



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.4174>

Prevalencia de enfermedad maligna no anticipada en la histopatología de histerectomía indicada por condición benigna

Prevalence of unexpected malignant disease in the histopathology of hysterectomy indicated for benign condition

Isabela Sánchez Mayorca¹ , Ángela María Gómez Forero² , Roberto Gallo Roa³ , Camilo Alberto Garzón Sarmiento⁴ 

Recibido: 14 enero, 2024 Aceptado: 30 julio, 2024

RESUMEN

Objetivo: describir la prevalencia de patología maligna incidental posterior a una histerectomía por causa benigna.

Método: estudio de corte transversal descriptivo, basado en registros hospitalarios. Se incluyeron mujeres a quienes se les realizó una histerectomía por causa benigna en un hospital general de referencia entre 2013 y 2021. Se excluyeron mujeres con histerectomía obstétrica. Variables medidas: edad, vía de la histerectomía, tipo de histerectomía, diagnóstico histopatológico de lesión premaligna o de cáncer invasor, tipo de cáncer. Análisis: descriptivo, se estimó la prevalencia en el periodo global de condiciones preneoplásicas y neoplásicas.

Resultado: de 816 registros clínicos se analizaron

674 casos (87 %) que cumplieron los criterios de inclusión. Predominó la población premenopáusica. Se identificaron 26 casos de enfermedad maligna no anticipada para una prevalencia del 3,8 % y 13 casos de patología premaligna (1,9 %). El origen más frecuente fue el cuello uterino (40 %) seguido del ovario (33 %).

Conclusiones: se debe considerar informar riesgo de lesión no esperada a las pacientes que serán sometidas a histerectomía por condición benigna. Se enfatiza la importancia de realizar una adecuada aproximación prequirúrgica, en especial para descartar cáncer de ovario y cérvix en nuestro medio. Se requieren estudios de seguimiento de las pacientes con cáncer no anticipado para determinar el tratamiento y su pronóstico en la región.

Palabras clave: histerectomía; neoplasias; incidencia; hallazgos incidentales; neoplasias del cuello uterino.

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of incidental malignant pathology following a hysterectomy performed for benign reasons.

Method: A descriptive cross-sectional study based on hospital records. Women who underwent

* **Correspondencia:** Carrera 8 No. 0-29 Sur, Bogotá (Colombia). isanchez_94@hotmail.com

1. Médico residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá (Colombia).
2. Médico general, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá (Colombia).
3. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá (Colombia).
4. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, especialista en Uroginecología y Cirugía de piso pélvico, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá (Colombia).

Cómo citar este artículo: Sánchez Mayorca I, Gómez Forero ÁM, Gallo Roa R, Garzón Sarmiento CA. Prevalencia de enfermedad maligna no anticipada en la histopatología de histerectomía indicada por condición benigna. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2024;75:4174. <https://doi.org/10.18597/rcog.4174>

hysterectomy for benign reasons at a general referral hospital between 2013 and 2021 were included. Women with obstetric hysterectomy were excluded. Measured variables: age, route of hysterectomy, type of hysterectomy, histopathological diagnosis of premalignant lesion or invasive cancer, type of cancer. Analysis: Descriptive, the prevalence of preneoplastic and neoplastic conditions was estimated for the overall period.

Results: Of 816 clinical records, 674 cases (87 %) met the inclusion criteria and were analyzed. The premenopausal population predominated. Twenty-six cases of unexpected malignant disease were identified, yielding a prevalence of 3.8 %, and 13 cases of premalignant pathology (1.9 %). The most common origin was the cervix (40 %), followed by the ovary (33 %).

Conclusions: Patients undergoing hysterectomy for benign conditions should be informed about the risk of unexpected injury. The importance of performing, in our context an adequate preoperative approach to rule out cervix uteri and ovarian cancer is emphasized. Follow-up studies of patients with unanticipated cancer are required to determine their treatment and prognosis in the region.

