una resección parametrial completa. ⁸

La tasa de curación (en ausencia de indicaciones para tratamiento adyuvante) está por encima del 90%. Las ventajas del tratamiento quirúrgico sobre la radioterapia es que se preserva la función ovárica, permite evaluar directamente los ganglios linfáticos, no afecta a la longitud vaginal funcional y se asocia a un perfil de morbilidad aceptable. ⁹

Este estudio se lleva a cabo en el Servicio de Ginecología del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende”, centro de referencia regional para su diagnóstico

integral y tratamiento óptimo del CCU. Se realizó un análisis retrospectivo con seguimiento de 30 años de las cirugías realizadas en estadios iniciales con indicación quirúrgica, con el propósito de describir los resultados obtenidos, comparar periodos y aportar evidencia local en el abordaje de esta patología para la toma de decisiones.

Material y métodos

Objetivo general

Describir las características y resultados de las pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas con cirugía de Wertheim–Meigs como tratamiento primario en el período analizado en nuestro servicio incluyendo la comparación entre dos cohortes históricas (1995-2014 y 2015-2025)

Objetivos específicos

- Caracterizar los aspectos epidemiológicos generales de las pacientes intervenidas.
- Identificar y describir las complicaciones postoperatorias asociadas al procedimiento.
- Evaluar los hallazgos de anatomía patológica en las piezas quirúrgicas obtenidas.
- Analizar la frecuencia de recidivas durante el seguimiento de las pacientes incluidas.
- Comparar resultados quirúrgicos, anatomopatológicos y de seguimiento entre el grupo 1 (1995-2014) y el grupo 2 (2015-2025) identificando diferencias en perfiles clínicos y prácticas quirúrgicas.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y de corte transversal, en el que se incluyeron a pacientes tratadas en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Dr Alende de Mar del Plata, en el servicio de ginecología sección patología del tracto genital inferior (PTGI) y que tuvieron diagnóstico de cáncer de cuello uterino en estadios inicial con posibilidad de tratamiento quirúrgico entre el 1994-2025

La población objetivo fueron pacientes a las que se le realizó la operación de WM por diagnóstico de CCU en el periodo de tiempo de 30 años. Se realizó la comparación de los nuevos resultados con los presentados anteriormente en 2014 identificándose Grupo 1 (1995-2014) y Grupo 2 (2015-2025)

Se excluyeron en el estudio aquellas pacientes que no se encontraban correctamente identificadas o que no se pudieron obtener datos archivados en las historias clínicas físicas del archivo del Hospital.

Para el análisis de los resultados se tuvieron en cuenta en cada grupo distintas variables como la edad de la paciente, año de diagnóstico, tipo histológico, estadificación FIGO, equipo quirúrgico, tipo de incisión, conservación ovárica, compromiso parametrial y linfático, complicaciones post operatorias, seguimiento y recidiva.

La estadificación se realizó según la clasificación vigente de la FIGO con examen ginecológico y tacto rectal para cada grupo, sumándose estudios por imágenes en el Grupo 2. La fecha de diagnóstico se determinó por la fecha que fue informada la anatomía patológica.

Resultados

Se incluyeron un total de 140 pacientes tratadas con cirugía de WM como tratamiento primario para CCU entre los años 1995 a 2025, de las cuales 84 pertenecen a la primera etapa de evaluación (GRUPO 1, 1995-2014) y 56 a la segunda etapa (GRUPO 2, 2015-2025). El rango de edad al momento del diagnóstico fue entre los 25 a 66 años con una edad media de 42,1 años y una mediana de 42 años para el grupo 1 y de 24 a 64 años, con una edad media de 40,9 y una mediana de 41 años para el grupo 2.

En el año 1995 se realizaron 2 cirugías en total (2.2%). En 1996 se diagnosticaron 4 pacientes y se completó la cirugía solo en 3 ya que una presentaba infiltración tumoral (3.3%). En 1997 se operaron un total de 5 pacientes (5.6%) y en 1998 9 pacientes (10%). En 1999 se llevó a cabo 6 cirugías (6.7%). En 2020 se registraron 3 pacientes operadas (3.3%). En 2021 se realizó tratamiento quirúrgico en 4 pacientes (4.4%). En el año 2002 no se realizaron cirugías.

