

**Seguridad oncológica en el tratamiento quirúrgico de
los estadios tempranos del cáncer de endometrio:
Laparotomía vs Laparoscopia.**

M. Nigra, M. Lucchini, H.Ferreyra,H.Borla, M. Golsdman, A. Esteban

Sanatorio Allende, sede Nva Cba.
Año 2021

Resumen:

Objetivo: comparar la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de enfermedad (SLE) en el tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio según su vía de abordaje (Laparotomía vs. Laparoscopia). **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el Sanatorio Allende, desde enero de 2011 hasta diciembre de 2020. Se incluyeron pacientes tratadas en nuestra institución con diagnóstico de cáncer de endometrio con histología endometriode, células claras o seroso-papilar, aparente estadio I-II según los estudios de imágenes previos a la cirugía. Se excluyó las pacientes sin datos de seguimiento, con tratamiento preservador de la fertilidad, las que realizaron neoadyuvancia y pacientes con tumores sincrónicos. Se dividieron dos grupos dependiendo la vía de abordaje laparotomía o laparoscópica (VDLP) según preferencia del médico tratante. En todas las pacientes, se realizó anexohisterectomía +/- estudio ganglionar(linfadenectomía, ganglio centinela + linfadenectomía o ganglio centinela) . El tratamiento adyuvante se suministro bajo la guía ESMO de estratificación de riesgo. Se realizó un análisis de subgrupo para evaluar el impacto de la invasión linfovascular, invasión miometrial y el grado histológico en la SG de las pacientes según el abordaje quirúrgico. Para el análisis de supervivencia se realizó el test de Kaplan-Meier. Las comparaciones entre grupos se hicieron a través del test de comparación de curvas de supervivencia (Logrank test). Se consideró estadísticamente significativo una P-valor $\leq 0,05$. **Resultados:** Un total de 109 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. Se incluyeron 97 pacientes; 43(44%) tuvieron abordaje por vía laparotómica y 54 (56%) VDLP. La edad media de diagnóstico fue 58 años. El tiempo de seguimiento promedio de la laparotomía fue de 75 meses (rango de 13-120) y de 35 meses para VDLP (rango 5-105). La SG fue de 88,1% para el abordaje laparotómico y de 86,2% para pacientes por VDLP ($p=0,7985$). Las recurrencias en la laparoscopia fueron del 9,24% y del 11,6% para la laparotomía. La SLE para el abordaje laparotómico fue del 89% mientras que del 90,1% para VDLP ($p=0,9901$). En el análisis de subgrupo(IVL, invasión miometrial mayor 50% y G3), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la SG en ambos grupos. **Conclusión:** El abordaje laparoscópico presenta la misma seguridad oncológica para el tratamiento del cáncer de endometrio que la vía laparotómica independientemente de la IVL, invasión miometrial o el alto grado tumoral.

Introducción:

La mayoría de los cánceres de endometrio se diagnostican en estadios iniciales (80% estadio I), con una supervivencia a 5 años del 95%.¹ El tratamiento quirúrgico estándar es la anexohisterectomía más estudio ganglionar (biopsia de ganglio centinela +/- linfadenectomía).²

Numerosos estudios demuestran que la vía laparoscópica es un abordaje factible y seguro para el tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio en estadios tempranos, con menor estadía hospitalaria y menos complicaciones que la vía laparotómica.^{3,4,5,6.}

Sin embargo, luego de las publicaciones del LACC Trial⁷ y de Melamed⁸ que demostraron una peor sobrevida en las pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas por laparoscopia, se han planteado dudas o interrogantes acerca de la seguridad oncológica de este abordaje y sobre todo en el uso del movilizador uterino en los pacientes con tumores de alto riesgo.^{9,10,10,11,12.}

En este estudio retrospectivo, el objetivo primario fue comparar la sobrevida global (SG) y la sobrevida libre de enfermedad (SLE) en el tratamiento quirúrgico de estadios aparentemente tempranos de cáncer de endometrio según la clasificación de FIGO 2018¹³ de acuerdo a la vía de abordaje (Laparotomía vs. Laparoscopia). Como objetivo secundario fue analizar los factores de mal pronóstico grado tumoral, invasión linfovascular (IVL), invasión miometrial y su influencia con respecto a la vía de abordaje.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo en el Sanatorio Allende, ciudad de Córdoba. Se analizaron todas las pacientes tratadas quirúrgicamente con diagnóstico de cáncer de endometrio desde enero de 2011 hasta diciembre de 2020. Se accedió a las historias clínicas electrónicas de las pacientes seleccionadas. Se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio con histología endometriode, células claras o seroso-papilar, aparente estadio I-II según los estudios de imágenes previos a cirugía. Se excluyó a aquellas sin datos de seguimiento, con tratamiento preservador de la fertilidad, neoadyuvancia y pacientes con tumores sincrónicos.

