

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER PÉLVICO AVANZADO

Dr. Ángel E. Argueta

El comportamiento biológico especial de algunos cánceres de los órganos pélvicos que invaden estructuras vecinas sin dar metástasis lejanas a pesar de su estadio avanzado les hace candidatos a ser removidos quirúrgicamente en bloque con fines curativos o a veces paliativos. (10). Este estudio se lleva a cabo en base a los seis casos sometidos a Exenteración Pélvica y veinticuatro casos de Histerectomía Radical (Operación Wertheim) realizadas en los últimos tres años en el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Escuela y centros privados de Tegucigalpa, Honduras.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cérvix, Recto y Sigmoide. Pueden extenderse a las visceras vecinas y dar lugar a obstrucciones y fístulas sin producir metástasis distantes; no obstante, su extensión a las paredes pélvicas, plexo sacro, o vasos ilíacos los transforman en inoperables. (4, 10).

El Cáncer de Vejiga Crece lentamente hacia los tejidos perivesicales y a diferencia de los anteriores permanece menos tiempo localizado. (6)

Los Cánceres de Próstata. Vagina y Vulva, tienden a dar metástasis precozmente aún cuando el primario permanezca localizado. (4).

El Cáncer de Ovario. Suele implantarse en la serosa de los órganos pero no los infiltra inicialmente, esto da lugar a pseudo-ileos porque interfiere en sus funciones. (3).

Los Síntomas Primarios del cáncer pélvico localmente avanzados suelen ser la hemorragia o la obs-

trucción y síntomas secundarios debidos a la invasión de las estructuras vecinas como son las fístulas, erosiones de vasos sanguíneos, adenopatías regionales, edemas de las extremidades, dolor por infiltración de los plexos nerviosos. (4).

La Evaluación: Determinará el estadio de la enfermedad y valorará los siguientes factores de operabilidad,

- #
1. Tipo de Tumor: Entre más anaplásico sea, mayor es su virulencia y peor su pronóstico. (t-10).
2. Grado de Extensión: Un tumor que está fijo a las paredes pélvicas no es resecable. (7).
3. Estado General: La caquexia, tuberculosis o enfermedades cardiopulmonares pueden contraindicar la cirugía. (7-10).
4. La Edad: No contraindica la cirugía radical, sin embargo la mortalidad hospitalaria se eleva de 0o/o en los menos de 40 años a 23o/o en mayores de 65 años de edad. (7-10).
5. Obesidad: No es contraindicación absoluta pero da lugar a dificultades técnicas y favorece los problemas cardiorespiratorios en el post-operatorio. (7-10).
6. Pérdida de Peso: Es sinónimo de progresión de la enfermedad; una pérdida de 6 kgr entre meses eleva la mortalidad al 40o/o (1).
7. Dolor Pélvico: Irradiado a una o ambas extremidades significa infiltración del plexo sacro y por tanto inoperabilidad. (7).
8. Edema: Cuando está localizado en la región púbica o extremidades indica infiltración linfática

* Jefe del Servicio de Cirugía Oncológica
Hospital Escuela

o vascular extensa y por consiguiente no operable. (7-10).

9. La Hepatomegalia y Adenopatías Inguinales: son signos graves de extensión extrapélvica. (7).
10. Sepsis: En un tumor contraindica la cirugía por la alta mortalidad post-operatoria a que da lugar. (7).
11. Datos de Laboratorio: Valores bajos de Hb y Hto expresarían un estado de shock crónico así como pruebas anormales hepáticas, pueden significar la existencia de múltiples metástasis. (4-7-10).
12. Los Estudios Radiográficos: Determinan el grado de extensión y localización del tumor, tienen a la vez valor pronóstico así: La obstrucción de un uréter en Ca. de Cérvix da un 50o/o de que sea resecable mientras la obstrucción de ambos da 0o/o. (4-7-10).