En 2003 se diagnosticaron y operaron 3 pacientes (3.3%) y en 2004 un total de 4 pacientes (4.4%). En 2005 se operaron 2 pacientes (2.2%). En 2006 se diagnosticó sólo un caso que se operó dicho año (1.1%). En 2007 el registro es de 10 cirugías en total (11.1%). En 2008 se realizó tratamiento quirúrgico en 6 pacientes (6.7%). En 2009 se llevó a cabo 12 cirugías (13.3%). En 2010 y 2011 se realizaron 4 cirugías cada año (4.4% por año). En 2012 sólo se detectó y

operó 1 caso (1.1%). En 2013 y 2014 el registro es de 7 pacientes por año, pero solo se completó la cirugía en 5 (5.6%) y 6 pacientes (6.7%) respectivamente por constatarse durante el acto quirúrgico infiltración tumoral (FIGURA 1)

N° CIRUGIAS

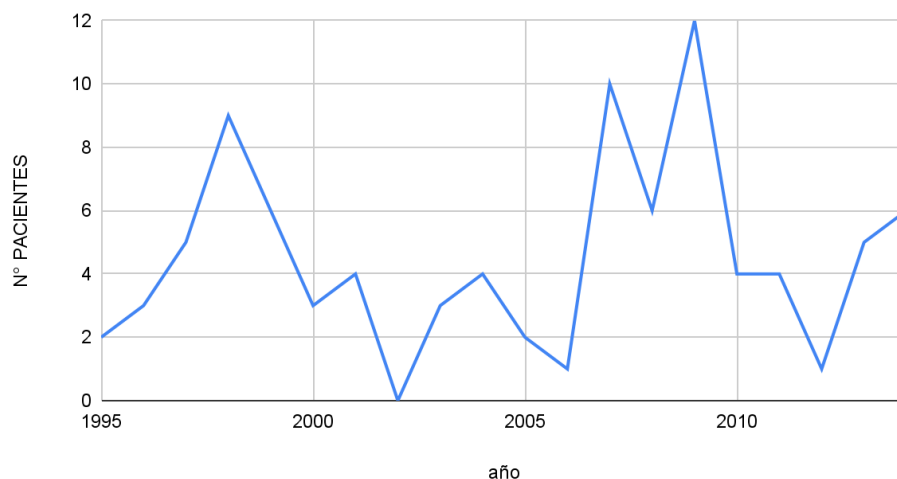


FIGURA 1. Pacientes con cáncer de cuello uterino que fueron tratadas con cirugía de Wertheim–Meigs, ajustado por año (GRUPO 1).

El análisis de los datos a lo largo de un periodo de 20 años muestra una gran variabilidad, sin una tendencia clara o constante a largo plazo. El pico máximo se registró en 2009 alcanzando las 12 cirugías, seguido por 2007 con 10 días. Mientras que los periodos más bajos de actividad quirúrgica se registraron entre 2000-2002 y 2012-2013.

En el 2015 se diagnosticó un solo caso, el cual fue operado ese mismo año (1.8%). En 2016 se operaron un total de 4 pacientes (7.1%). En 2017 se registraron 3 cirugías (5.4%). En 2018 y 2019 se diagnosticaron y operaron un total de 8 pacientes por cada año (14.3% cada año).

En el 2020 se llevó a cabo 5 cirugías (8.9%) y las 2021 2 cirugías (3.5%). En 2022 se registraron 4 pacientes operadas (7.1%). En 2023 se realizó tratamiento quirúrgico en 3 pacientes (5.4%). En 2024 el registro fue de 8 operaciones (14.3%). Finalmente, hasta el momento actual

del año en curso, se realizaron 10 cirugías (17.9%) siendo este año el año con más cirugías realizadas en los últimos 10 años. No se cuenta con cirugías pendientes al momento de realizar dicho trabajo.

Con los datos obtenidos se puede observar la tendencia y las fluctuaciones en el número de cirugías realizadas a lo largo de los años, detectando 2 picos en 2018-2019 y 2025 (FIGURA 2).

Entre 2019-2021 se detecta una caída de los casos diagnosticados en estados iniciales, probablemente asociado a la pandemia de COVID-19.

Nº CIRUGIAS POR AÑO

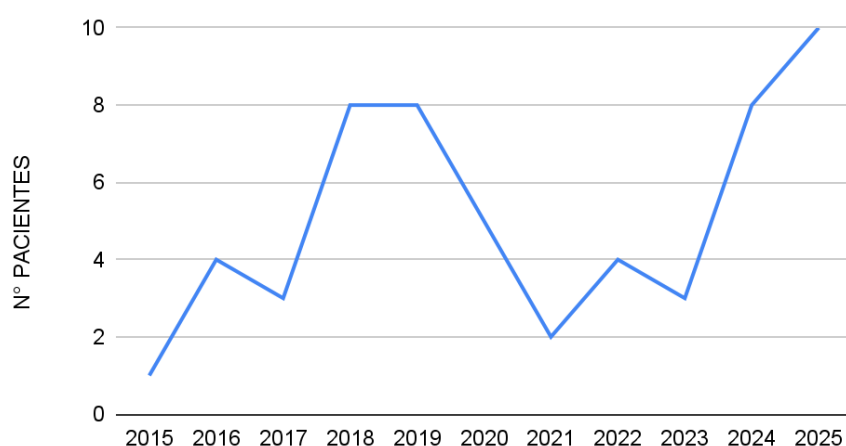


FIGURA 2. Pacientes con cáncer de cuello uterino que fueron tratadas con cirugía de Wertheim–Meigs, ajustado por año (GRUPO 2)