En ambos grupos, las características demográficas de las pacientes recolectadas fueron: edad, índice de masa corporal (IMC), paridad, estadio, tipo histológico, invasión miometrial, la presencia de invasión linfovascular, la afección ganglionar, duración de la estancia hospitalaria, complicaciones y tratamiento adyuvante.

El diagnóstico anatomopatológico de cáncer de endometrio se realizó mediante biopsia por histeroscopia o biopsia aspirativa. Todas las pacientes presentaban: TAC Tórax y RMN abdomino-pélvica previo a la cirugía por protocolo institucional.

Todos los pacientes fueron hospitalizados e intervenidas en nuestra institución con anestesia general. Se dividieron dependiendo la vía de abordaje en: laparotómico o

laparoscópico según preferencia del médico tratante teniendo en cuenta que desde el año 2013 el abordaje laparoscópico comenzó a ser la vía de elección en nuestra institución. En todas las pacientes, se realizó anexo histerectomía +/- estudio ganglionar (biopsia de ganglio centinela +/- linfadenectomía pélvica/lumboaortica).

En la vía laparotómica se realizó una incisión mediana infraumbilical o transversa.

En la vía laparoscópica(VDLP), se utilizó entrada directa a nivel umbilical con un trocar de 10 mm con previa neumoperitoneo con aguja de Verres y 4 vías accesorias de 5 mm, dos en ambas fosas iliacas y dos en ambos flancos. En el grupo de laparoscopia se utilizó manipulador uterino reutilizable (tipo VCare®) en todas las pacientes.

El estudio ganglionar fue variando según las actualizaciones. Hasta el 2017, se tomó como referencia el estudio ASTEC¹⁴, que evitó la linfadenectomía en las pacientes con tumores de bajo riesgo (grado histológico 1-2, tumores menores 2 cm e invasión miometrial menor al 50%) y desde el años 2018 se comenzó con la técnica de biopsia de ganglio centinela.

La linfadenectomía pélvica se realizó según técnica.

Para la biopsia de ganglio centinela, se procedió a la marcación con azul patente previo a la histerectomía. Utilizamos el algoritmo del Memorial para realizar la técnica del ganglio centinela y las primeras 11 pacientes fueron sometidas a linfadenectomía luego del ganglio centinela para validación de la técnica.¹⁵

El tratamiento adyuvante se definió de acuerdo a las guías ESMO¹⁶ y NCCN².

Se realizó un análisis de subgrupo para evaluar el impacto del tipo histológico, ILV, invasión miometrial y el grado histológico en la sobrevida global de las pacientes según el abordaje quirúrgico.

Se definió sobrevida libre de enfermedad(SLE) al tiempo que transcurre desde la cirugía hasta la recurrencia tumoral y sobrevida global (SG) al tiempo desde el día de la cirugía hasta el óbito relacionado con el cáncer de endometrio .

Metodología estadística

Los datos cualitativos se describieron utilizando frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para la asociación entre las variables se realizaron test de Chi cuadrado y para las variables cuantitativas, se analizó la distribución de las mismas mediante pruebas de Shapiro Wilks y prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov. Se utilizaron como medidas descriptivas media y desvío estándar; para comparar entre grupos se utilizaron test de Wilcoxon. Se utilizó el

análisis de supervivencia de Kaplan-Meier para determinar la sobrevida, tomando como endpoint la variable óbito. Las comparaciones entre grupos se hicieron a través del test de comparación de curvas de supervivencia (Logrank test). P-valor $\leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Se utilizó Excel, Infostat y MedCalc como software estadísticos para la carga y el análisis de los datos.

Resultados:

Un total de 109 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de cáncer de endometrio. Se incluyeron 97 pacientes (Figura 1); 43 (44%) tuvieron abordaje por vía laparotómica y 54 (56%) vía laparoscópica. La edad media de diagnóstico fue 58 años (30-83). En la tabla 1 se describen las características generales de las pacientes, según el tipo de abordaje quirúrgico.

Los estadios FIGO en el grupo de la laparotomía fueron: 60% 1A, 19% 1B, 5% 2A, 5% 3A, 11% 3C y en la vía laparoscópica el 63% 1A, 24% 1B, 2% 3B, 11% 3C. Las características de la anatomía patológica se describen en la tabla 2.

El tiempo de seguimiento promedio de los pacientes 58 meses (rango 5-105), en el grupo de laparotomía el seguimiento promedio fue de 75 meses (rango de 13-120) y de 35 meses para laparoscopia (rango 5-105).

El estudio ganglionar se realizó en 38 pacientes (88%) en el grupo de laparoscopia: 11 (29%) linfadenectomía (pélvica +/- lumboaórtica), 11 (29%) ganglio centinela seguido de linfadenectomía bilateral y en 16 (42%) biopsia del ganglio centinela solo. En la vía abdominal, se estudiaron los ganglios linfáticos en 14 pacientes (27%): 9 (67%) linfadenectomía y 5 (33%) biopsia del ganglio centinela solo. (Tabla 2).