Keywords: Hysterectomy; neoplasms; incidence; incidental findings; uterine neoplasms.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía se encuentra entre las cirugías más practicadas por los ginecólogos a nivel mundial, con cifras que varían desde 362 histerectomías por 100.000 mujeres/año en Alemania en 2006, a 307 por 100.000 mujeres/año en Australia y 171 por 100.000 mujeres/año en Portugal en 2014 (1-3). Se ha descrito una disminución en la frecuencia de su realización en los últimos años, posiblemente por la aparición de alternativas terapéuticas o quirúrgicas (4). En la actualidad, la histerectomía se puede realizar por vía abdominal, vaginal, laparoscópica o robótica, y alrededor del 90 % se realiza por condiciones benignas (5,6). Hay informes de la presencia de patología tumoral maligna no esperada en el espécimen de patología en una histerectomía de causa benigna, a pesar de

haber seguido la rutina diagnóstica prequirúrgica recomendada, basada en una adecuada anamnesis, el examen clínico, el laboratorio de patología e imágenes diagnósticas, para descartar una neoplasia maligna. A esta situación se le ha llamado cáncer incidental o no anticipado. Su prevalencia ha sido estimada entre el 0,47 y 1,44 % de los especímenes quirúrgicos del útero (6,7).

Se han descrito algunos factores de riesgo relacionados con aparición de patología maligna no anticipada en histerectomía, entre ellos edad superior a 49 años (risk ratio [RR]: 2,29; IC 95 %: 1,78-2,95) y mayor a 75 años (RR: 11,84; IC 95 %: 8,85-15,85); diabetes mellitus (RR: 1,73; IC 95 %: 1,16-2,58), hipertensión arterial (RR: 1,20; IC 95 %: 1,05-1,37), obesidad (RR: 1,87; IC 95 %: 1,59-2,20) y falla renal (RR: 1,52; IC 95 %: 1,08-2,13). Además, se identificaron como factores asociados a sarcoma uterino incidental la anemia por pérdida sanguínea (RR: 2,59; IC 95 %: 1,81-3,71), hipertensión arterial (RR: 1,31; IC 95 %: 1,04-1,64) y pérdida de peso (RR: 2,42; IC 95 %: 1,07-5,42) (8). El hallazgo de tumor maligno no anticipado durante el posoperatorio implica un desafío importante para el médico tratante, aunque hay controversia sobre si la cirugía no oncológica impacta negativamente en el pronóstico de las pacientes con cáncer no anticipado (4,9). Identificamos un estudio que reporta este problema en la literatura latinoamericana (10); hasta donde los autores tienen conocimiento, en la literatura colombiana no existe información al respecto.

Es importante conocer la existencia de este posible escenario para que el ginecólogo general evalúe el requerimiento de estudios prequirúrgicos invasivos complementarios, según la prevalencia probable derivada de la presencia de los factores de riesgo asociados, y así poder brindar una asesoría prequirúrgica adecuada, con la estimación del riesgo de una patología maligna oculta. De esta manera, el objetivo de este estudio es describir la prevalencia de patología maligna no esperada en las histerectomías practicadas, por cualquier vía, en la población de una institución hospitalaria de Bogotá Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Estudio descriptivo de corte transversal, basado en registros hospitalarios. Se incluyeron mujeres a quienes se les practicó una histerectomía por causa benigna, entre los años 2013 y 2021, en el Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá (Colombia), institución de referencia regional

del área central del país, de carácter público, de alta complejidad, perteneciente al régimen subsidiado por el Estado en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSS) (Tabla 1). Se excluyeron aquellas sometidas a histerectomía obstétrica, por ser cirugías de urgencia sin un estudio prequirúrgico completo.

Tabla 1.
Características de la población sometida a histerectomía por causa benigna en el Hospital Universitario de La samaritana, Bogotá (Colombia), 2013-2021.

Variables/Vía	Abdominal		Vaginal		Laparoscopia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Edad								
Menor de 35 años	22	5	1	1	6	15	29	4
36-55	367	83	35	18	32	80	434	64
56-75	48	11	117	61	2	5	167	25
Mayor de 75 años	6	1	38	20	-	-	44	7
Obesidad	116	26	50	26	9	23	175	26
Hipertensión Arterial	99	22	106	55	10	25	215	32
Diabetes Mellitus	18	4	26	14	2	5	46	7
Premenopausia	382	86	30	16	35	88	447	66
Posmenopausia	61	14	161	84	5	13	227	34
Hemorragia Uterina Anormal	336	76	42	22	31	78	409	61
Indicación Quirúrgica								
Miomatosis uterina	375	85	5	3	20	50	400	59
Adenomiosis	16	4	-	-	6	15	25	4
Engrosamiento Endometrial	19	4	9	5	6	15	34	5
Prolapso Genital	8	2	177	93	1	3	186	28
Dolor pélvico	18	4	-	-	-	-	18	3
Lesión de alto grado con bordes positivos (Postconización)	7	2	-	-	7	18	14	2

Fuente: Autores.