La distribución de los tipos histológicos analizados está fuertemente marcada por el carcinoma escamoso, que constituye la inmensa mayoría de los casos, en el grupo 1 el 79,8% (67/84) y en el grupo 2 el 94.6% (53/56). El adenocarcinoma es el tipo menos frecuente en la muestra, representado solo por el 20,2% (17/84) del grupo 1 y el 5.4% (3/56) del grupo 2. (FIGURA 3 y FIGURA 4)

TIPO HISTOLOGICO

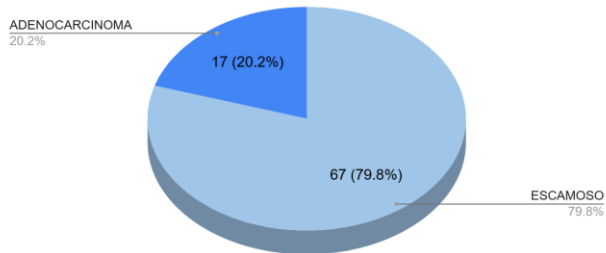


FIGURA 3. Distribución porcentual de los tipos histológicos (GRUPO 1)

TIPO HISTOLOGICO

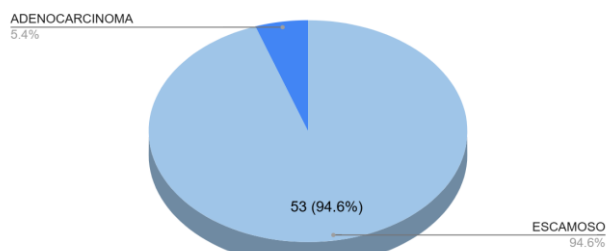


FIGURA 4. Distribución porcentual de los tipos histológicos (GRUPO 2)

Analizando los datos del total de las pacientes con diagnóstico temprano de CCU, según la clasificación de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) la mayoría de los casos de ambos grupos se concentra en los estadios IB (IB1 y IB2), representando el 86% en el grupo 1 (FIGURA 5) y el 82.2% en el grupo 2 (FIGURA 6)

En el grupo 1 el 44% de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios IB1 mientras que en el grupo 2, 42,9 % pacientes fueron diagnosticadas en estadio IB1, siendo este el estadio el más frecuente en ambos grupos.

ESTADIFICACION FIGO

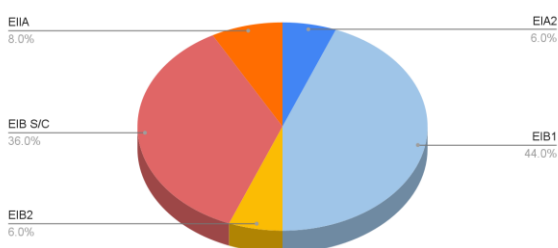


FIGURA 5. Distribución porcentual según estadio FIGO (GRUPO 1)

ESTADIFICACION FIGO

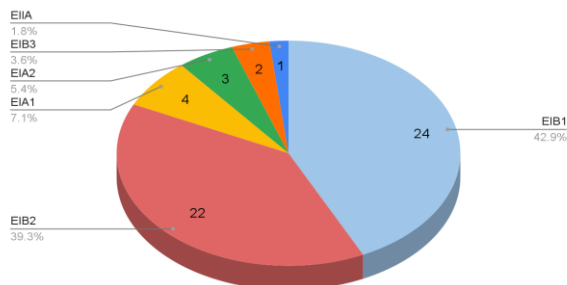


FIGURA 6. Distribución porcentual según estadio FIGO (GRUPO 2).

La gran mayoría de las cirugías fue llevada a cabo por un mismo equipo quirúrgico en el 73% de los casos en el grupo 1 (FIGURA 7) y en el 64.3% (FIGURA 8, representado con letra A), coincidiendo al menos 2 de los 3 cirujanos ginecológicos, considerado como el más estable y permanente en nuestra institución, reflejando la estandarización en la ejecución de los actos quirúrgicos.

Los restantes miembros son equipos rotatorios (equipos B-G), conformados por al menos 1 miembro del equipo quirúrgico estable.