El promedio de estadía hospitalaria de las pacientes con abordaje laparoscópico fue de 1,5 días (rango 1-6 días) y en la laparotomía fue de 3.2 días (rango 2-14 días). (Figura 2)

Se objetivaron 3 complicaciones, dos lesiones intestinales intraoperatorias (una laparotómica y una laparoscópica) y una dehiscencia de cúpula tardía en el grupo de laparoscopia.

Se administró tratamiento adyuvante en 42 pacientes, en 13 quimioterapia y 29 radioterapia. (Tabla 3)

Se observaron 10 (10,3%) recidivas, 5 (9,24%) en la laparoscopia y 5 (11,6%) en la laparotomía. En la vía laparoscópica, una a nivel de la cúpula vaginal, una ósea y tres en ganglios lumboaórticos; y en la laparotomía tres a nivel hepático y dos peritoneales no evidenciándose diferencia estadística entre ambos abordajes ($p=0.0891$).

Las pacientes tuvieron una SLE del 89% y una SG 87,4%. En el abordaje laparotómica la SLE fue del 89% mientras que la laparoscopia del 90,1% ($p=0,9901$). (Figura 3) La SG fue de 88,1% para el abordaje laparotómica y de 86,2% para pacientes por laparoscopia($p=0,7985$). (Figura 4)

En el análisis de subgrupo de nuestras pacientes, la vía laparoscópica tuvo una mejor SG y SLE que la laparotomía en las pacientes con IVL (Laparoscopia: SG 100% y SLE 100 % vs Laparotomía: SG 90% y SLE 88%), invasión miometrial >50% (Laparoscopia: SG 100% y SLE 93% vs Laparotomía: SG 92% y SLE 88%) y alto grado tumoral (Laparoscopia: SG 100% y SLE 92% vs Laparotomía: SG 75% y SLE 87%) a los 36 y 60 meses; aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. (Tabla 4 y 5)

Discusión:

La utilización de la vía laparoscópica demostró la misma seguridad oncológica que por vía laparotómica, con resultados similares en la SG y SLE, con un menor tiempo de hospitalización y menor tasa de complicaciones.

No se objetivo diferencia estadísticamente significativa para la SLE y SG en ambos grupos. La SLE para la laparotomía fue del 89% y del 90,1% para la laparoscopia ($p=0,9901$). La SG fue de 88,1% para laparotomía y de 86,2% para la laparoscopia($p=0,7985$). En coincidencia con nuestros resultados, numerosos estudios demostraron una SG en el grupo de la laparoscopia del 83 al 94% y en la laparotomía del 86% al 90,1%, mientras que la SLE fue del 82 al 94% y del 81 al 88% respectivamente .³⁻¹⁷⁻²⁰⁻²¹

Varios autores informan que el número de recaídas para la laparoscopia fueron del 10,2-25% y para la laparotomía del 11-27%.³⁻¹⁷⁻²⁰⁻²¹⁻²² Resultados similares fueron encontrados en nuestro estudio en donde hubo un porcentaje de recidiva del 9,24% en la laparoscopia y un 11,6% en la laparotomía.

El sitio de recaída más frecuente reportado en la literatura para el cáncer de endometrio es la cúpula vaginal, con una tasa de recidiva del 1.6 al 3.4% en la laparoscopia y del 1.6 al 4.7% en la laparotomía.³⁻¹²⁻¹⁷ Sin embargo, Farder et al²⁰⁻²² mostró que el 70% de las recaídas en ambos grupos fueron extrapélvicas y no están relacionadas con la vía de abordaje. En coincidencia con este último objetivamos que las recidivas más frecuente para la vía laparoscópica fueron a nivel lumboaórtico y a nivel hepático (extrapelvico) las por vía laparotómica.

Vardar et al²³, evaluó la SLE y SG en ambos abordajes teniendo en cuenta los factores pronósticos. Los resultados mostraron que las pacientes con invasión mayor al 50%, IVL y G3 tuvieron una mayor SG y SLE en el abordaje laparoscópico, aunque solo fue

estadísticamente significativo en quienes tuvieron invasión miometrial. Además analizaron los factores pronósticos agrupándolos en bajo, intermedio y alto riesgo según el consenso de la ESMO. En las pacientes de alto riesgo se pudo encontrar una mayor SG y SLE en la vía laparoscópica ($p=0,002$). En el análisis de subgrupo de nuestras pacientes, la vía laparoscópica tuvo una mejor SG y SLE que la laparotomía en las pacientes con IVL, invasión miometrial >50% y alto grado tumoral a los 36 y 60 meses; aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa lo cual podría deberse al menor número de pacientes en cada grupo.