Procedimiento. Las candidatas se identificaron mediante los siguientes códigos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS): 1) histerectomía por laparotomía (CUPS 684000); 2) histerectomía por laparoscopia (CUPS 684020); 3) histerectomía por vía vaginal (CUPS 685100); estos códigos fueron provistos por la sección de

estadística de la institución. Posteriormente, se solicitaron las historias clínicas electrónicas para iniciar la recolección de datos a cargo de dos de los investigadores principales, realizada en el programa Excel; en la construcción de la base de datos se obtuvo información de las variables incluidas. El diagnóstico histopatológico fue realizado y revisado

por el servicio de patología de la institución con estandarización de criterios para el análisis adecuado de todas las muestras. Una vez finalizada, el asesor metodológico verificó la calidad, asegurando la estandarización de términos, datos completos y eliminación de duplicados.

Variables medidas: sociodemográficas (edad y aseguramiento), reproductivas (pre o posmenopausia), antecedentes patológicos (hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus) y clínicas (presentación de hemorragia uterina anormal, causa de la cirugía y vía de abordaje). La variable medida como resultado fue el diagnóstico posquirúrgico de cáncer invasor no anticipado en la histología o lesiones premalignas (hiperplasia con atipia, NIC 1, 2 o 3). La Guía de Práctica Clínica para la detección y el manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino de Colombia incluye como lesiones premalignas en cérvix: lesiones de bajo grado (NIC 1) y de alto grado (NIC 2 y 3) (11). Por otro lado, en 2014, la Organización Mundial de La Salud (OMS) consideró como única lesión precursora de cáncer endometrial la hiperplasia con atipia (12).

Análisis estadístico. Se presentan los resultados de las variables continuas con medidas de tendencia

central y dispersión según normalidad, y las variables categóricas como proporciones. Se calculó la prevalencia por periodo de lesiones premalignas y cáncer no esperado, tomando en cuenta el número de pacientes con hallazgo de malignidad o enfermedad premaligna, dividida por el total de las pacientes sometidas a una histerectomía por causa benigna en un periodo de 9 años. Se utilizó el paquete estadístico SPSS Statistics 25.

Aspectos éticos. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de La Samaritana (CEIHUS), bajo el acta de reunión n.º 05-2022, del 26 de mayo de 2022. Confidencialidad de los datos: los autores declaran haber seguido todos los protocolos de su centro de trabajo para la publicación de datos de los pacientes.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 816 registros, de los cuales se eliminaron 19 por no cumplir con el criterio de inclusión de patología benigna; 24 se excluyeron por presentar histerectomías de origen obstétrico. Del total de 773 candidatas, 98 no se incluyeron en el análisis por datos incompletos (13 %) (Figura 1).