EQUIPO QUIRURGICO

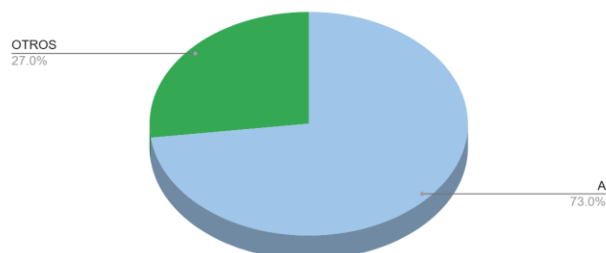


FIGURA 7 Distribución porcentual según equipo quirúrgico (GRUPO 1)

EQUIPO QUIRUGICO

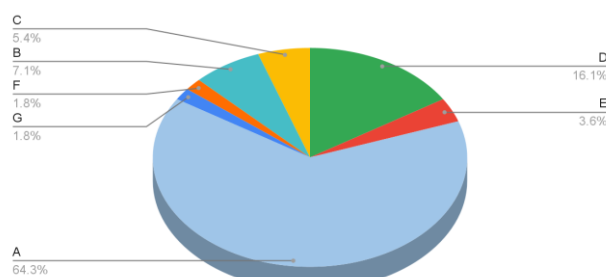


FIGURA 8. Distribución porcentual según equipo quirúrgico (GRUPO 2)

La incisión quirúrgica más utilizada en el grupo 1 fue la mediana infraumbilical (MIU) en el 53,6% de las pacientes (FIGURA 9) mientras que en el grupo 2 la incisión de tipo Pfannenstiel (PF), que representa el 83.9% de los casos. La incisión mediana infraumbilical (MIU) representa solo el 10.7% de los casos en este último grupo, que en su mayoría se utilizó por presentar la paciente cicatriz previa de este tipo (FIGURA 10).

Se desconoce la incisión utilizada en 3 pacientes por ausencia de datos en historia clínica física o digital en el grupo 2.

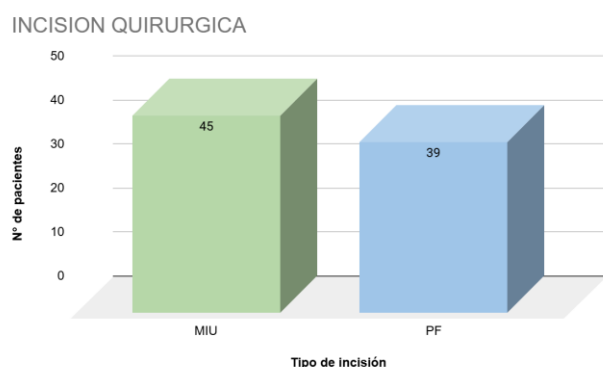


FIGURA 9. Tipo de incisión quirúrgica (GRUPO 1)

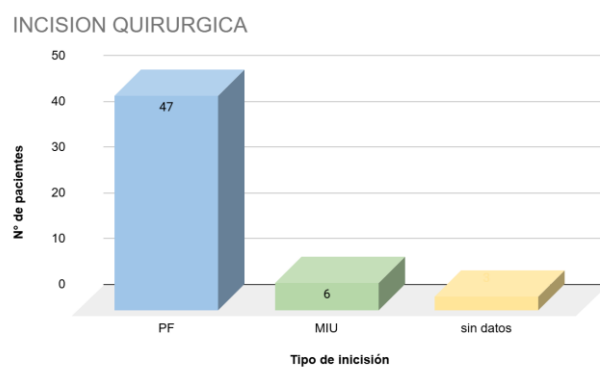


FIGURA 10. Tipo de incisión quirúrgica (GRUPO 2)

De los datos registrados (FIGURA 11 y 12), la tendencia varía, en el grupo 1 en el 58% de los casos no se realizó conservación ovárica, mientras que en el grupo 2 en la mayoría de los casos fue hacia la preservación ovárica (66.1%), realizando la translocación ovárica en el mismo acto quirúrgico, la cual consiste en movilizar los ovarios fuera del campo de radiación pélvica con colocación de clip. El objetivo de este procedimiento es evitar la menopausia precoz, teniendo en cuenta que se trata de pacientes jóvenes en gran porcentaje de los casos y que según el resultado de la anatomía patológica algunas podrían requerir de adyuvancia.

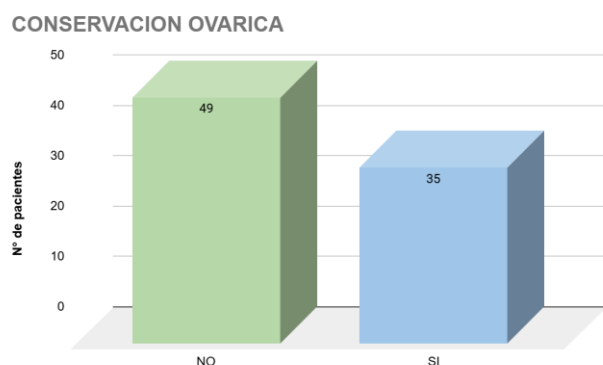


FIGURA 11. Conservación ovárica (GRUPO 1)

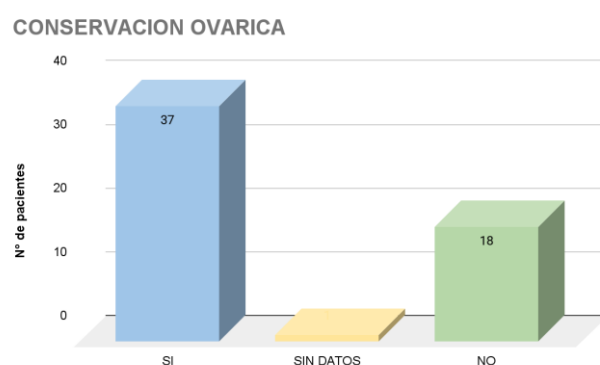


FIGURA 12. Conservación ovárica (GRUPO 2)

De 1 paciente del grupo 2 se desconoce los siguientes datos: conservación ovárica, compromiso parametrial y linfático ya que solicitó llevar anatomía patológica a medio privado. Se desconoce seguimiento posterior a la cirugía.