El tiempo de internación promedio para nuestros pacientes fue de 1,5 en la laparoscopia y de 3,2 en la laparotomía. Al igual que en nuestros resultados, varios autores describen una estancia hospitalaria entre 2 a 4 días en la vía laparotómica y menor a 2 días en la laparoscopia.⁴⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶

Un punto de controversia actual es que algunos trabajos informan peores resultados de seguridad oncológica en pacientes tratadas por vía mínimamente invasiva con la utilización de movilizador uterino.^{9,10,10,11,12} Sin embargo, nosotros lo utilizamos en el 100% de las pacientes operadas por laparoscopia sin empeorar la SG y SLE.

Dentro de las fortalezas en nuestro estudio, destacamos la similitud en las características generales de las pacientes, el tratamiento quirúrgico fue realizado por el mismo grupo de cirujanos y en la misma institución. Como debilidad observamos el menor seguimiento de un pequeño grupo de pacientes en la vía laparoscópica y el tamaño de la muestra.

Concluimos que en nuestro grupo de pacientes el abordaje laparoscópico presenta la misma seguridad oncológica para el tratamiento del cáncer de endometrio que la vía laparotómica independientemente de la IVL, invasión miometrial o el alto grado tumoral.

Bibliografía:

1. Colombo N, Creutzberg C. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer. Diagnosis, Treatment and Follow up. *Annals of Oncology*, 2016; 27:16–41.
2. Network, N.C.C, Uterine Neoplasms. 2018 may 25, updated version 2. 2019: [Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf 2019.
3. Walker JL, Piedmonte MR, Spirtos NM, et al. Recurrence and survival after random assignment to laparoscopy versus laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group LAP2 Study. *J Clin Oncol*. 2012;30:695-700..

4. Walker JL, Piedmonte MR, Spirtos NM, et al. Laparoscopy compared with laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2. *J Clin Oncol*. 2009;27:5331-5336.
5. He H, Zeng D, Ou H, et al. Laparoscopic treatment of endometrial cancer: systematic review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012; 207:94-100.
6. Palomba S, Falbo A, Russo T, et al. Updating of a recent meta-analysis of randomized controlled trials to assess the safety and the efficacy of the laparoscopic surgery for treating early stage endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2009;114:135-136.
7. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, et al. Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *N Engl J Med Overseas Ed* 2018;379:1895–904.
8. Melamed A, Margul D, Chen L. Survival after Minimally Invasive Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer. *J Clin Oncol*. 2009, 10; 27(32): 5331–5336.
9. Padilla Isarte P, Lago V, Tauste C, et al. Impact of uterine manipulator on oncological outcome in endometrial cancer surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020.
10. Uccella S, Bonzini M, Malzoni M, et al. The effect of a uterine manipulator on the recurrence and mortality of endometrial cancer: a multicentric study by the Italian Society of Gynecological Endoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216:592.1–11.
11. Tinelli R, Cicinelli E, Tinelli A, Bettocchi S, Angioni S, Litta P. Laparoscopic treatment of early-stage endometrial cancer with and without uterine manipulator: our experience and review of literature. *Surg Oncol* 2016;25:98–103.
12. Marcos-Sanmartín J, López Fernández JA, Sánchez-Payá J, et al. Does the type of surgical approach and the use of uterine manipulators influence the disease-free survival and recurrence rates in early-stage endometrial cancer? *Int J Gynecol Cancer* 2016;26:1722–6.
13. Amant F, Mirza M, Koskas, et al. Cancer of the corpus uteri. *Int J Gynecol Obstet* 2018; 143(2):37-50.
14. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. *The Lancet*. 2009; 373(9658): 125–136.
15. J. N. Barlin, F. Khoury-Collado, C.H. Kim, et al. The importance of applying a sentinel lymph node mapping algorithm in endometrial cancer staging: beyond removal of blue nodes, *Gynecol. Oncol*. 2012; 125 (3):531–535.