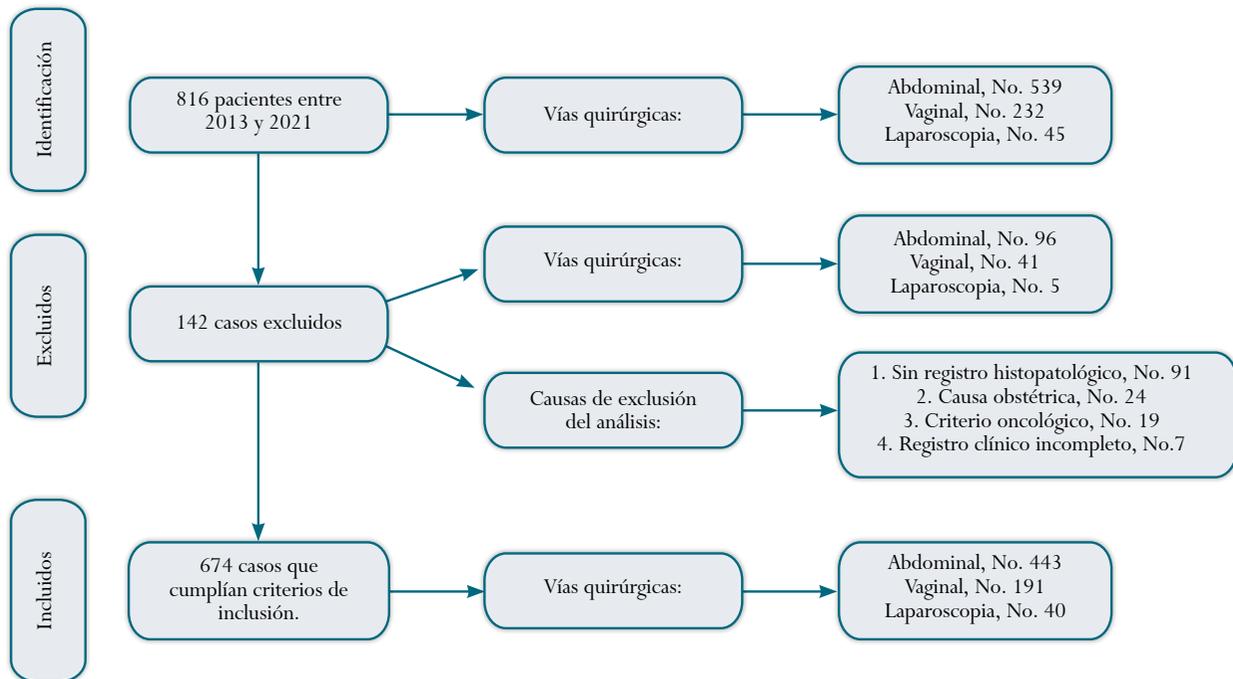


Figura 1. Flujograma de pacientes.
Fuente: Autores.

La mayoría de las pacientes del estudio se encontraba entre los 36 y 55 años (Mediana [M]: 49 años; desviación estándar ajustada [DE]: 8,76), se observó una diferencia en la vía vaginal, en donde la mayoría se encontraron en el rango entre los 56 y 75 años (M: 67 años; DE: 8,01). Adicionalmente, la mayoría de las pacientes pertenecían al régimen subsidiado (96 %) y predominó la población de premenopáusicas (66 %); en cuanto a las comorbilidades, una tercera parte de la población tenía hipertensión arterial crónica, siendo esta enfermedad asociada la más prevalente, seguida de la obesidad y la diabetes mellitus.

Un porcentaje importante de las mujeres estudiadas cursaba con hemorragia uterina anormal (61 %), siendo el síntoma más frecuentemente referido en las pacientes llevadas a histerectomías por vía abdominal y laparoscópica. Solo el 22 % de las pacientes sometidas a una histerectomía por vía vaginal presentó clínica de hemorragia uterina anormal. La vía quirúrgica más frecuente fue la abdominal (65,7 %), seguida de la vaginal (28,3 %) y por último la laparoscópica (5,9 %) (Figura 1). La indicación más frecuente de la histerectomía fue la miomatosis uterina (59 %), y el

prolapso de órganos pélvicos fue la indicación más común de la histerectomía por vía vaginal (93 %).

De los 34 casos de engrosamiento endometrial como causa de la histerectomía, todos contaban con un reporte de patología de biopsia endometrial negativa para malignidad previo a la cirugía. Solo el 2 % de todas las pacientes fueron llevadas a la histerectomía por patología cervical, en todos los casos por la presencia de una lesión intraepitelial de alto grado con bordes positivos posconización (diagnóstica o terapéutica).

Se identificaron 13 casos de enfermedad premaligna no esperada, con una prevalencia de 1,93 % para un periodo de 9 años. Respecto al cáncer invasor no esperado, se identificaron 26 casos, con una prevalencia de periodo del 3,8 %. Las neoplasias malignas más frecuentes fueron cáncer de cuello uterino (42 %) y cáncer de ovario (30 %); además, identificamos cáncer de endometrio y sarcoma de útero (Tabla 2). Los tres casos de cáncer de endometrio ocurrieron en pacientes posmenopáusicas, con sangrado uterino anormal y biopsia endometrial prequirúrgica compatible con hiperplasia endometrial con atipia.

Tabla 2.
Patología maligna y premaligna no anticipada en mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna en el Hospital Universitario de La samaritana, Bogotá (Colombia), 2013-2021.