Según el análisis de los datos del total de las anatomías patológicas, el estado de los parametrios se encontró libres en la gran mayoría de los casos, representando el 89.3% en el grupo 1 (FIGURA 13) y el 94.6% en el grupo 2 (FIGURA 14). En total 11 pacientes mostraron compromiso parametrial por lo que se modificó su estadio FIGO y posteriormente se les indicó tratamiento adyuvante.

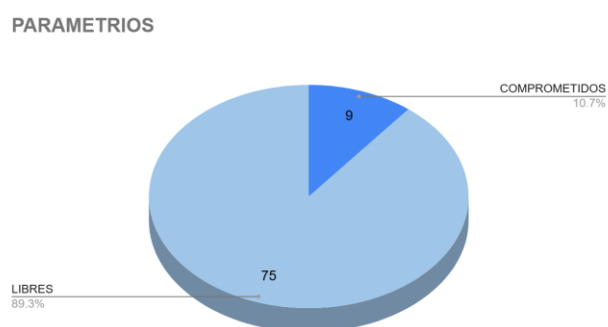


FIGURA 13. Distribución porcentual según compromiso parametrial (GRUPO 1)

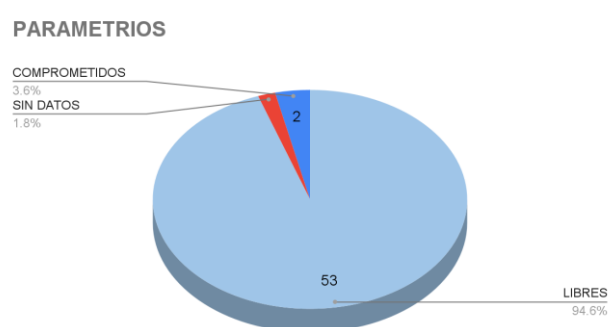


FIGURA 14. Distribución porcentual según compromiso parametrial (GRUPO 2)

En cuanto al compromiso linfático (FIGURA 15 y 16), el análisis revela que en el grupo 1 el 85% presentaban ganglios libres de enfermedad mientras que en el grupo 2 fue del 82.1% de las pacientes. Por lo contrario, el 15% del grupo 1 y el 16.1% del grupo 2 tuvieron ganglios comprometidos, indicando metástasis a distancia modificando el estadio FIGO y necesidad de adyuvancia posterior.

El promedio de la cantidad de ganglios extraídos en la linfadenectomía fue de 14 (rango de 4 a 26) en el grupo 1 y de 10.5 ganglios (rango de entre 2 a 22) para el grupo 2.

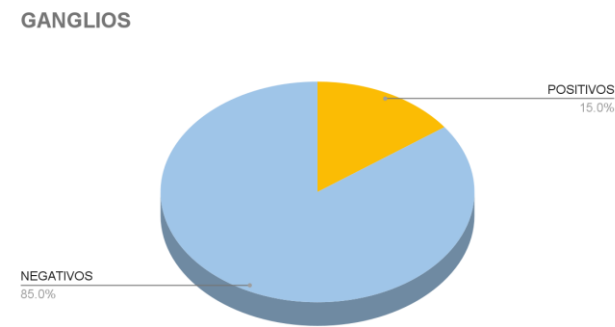


FIGURA 15. Distribución porcentual según compromiso linfático (GRUPO 1)

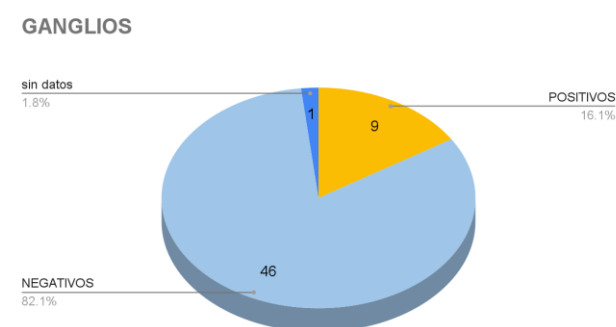


FIGURA 16. Distribución porcentual según compromiso linfático (GRUPO 2)

En cuanto a las complicaciones postoperatorias se registraron 21 casos en el grupo 1 Y 16 casos en el grupo 2 que se detallan a continuación:

COMPLICACIONES GRUPO 1	Nº total de casos	Porcentaje	Detalles
Urológicas	5	5.9%	Globo vesical, estenosis ureteral
Infecciosas	7	8%	Infección urinaria y de la herida quirúrgica
Vasculares	3	3.5%	Lesión venosa.
Nerviosas	2	2.3%	Neuropatía L2-L3
Otras	4	4.7%	Atelectasia, neumonía, TVP, evisceración, fístula vesicocutanea

TABLA 1. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN EL GRUPO 1.