Finalmente si la cirugía va a ser extraordinariamente difícil técnicamente o el cirujano no tiene la suficiente capacidad y experiencia en este tipo de intervención es mejor no hacer la cirugía. (7).

Tratamiento Quirúrgico.

Cáncer de Vejiga! En fase avanzada es tratado con Cistectomía Radical y disección de ganglios; por lo general cuando invade órganos vecinos ya existen metástasis lejanas por lo que el paciente no es candidato a Exenteración pélvica. (6-7)

Cáncer de Próstata. En estadio C y D es manejado con CO60 y administración de hormonas antian-drogénicas u Orquidectomía (4).

Cáncer de Vagina. En estadio III, IV, y a veces II su tratamiento es con radioterapia pero si persiste o se extiende a vejiga o recto puede requerir exenteración pélvica mas disección de ganglios ilíacos si es de los 2/3 superiores, y disección de ganglios inguinales y vulvectomía si es del 1/3 distal. (4-9).

Cáncer de Endometrio: en estadio III el tratamiento es una combinación de Cobaltoterapia e Histerectomía Radical, en tanto la Exenteración Pélvica estaría indicada en estadio IV si invade órganos vecinos. (1-4-9).

Cáncer de Ovario.

La finalidad de la cirugía en estadios avanzados es reseca la mayor cantidad de tumor para favorecer

la acción de la quimioterapia y Cobaltoterapia en el post-operatorio. (3-4-8).

Cáncer de Recto Sigmoide o Ano:

- a) En fase avanzada está permitida la resección paliativa abdomino-perineal como medio de aliviar el tenesmo y el dolor. (4-9)
- b) Se recomienda la resección amplia perineal en caso de recurrencia local. (4).
- c) En casos bien seleccionados y si se demuestra la existencia de una metástasis única en hígado, se aconseja su resección, en estos pacientes se ha obtenido mayor supervivencia (4)
- d) La Exenteración pélvica posterior debe realizarse en caso de extensión a útero o vagina, y total si se extiende a próstata o vejiga.

Con este tipo de operación se consigue en el 30o/o de los casos un control de más de cinco años (4-5-9).

Son contraindicaciones absolutas para este tipo de cirugía .

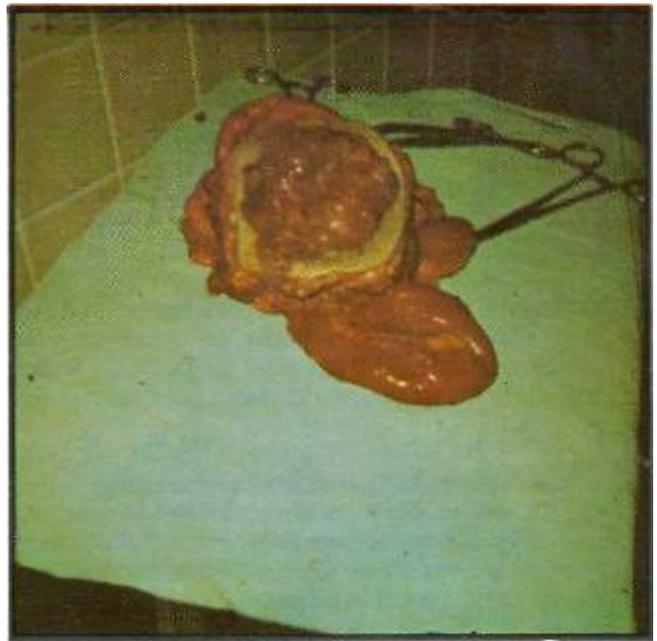
- a) La extensión tumoral a las paredes pélvicas.
- b) La diseminación extrapélvica. (4-5-9)
- e) La recurrencia a nivel de la pared abdominal por implantes malignos al momento de la resección primaria es factible y cuando se presenta con frecuencia ha invadido otros órganos por Continuidad, en estos pacientes, y si no hay metástasis distantes deberá hacerse la resección en bloque de múltiples órganos. (8)