Reporte		No.	%
Lesiones premalignas	Hiperplasia con atipia	0	0
	NIC 1	9	69,2
	NIC 2	2	15,3
	NIC 3	2	15,3
	Total	13	100
Lesiones malignas	Cérvix	11	42,3
	Ovario	8	30,7
	Tumor de músculo liso	4	15,3
	Endometrio	3	11,5
	Total	26	100

Fuente: Autores.

DISCUSIÓN

En el Hospital Universitario de La Samaritana, la prevalencia de cáncer no anticipado en pieza de histerectomía por patología benigna fue del 3,8 %; además, se identificó patología premaligna en el

1,9 % para un periodo de 9 años. La ubicación más frecuente de la neoplasia maligna no esperada fue cérvix y ovario.

La prevalencia informada es más alta a la reportada en los siguientes estudios: Yadav et al. en

la India, en un centro de referencia nacional, informan una prevalencia del 0,93 % en un periodo de 3 años en 628 casos de histerectomía y 35 casos de miomectomía, con una preponderancia de los tumores malignos del cuerpo uterino (7). Por otro lado, Andiman et al., a partir de la base de datos del programa de mejoramiento de calidad quirúrgica del American College de los Estados Unidos de los años 2015-2018, informan una prevalencia de 0,53 % de cáncer uterino no anticipado en 9.687 histerectomías; sin embargo, incluyeron únicamente pacientes con prolapso genital (13). Wagner et al., en Alemania, informan una prevalencia de 0,42 % en 10.756 histerectomías, se incluyeron únicamente patologías del cuerpo uterino (14). Ouldamer et al., en un hospital universitario en Francia, reportan una incidencia para cáncer endometrial del 0,4 % en 2.179 histerectomías con la mayoría de los casos en pacientes posmenopáusicas (6 casos), y dos de ellas sintomáticas con biopsia prequirúrgica que descartaba patología maligna. En este estudio, los tres casos de cáncer endometrial no anticipado (11,5 %) se presentaron en pacientes con hemorragia uterina anormal posmenopáusica, con estudio prequirúrgico con diagnóstico de hiperplasia con atipia, lo que representa una población de alto riesgo y puede explicar la diferencia (15). Desai, en 2018, también a partir de la base de datos del programa de mejoramiento de calidad quirúrgica del American College de los Estados Unidos del año 2014, informa una prevalencia del 1,44 % con predominancia del cáncer de cuello uterino y ovario, distribución topográfica similar a la nuestra (6).

Nuestros datos son similares a los informados por AbuSaqer et al., en un hospital de enseñanza y centro de referencia en Gaza (Palestina), quienes reportan una prevalencia del 3,06 % en 195 mujeres sometidas a histerectomía en un periodo de dos años (2019 y 2020), con la mayor indicación por miomatosis y hemorragia uterina anormal (50 %); allí los autores informan una evaluación prequirúrgica insuficiente por falta de disponibilidad de imágenes diagnósticas y biopsia endometrial. Este estudio rescata la importancia de realizar una evaluación prequirúrgica adecuada incluso en casos que se espera sean benignos (16).

Fortalezas. Este estudio cuenta con un número de casos importante, y la recolección de los datos se realizó de manera estandarizada y con verificación de la calidad del dato. Sin embargo, al tratarse de un estudio retrospectivo, se considera que existe un riesgo de sesgo de selección y medición por datos perdidos. Adicionalmente, este estudio no puede establecer relaciones causales entre las variables estudiadas y la incidencia de malignidad incidental tras una histerectomía por causa benigna. No se estimó la frecuencia de la patología por el tipo de patología de base y el diagnóstico histopatológico final.

CONCLUSIONES

Se debe considerar informar riesgo de lesión no esperada a las pacientes que serán sometidas a histerectomía por condición benigna. Se enfatiza la importancia de realizar una adecuada aproximación prequirúrgica, en especial para descartar cáncer de ovario y cérvix en nuestro medio. Se requieren estudios de seguimiento de las pacientes con cáncer no anticipado para determinar el tratamiento al cual son sometidas y su pronóstico en la región.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

CAGS: planificación del estudio, contribución para la elaboración del documento, revisión del contenido intelectual y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.