COMPLICACIONES GRUPO 2	Nº total de casos	Porcentaje	Detalles
Urológicas	7	12.5%	Hidronefrosis, IRA, lesión ureteral
Infecciosas	2	3.5%	Síndrome febril. Infección de herida quirúrgica. ITU a repetición
Vasculares	2	3.5%	Hematoma retroperitoneal y shock hipovolémico. Arritmia.
Otras	5	8.9%	Síndrome adherencial. Eventración. Dehiscencia de herida quirúrgica. Desaturación de oxígeno

TABLA 2. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN EL GRUPO 2.

TIPO	1995-2014	2015-2025
INFECCIOSAS	8%	3,5%
UROLÓGICAS	5.9%	12.5%
VASCULARES	3.5%	3.5%
NERVIOSAS	2.3%	-
OTRAS	4.7%	8.9%
TOTAL	25%	28.6%

TABLA 3. COMPARACIÓN DE PORCENTAJES DE COMPLICACIONES ENTRE AMBOS GRUPOS.

En el estudio comparativo podemos observar que la tasa global de complicaciones se mantiene estable entre el 25-29% aunque se observa mayor cantidad de complicaciones urológicas en la última década en comparación al Grupo 1 que presenta en mayor cantidad complicaciones infecciosas.

En el grupo 1 (FIGURA 17) el 42% (35 pacientes) no realizaron tratamiento adyuvante, el 34% (29) realizó radioterapia externa y braquiterapia (RT + BT), el 18% (15 pacientes) realizó braquiterapia sola (BT) y el 6% (5 pacientes) realizó quimioterapia y radioterapia concurrente (QT + RT)

Del total de las pacientes del grupo 2 (FIGURA 18), 2 pacientes (3.6%) realizaron neoadyuvancia previo al tratamiento quirúrgico, 6 pacientes (10.7%) recibieron tratamiento adyuvante con quimioterapia, radioterapia y braquiterapia (QT+RT+BT), 4 recibieron solo radioterapia (5.4%), 3 quimioterapia y radioterapia (QT + RT 7.1%), 2 radioterapia y braquiterapia (RT + BT 3.6%), 1 solo braquiterapia (BT 1.8%) y 1 quimioterapia + inmunoterapia (QT + inmuno 1.8%). 35 pacientes no requirieron tratamiento adyuvante luego de la cirugía (62.5%).

Se desconoce datos de 2 pacientes de este último grupo, una por ausencia de datos en historia física o digital y la otra por seguimiento en medio privado.

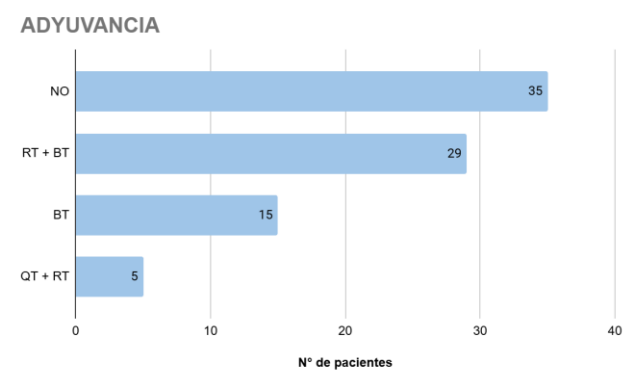


Figura 17. Tratamiento adyuvante (GRUPO 1)

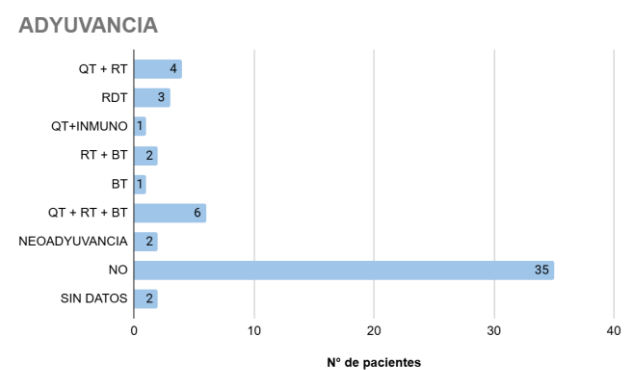


Figura 18. Tratamiento adyuvante (GRUPO 2)

En cuanto al seguimiento a largo plazo (FIGURA 19 y 20) por consultorio de seguimiento oncológico (ginecología) y oncología, se detectaron que el 82.1% de las pacientes del grupo 1 y el 83.9% del grupo 2 presentó al menos 1 control post tratamiento quirúrgico.