16. Colombo, N., Creutzberg, C., Amant, F., et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2011; 22(1): 16–41.
17. Janda M, Gebski V, Davies M, et al. Effect of Total Laparoscopic Hysterectomy vs Total Abdominal Hysterectomy on Disease-Free Survival Among Women With Stage I Endometrial Cancer. *JAMA*. 2017; 317(12), 1224.
18. Tozzi R, Malur S, Koehler C, Schneider A et al. Laparoscopy versus laparotomy in endometrial cancer: first analysis of survival of a randomized prospective study. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2005;12(2):130-6.
19. Lu Q, Liu H, Liu C, Wang S, et al. Comparison of laparoscopy and laparotomy for management of endometrial carcinoma: a prospective randomized study with 11-year experience. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 2013;139:1853-9.
20. Fader AN, Java J, Tenney M, et al. Impact of histology and surgical approach on survival among women with early-stage, high-grade uterine cancer. *Oncology/ Gynecologic Oncology Group ancillary analysis*. *Gynecol Oncol* 2016;143:460-5.
21. Favero G, Anton C, Le X, et al. Oncologic safety of laparoscopy in the surgical treatment of type II endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2016;26:1673-8.
22. Fader, A. N., Seamon, L. G., et al. Minimally invasive surgery versus laparotomy in women with high grade endometrial cancer: A multi-site study performed at high volume cancer centers. *Gynecologic Oncology*, 2012; 126(2): 180–185.
23. Vardar M, Gulec A, Guzel, et al. Laparoscopic surgery for low, intermediate and high-risk endometrial cancer. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2019; 30(2).
24. Togami, S., Kawamura, T., Yanazume, S., et al. Comparison of survival outcomes between laparoscopic and open surgery in patients with low-risk endometrial cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*.(2020)
25. Sanmartin J, Lopez J, Saachez-Paya J et al. Does the Type of Surgical Approach and the Use of Uterine Manipulators Influence the Disease-Free Survival and Recurrence Rates in Early-Stage Endometrial Cancer? *Int J Gynecol Cancer* 2016;26:1722-1726
26. Mourits MJ, Bijen CB, Arts HJ, et al. Safety of laparoscopy versus laparotomy in early-stage endometrial cancer: a randomised trial. *Lancet Oncol*. 2010;11:763-771

Anexos:

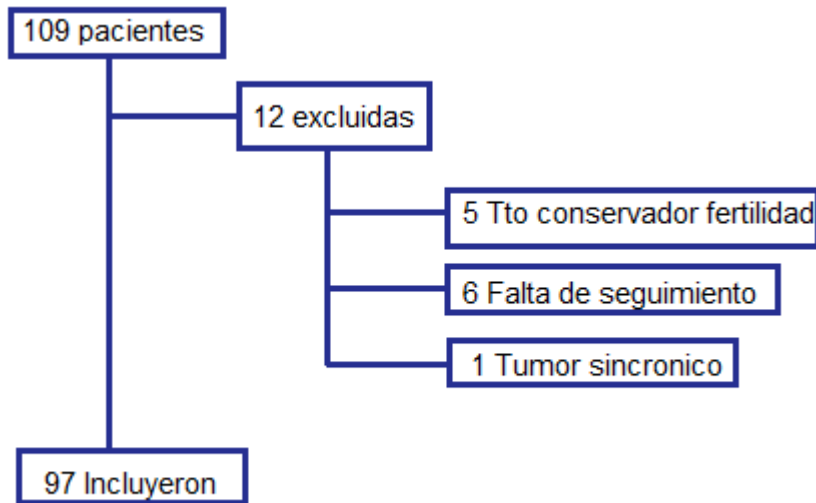


Figura 1: Criterios de selección de pacientes.