ISM: planificación del estudio, contribución para la elaboración del documento desde su concepción, adquisición de la información, revisión del contenido intelectual y aprobación de la versión enviada a proceso editorial, elaboración de tablas y material gráfico.

ÁMGF: planificación del estudio, contribución a la redacción inicial del manuscrito, adquisición de la información, revisión del contenido intelectual y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.

RGR: asesoría metodológica, interpretación de resultados, contribución a la elaboración del documento, revisión del contenido intelectual y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.

REFERENCIAS

1. Stang A, Merrill R, Kuss O. Hysterectomy in Germany: a DRG-based nationwide analysis, 2005-2006. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(30):508-14. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0508>
2. Yusuf F, Leeder S, Wilson A. Recent estimates of the incidence of hysterectomy in New South Wales and trends over the past 30 years. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2016;56(4):420-5. <https://doi.org/10.1111/ajo.12477>
3. Gante I, Medeiros C, Águas F. Hysterectomies in Portugal (2000-2014): What has changed? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;208:97-102. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.021>
4. Baffour G, Schauburger G, Klug S, Tanaka L. An age-period-cohort analysis of hysterectomy incidence trends in Germany from 2005 to 2019. *Sci Rep.* 2024;14(1):15110. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-66019-8>
5. Buderath P, Kimmig R, Dominowski L, Mach P. Hysterectomy in benign conditions: a 20-year single-center retrospective on the development of surgical techniques. *Arch Gynecol Obstet.* 2023;307(3):807-812. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06821-9>
6. Desai V, Wright J, Schwartz P, Jorgensen E, Fan L, Litkouhi B, et al. Occult gynecologic cancer in women undergoing hysterectomy or myomectomy for benign indications. *Obstet Gynecol.* 2018;131(4):642-51. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002521>
7. Yadav G, Rao M, Goyal S, Singh P, Kathuria P, Gothwal M. Risk of incidental genital tract malignancies at the time of myomectomy and hysterectomy for benign conditions. *Obstet Gynecol Sci.* 2021;64(2):209-15. <https://doi.org/10.5468/ogs.20199>
8. Desai V, Wright J, Gross C, Lin H, Boscoe F, Hutchison L, et al. Prevalence, characteristics, and risk factors of occult uterine cancer in presumed benign hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(1):39.e1-39.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.051>
9. Ruengkachorn I, Phithakwatchara N, Viriyapak B, Sangkarat S, Hanamornroongruang S, Petsuksiri J. Comparison of oncologic outcomes of unanticipated cervical carcinoma in women undergoing inadvertent simple hysterectomy and those undergoing surgical treatment after preoperative diagnosis. *Gynecol Oncol.* 2019;153(2):248-54. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.02.025>
10. Bravo S, Fernández M, Vivaldi E, Torres L, González U, Villagra O, et al. Cáncer incidental de cérvix (CIC). *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67(5):372-6. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262002000500008>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
12. Sobczuk K, Sobczuk A. New classification system of endometrial hyperplasia WHO 2014 and its clinical implications. *Prz Menopauzalny.* 2017;16(3):107-11. <https://doi.org/10.5114/pm.2017.70589>
13. Andiman S, Bui A, Hardart A, Xu X. Unanticipated uterine and cervical malignancy in women undergoing hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2021;27(6):e549-54. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000990>
14. Wagner P, Kommoss F, Kommoss S, Hartkopf A, Pasternak I, Oberlechner E, et al. Unexpected malignant uterine pathology: Incidence, characteristics and outcome in a large single-center series of hysterectomies for presumed benign uterine disease. *Gynecol Oncol.* 2019;153(1):49-54. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.12.026>
15. Ouldamer L, Rossard L, Arbion F, Marret H, Body G. Risk of incidental finding of endometrial cancer at the time of hysterectomy for benign condition. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21(1):131-5. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2013.08.002>
16. AbuSaqr S, Shammala A, Elejla S, Mahdi H, Laban R, Hamada H, Zimmo M. Incidence and risk factors of unanticipated pathology in cases of hysterectomy for benign lesion a cross-section study in Al Shifa Medical Complex. *Cancer Treat Res Commun.* 2023;35:100697. <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2023.100697>

FINANCIACIÓN

Los autores no tuvieron ninguna fuente de financiación.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.