Se desconoce el seguimiento de 15 pacientes (17.9%) del grupo 1 y 9 pacientes (16.1%) del grupo 2 por carencia de datos en historia clínica física o digital.

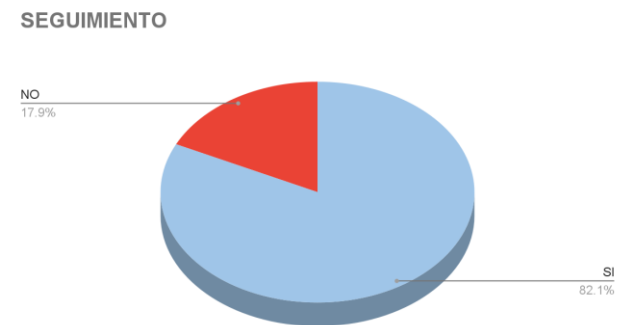


FIGURA 19. Seguimiento a largo plazo (GRUPO 1)

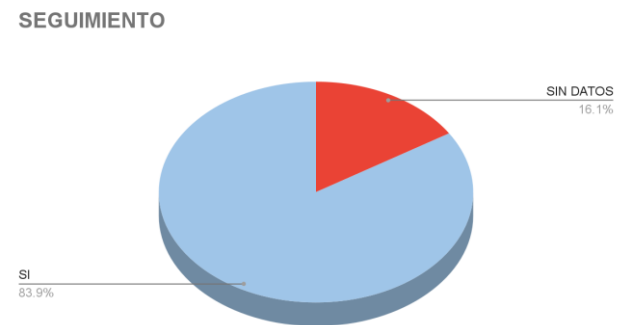


FIGURA 20. Seguimiento a largo plazo (GRUPO 2)

Finalmente, en cuanto a la detección de recidivas, se identificaron 8 pacientes del grupo 1 y 6 pacientes del grupo 2. En este último grupo, el sitio más frecuente fue la cúpula vaginal (7,14%), seguido por las adenopatías (3.5%).

Se constató el óbito de 4 pacientes en el grupo 1 y de 1 paciente en el grupo 2 por progresión de enfermedad de base.

VARIABLE	1995-2014	2015-2025
ADYUVANCIA	(49/84)	(19/56)
SEGUIMIENTO CONTROLADO	82.1%	83.9%
RECIDIVAS	9.5%	10.7%
ÓBITOS	4.7%	1.8%

TABLA 5. SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO EN AMBOS GRUPOS.

Discusión

La cirugía de Wertheim Meigs constituyó un avance en el tratamiento del CCU en estadios iniciales estandarizando la cirugía radical. Esta estandarización permitió desarrollar una técnica segura, reproducible y con resultados oncológicos predecibles. Con la mejora progresiva de la supervivencia, el foco clínico comenzó a desplazarse hacia la reducción de la morbilidad y la optimización de la calidad de vida postoperatoria.

En nuestra serie, la edad media de las pacientes fue ligeramente menor que la reportada en otros trabajos. Suprasert y cols. describen una media de 44 años (rango 17–79), mientras que los dos grupos analizados en nuestra cohorte son algo más jóvenes. Respecto del tipo histológico, el carcinoma escamoso continúa siendo el subtipo predominante en todas las series, aunque con variaciones en su frecuencia: Suprasert y Acién informan porcentajes entre 67% y 85%. En contraste, nuestra casuística muestra una proporción superior al 90% en la última década, tendencia que podría vincularse tanto con características epidemiológicas regionales como con criterios de derivación institucional.^{9,10}

La distribución por estadios FIGO IB1/IB2 coincide con lo reportado por Méndez, Acién y otros autores, lo que refuerza la comparabilidad de nuestra cohorte con las series internacionales.

En cuanto a los hallazgos anatomopatológicos, el compromiso parametrial de nuestra primera serie fue similar al descrito por Suprasert. Sin embargo, observamos una reducción significativa hasta el 3,6% en los años más recientes. Este descenso podría explicarse por la incorporación de métodos diagnósticos más precisos, especialmente la resonancia magnética, que ha permitido una evaluación más detallada del compromiso parametrial y, por ende, una selección más adecuada de las pacientes candidatas a cirugía radical.^{11,12.}

El compromiso ganglionar en las series publicadas se sitúa entre 15% y 17%, valores comparables a los hallados en nuestro estudio. En relación con las complicaciones, las lesiones urológicas e infecciosas fueron las más frecuentes en nuestra cohorte, en concordancia con varios reportes. Sin embargo, otras series destacan el linfedema y la disfunción vesical como complicaciones predominantes, lo que sugiere que la morbilidad puede variar según la técnica, el equipo quirúrgico y las características basales de la población.¹³

La supervivencia está fuertemente determinada por el estadio al diagnóstico, el estado ganglionar y el compromiso parametrial. En nuestra serie, la supervivencia global supera el 95%, resultado similar al reportado en la literatura internacional para pacientes adecuadamente seleccionadas.⁹

Finalmente, la principal limitación de nuestro estudio radica en su diseño, que no permite establecer relaciones causales entre las variables analizadas. No obstante, constituye un aporte valioso al evidenciar la evolución de nuestros resultados a lo largo del tiempo y su comparabilidad con las principales series publicadas.