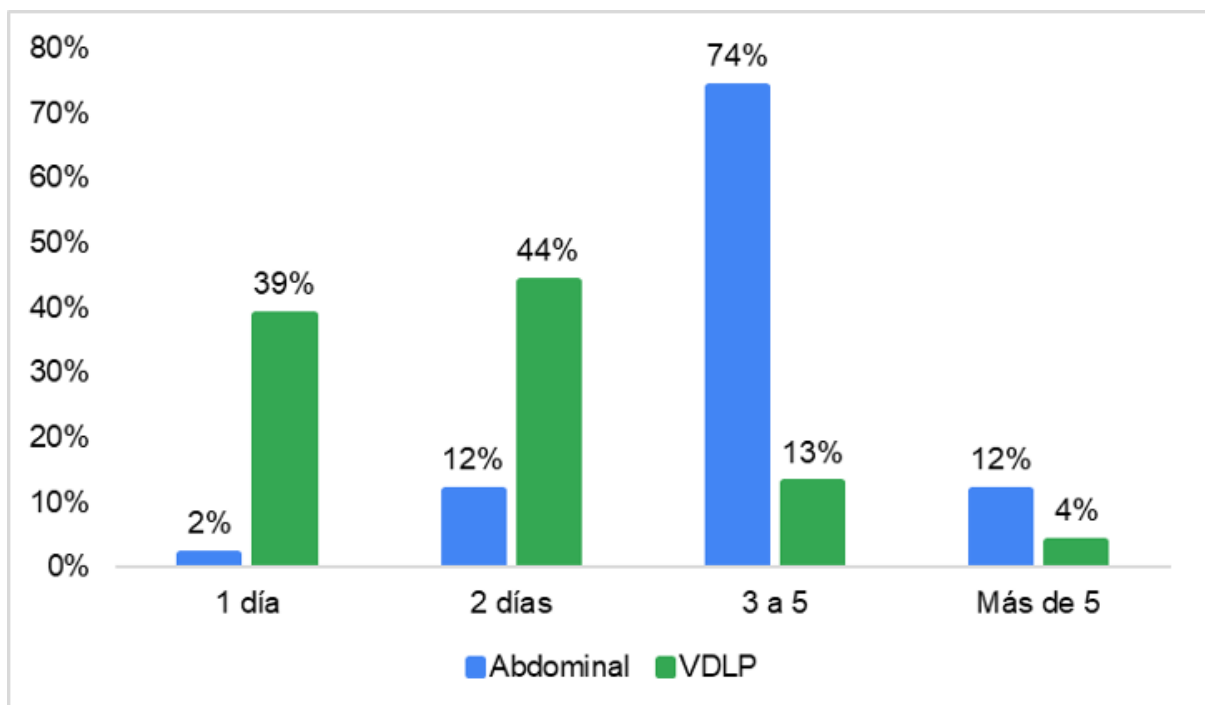


Figura 2: Días de internación que permanecieron las pacientes según el abordaje quirúrgico recibido.

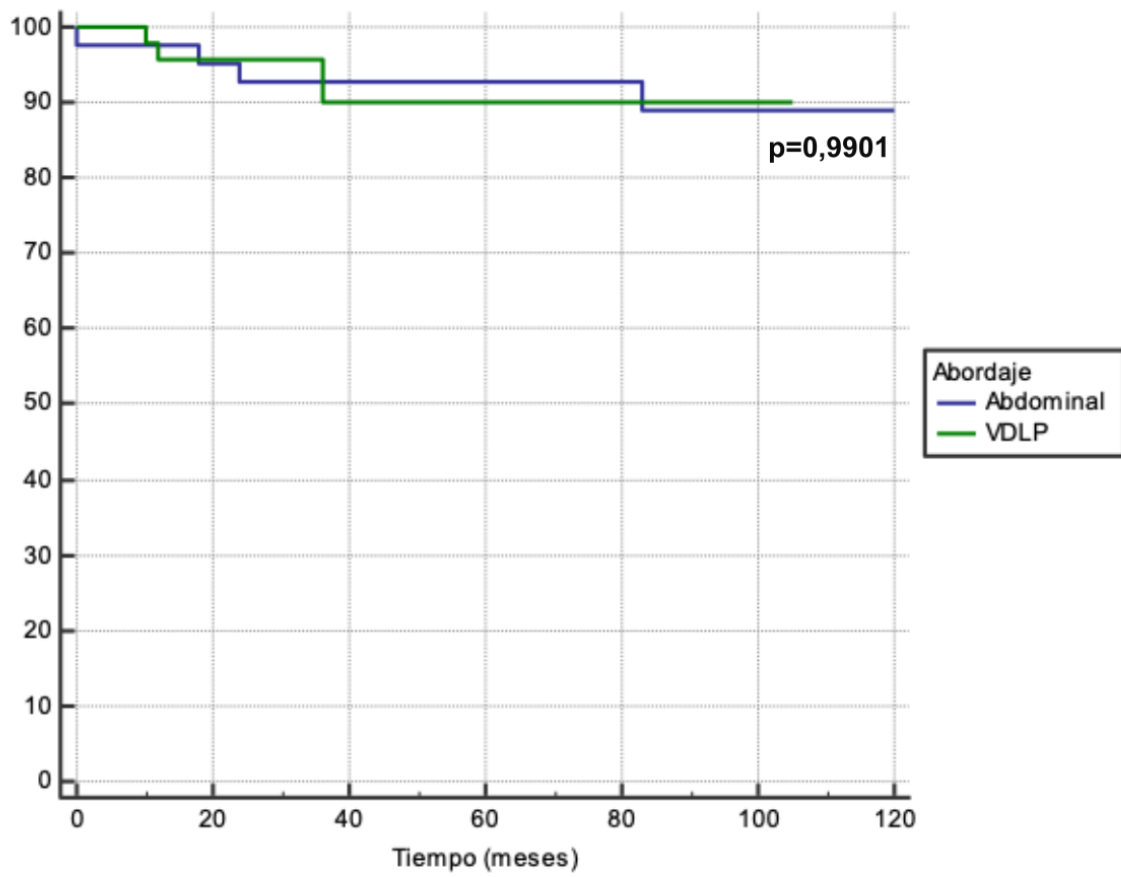


Figura 3. Curva de sobrevida con tiempo (meses) de SLE para ambas vías de abordaje.