Conclusión

El CCU se considera uno de los cánceres más frecuentes a nivel mundial. Si bien tiene una alta tasa de mortalidad, diagnosticado precozmente en estadios tempranos se comporta como una enfermedad local pasible de tratamiento curativo. La histerectomía radical con preservación nerviosa u operación de Wertheim Meigs continúa siendo el procedimiento de elección para reducir la morbimortalidad y mantener la calidad de vida de las pacientes.

Los principales hallazgos en los últimos 10 años demuestran una modernización de la técnica quirúrgica, con mayor elección de la incisión de Pfannenstiel permitiendo de igual manera un campo quirúrgico, con menor riesgo de eventraciones y menor dolor posoperatorio.

Se consolidó la tendencia hacia la conservación ovárica y nerviosa, priorizando la calidad de vida en pacientes jóvenes sin comprometer el resultado oncológico. Así mismo, se observó que la tasa global de complicaciones postoperatorias se mantiene estable, pero con un cambio en su perfil de infecciosas a urológicas en la última década.

Evaluando los resultados obtenidos queda en evidencia que el cambio de equipo quirúrgico no afecta los resultados obtenidos apoyando la formación continua a nuevas generaciones.

Estos resultados refuerzan la importancia de las estrategias de salud pública para el screening, tratamiento de las lesiones preinvasoras y el diagnóstico en estadios tempranos para lograr así realizar un tratamiento curativo.

Bibliografía

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. Cancer of the cervix: 2021 update. 2021. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*
3. Siegel, R; Gianquinto, A; Jemal DVM, A; Cancer statistics, 2024; *CA Cancer J Clin.* 2024;74:12–49. DOI: [10.3322/caac.21820](https://doi.org/10.3322/caac.21820)
4. Deependra Singh, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health* 2023; 11: e197–206. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00501-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00501-0)
5. Vargas Hernández, V. M., Bergeron, C., Cararach Tur, M., Dexeus i Trias de Bes, S., Ruiz Moreno, J. A. (2024). *Virus del papiloma humano*. México: Editorial Alfil.
6. Stelze, Dominik et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *The Lancet.* 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30459-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30459-9)
7. Ramirez, P. T., Frumovitz, M., Abu-Rustum, N. R. (2019). *Principios de la cirugía ginecológica oncológica*. Países Bajos: Elsevier.
8. Cibula D, Abu-Rustum NR, Benedetti-Panici P, Köhler C, Raspagliesi F, Querleu D, Morrow CP. New classification system of radical hysterectomy: emphasis on a three-dimensional anatomic template for parametrial resection. *Gynecol Oncol.* 2011 Aug;122(2):264-8. doi: [10.1016/j.ygyno.2011.04.029](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.04.029). Epub 2011 May 17. PMID: 21592548.

9. Vera, M., Veintimilla, J., Mancheno, A., & Díaz, V. (2025). Revisión sistemática sobre la histerectomía radical en mujeres con cáncer de cuello uterino. *Revista InveCom*, 5(4). 1-8. <https://zenodo.org/records/14892644>
10. A.L. Swailes, et al., The Wertheim hysterectomy: Development, modifications, and impact in the present day, *Gynecol Oncol* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.01.011>
11. Drouin E, Classe JM, Hautecoeur P. 125 years of the Wertheim operation. What next? *J Med Life*. 2023 Mar;16(3):341-343. doi: [10.25122/jml-2022-0082](https://doi.org/10.25122/jml-2022-0082). PMID: 37168301; PMCID: PMC10165519.
12. Suprasert P, Srisomboon J, Charoenkwan K, Siriaree S, Cheewakriangkrai C, Kietpeerakool C, Phongnarisorn C, Sae-Teng J. Twelve years experience with radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in early stage cervical cancer. *J Obstet Gynaecol*. 2010 Apr;30(3):294-8. doi: [10.3109/01443610903585192](https://doi.org/10.3109/01443610903585192). PMID: 20373935.
13. Nápoles Méndez Danilo, García Goderich Ana Gloria, Simonó Bell Mireya. Resultados de la operación de Wertheim-Meigs: Análisis de algunas variables. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 1999 Abr [citado 2025 Nov 20] ; 25(1): 10-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000100002&lng=es.