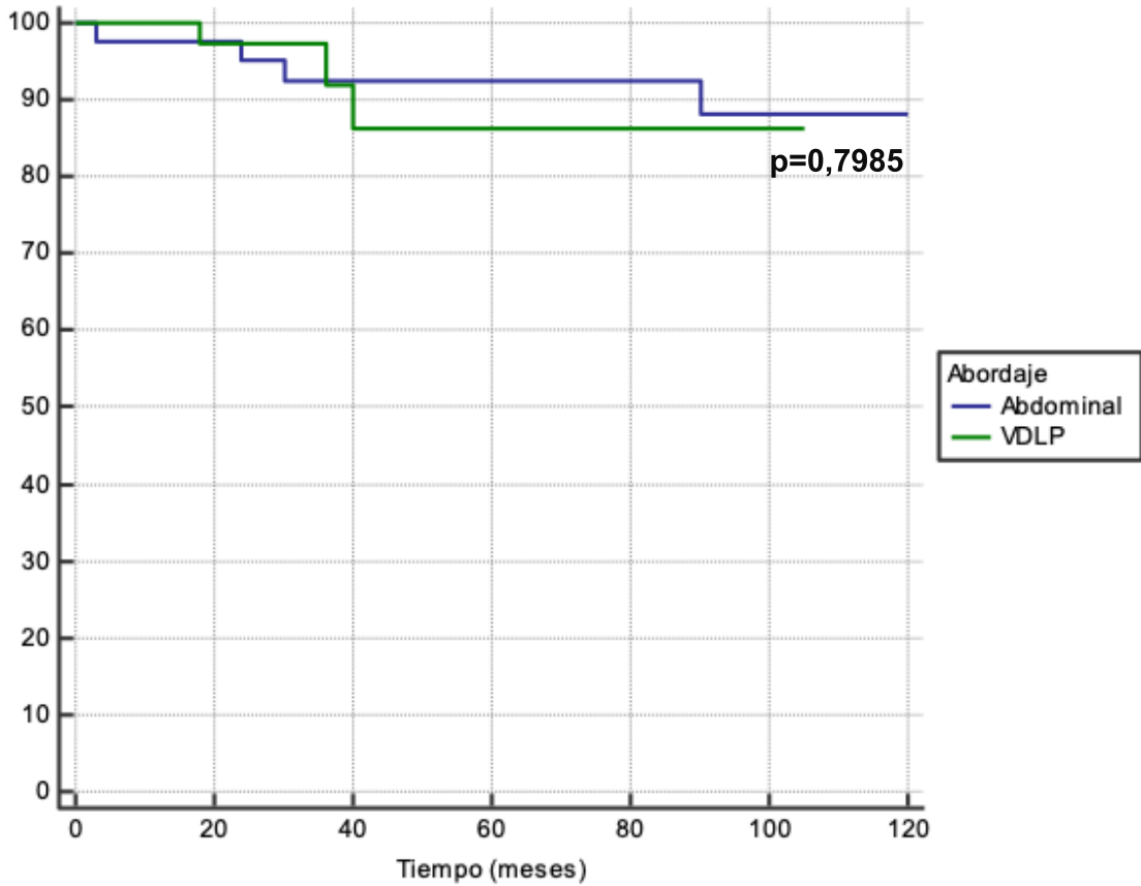


Figura 4. Curva de sobrevida con tiempo (meses) de SG para ambas vías de abordaje.

Tabla 1. Características generales de las pacientes e intraoperatorias según tipo de abordaje quirúrgico.

| Variables | Categorías | Laparotomía | | Laparoscopia | | P-Valor |
|-----------|------------|-------------|-----|--------------|-----|---------|
| IMC | 18 A 25 | 8 | 19% | 8 | 15% | 0.065 |
| | 25 A 30 | 15 | 35% | 30 | 56% | |
| | >30 | 10 | 23% | 15 | 28% | |
| | Sin datos | 10 | 23% | 1 | 2% | |
| Paridad | Si | 31 | 72% | 39 | 72% | 0.9887 |
| | No | 12 | 28% | 15 | 28% | |

| | | | | | | |
|-----------------|-------------------|-----|-----|----|-----|--------|
| GC | Si | 4 | 9% | 20 | 37% | 0.0017 |
| | No | 39 | 91% | 34 | 63% | |
| Linfadenectomía | Pélvico Bilateral | 14 | 33% | 22 | 40% | 0.1667 |
| | Pélvico derecho | 0 | 0% | 1 | 2% | |
| | Pélvico izquierdo | 0 | 0% | 2 | 4% | |
| | Aórtico | 0 | 0% | 1 | 2% | |
| | Pélvico+Aórtico | 4 | 9% | 0 | 0% | |
| | No | 259 | 58% | 28 | 52% | |

Tabla 2. Anatomía patológica de las pacientes según tipo de abordaje quirúrgico

| Variables | Categorías | Laparotomía | | Laparoscopia | | P-Valor |
|----------------------------|----------------|-------------|-----|--------------|-----|------------------------------------------------------------|
| Histología | Endometrioides | 39 | 91% | 46 | 85% | Debido al escaso número de pacientes no se puede calcular. |
| | Seroso-Papilar | 3 | 7% | 4 | 7% | |
| | Células Claras | 1 | 2% | 4 | 7% | |
| Grado | 1 | 15 | 35% | 11 | 20% | 0.2737 |
| | 2 | 20 | 47% | 30 | 56% | |
| | 3 | 8 | 19% | 13 | 24% | |
| Invasión Miometrial | Sin invasión | 7 | 16% | 8 | 15% | 0.9545 |
| | <50% | 21 | 49% | 28 | 52% | |
| | >50% | 15 | 35% | 18 | 33% | |
| Infiltración Linfovascular | Si | 11 | 26% | 8 | 15% | 0.3992 |
| | No | 32 | 74% | 46 | 85% | |

| | | | | | | |
|-------------------|-------------|----|-----|----|-----|--------|
| Ganglios | Si | 3 | 7% | 6 | 11% | 0.2129 |
| | No | 19 | 44% | 31 | 57% | |
| | Sin estudio | 21 | 49% | 17 | 31% | |
| Estadio Figo 2018 | 1A | 26 | 60% | 34 | 63% | 0.0525 |
| | 1B | 8 | 19% | 13 | 24% | |
| | 2A | 2 | 5% | 0 | 0% | |
| | 3A | 2 | 5% | 0 | 0% | |
| | 3B | 0 | 0% | 1 | 2% | |
| | 3C | 5 | 11% | 6 | 11% | |

Tabla 3. Tratamiento adyuvante según tipo de abordaje quirúrgico.

| Adyuvancia | | Laparotomía | | Laparoscopia | |
|---------------|--------------------------------------|-------------|-----|--------------|-----|
| | | | | | |
| Radioterapia | Radioterapia externa | 9 | 21% | 6 | 11% |
| | Braquiterapia | 1 | 2% | 2 | 4% |
| | Radioterapia externa + Braquiterapia | 2 | 5% | 9 | 17% |
| | No se realizó | 31 | 72% | 37 | 69% |
| Quimioterapia | Platinos +Taxanos | 8 | 19% | 4 | 11% |
| | Terapia Hormonal | 1 | 2% | 0 | 0% |
| | No se realizó | 34 | 79% | 48 | 89% |

Tabla 4. Análisis de sobrevida global en los subgrupos en ambos abordajes.

| Sub-grupos | N | Laparoscopia | | | | | | | Laparotomía | | | | | | P-Valor | |
|------------|----|--------------|----------|----|---|----------|----|---------|-------------|----------|----|---------------|----------|----|-----------------------|--------|
| | | N | 36 meses | | | 60 meses | | | N | 36 meses | | | 60 meses | | | |
| | | | SG(%) | NS | O | SG(%) | NS | O | | SG | NS | O | SG | NS | | O |
| IVL | 19 | 8 (15%) | 100 | 0 | 0 | 80 | 3 | 1 (40m) | 11 (26%) | 90 | 0 | 1 (30m) | 70 | 0 | 1 (60m) | 0,7335 |
| IM | 33 | 15 (35%) | 100 | 0 | 0 | 80 | 0 | 1 (40m) | 18 (33%) | 92 | 0 | 1 (30m) | 75 | 1 | 3 (40m 50m 60m) | 0,7496 |
| G3 | 21 | 13 (24%) | 100 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 8 (19%) | 75 | 0 | 2 (3m 24m) | 62 | 0 | 1 (40m) | 0,0657 |

SG: Sobrevida global, IM: Invasión miometrial >50%, NG: No cumplieron con seguimiento, O: Obito.

Tabla 5. Análisis de sobrevida libre de enfermedad en los subgrupos en ambos abordajes.

| Sub-grupos | N | Laparoscopia | | | | | | | Laparotomía | | | | | | P-Valor | |
|------------|----|--------------|----------|----|--------|----------|----|---------|-------------|----------|----|----------------|----------|----|---------|--------|
| | | N | 36 meses | | | 60 meses | | | N | 36 meses | | | 60 meses | | | |
| | | | SLE(%) | NS | R | SLE(%) | NS | R | | SLE(%) | NS | R | SLE(%) | NS | | R |
| IVL | 19 | 8 (15%) | 100 | 0 | 0 | 90 | 3 | 1 (36m) | 11 (26%) | 100 | 0 | 0 | 90 | 0 | 1 (54m) | 0,8435 |
| IM | 33 | 15 (35%) | 93 | 0 | 1 (3m) | 88 | 0 | 1 (36m) | 18 (33%) | 88 | 0 | 2 (10m 12m) | 86 | 1 | 0 | 0,6632 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|-----------------|----|---|------------|----|---|------------|----------------|----|---|-----------|----|---|----------------|-------|
| G3 | 21 | 13 (24 %) | 92 | 0 | 1 (12m) | 84 | 0 | 1 (54m) | 8 (19 %) | 87 | 0 | 1 (3m) | 75 | 0 | 1 (36 m) | 0,087 |
|----|----|-----------------|----|---|------------|----|---|------------|----------------|----|---|-----------|----|---|----------------|-------|

SLE: Sobrevida libre de enfermedad, IM: Invasión miometrial >50%, NG: No cumplieron con seguimiento, R: Recurrencia.