Cáncer de Cérvix

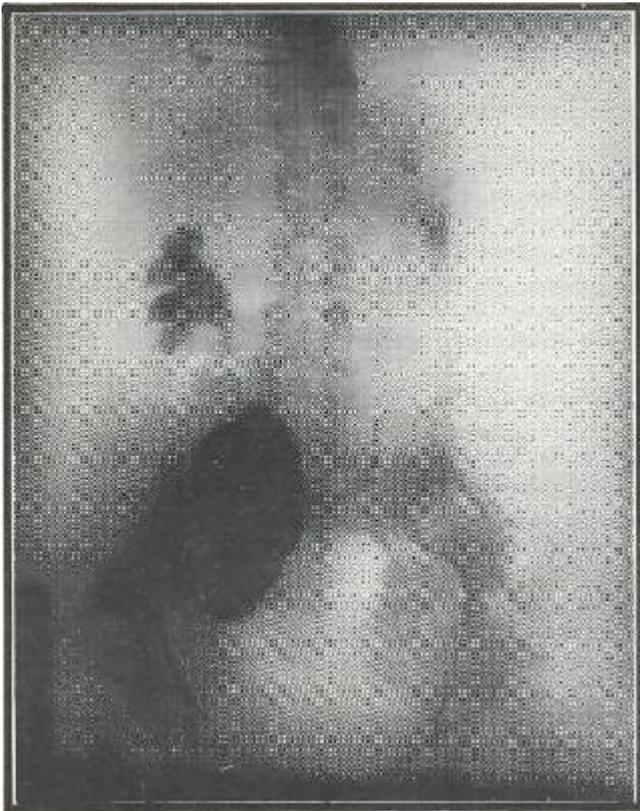
- a) La derivación urinaria paliativa por obstrucción de ambos uréteres por cáncer de cervix avanzado está totalmente contraindicada por el alto riesgo operatorio y mínima supervivencia. (7)
- b) Los casos de cáncer de cervix avanzado persistente o recurrente pos-radiación y los casos de necrosis por radiación de órganos pélvicos pueden ser tratados con Histerectomía Radical si la lesión es pequeña, pero si el tumor invade vejiga y/o recto se aconseja la Exenteración Pélvica total o parcial con o sin derivación urinaria. La supervivencia a 5 años de los casos así tratados ha sido del 20o/o a 30o/o y más en pacientes bien seleccionados. (2-4-9).



Especimen operatorio de exenteración Pélvica Posterior de un cáncer de año que invadía Ampolla Rectal, Vagina y Vulva.



Especimen de un paciente con implante maligno a la pared pélvica de un cáncer de sigmoide previamente reseado y que invadía la pared abdominal, 2 asas intestinales y vejiga.



Radiografía post-operatoria de una paciente sometida a exenteración Pélvica Anterior por un cáncer de cervix estadio III resistente a la cobaltoterapia que invadía vejiga. El film demuestra la derivación urinaria a un segmento del Colon.



Especimen de una Vulvectomía Radical por Ca. de Vulva.

CONCLUSIÓN

Es de vital importancia la evaluación minuciosa de todo paciente con cáncer pélvico avanzado, ya que un tratamiento quirúrgico decisivo puede dar lugar a años de bienestar y el reingreso a la sociedad de pacientes considerados en otros tiempos, casos perdidos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1/ Edward H. Copenhaver M.D.— Management of Adenocarcinoma of the Endometrium. *Surgical Clinics of North America*, vol. 47. vol. 47, No. 3, 1967 Pag. 723.
- 2/ J,R. van Nagell Jr. M.D.— Evaluation and Treatment of Patient with Invasive Cervical Cáncer — *Surgical Clinics of North America* vol. 58 - No. 1 - 1978 pag. 67.
- 3/ C. Thomas Griffiths, M.D. — Intensive Surgical and Chemotherapeutic Management of Advanced Ovarian Cáncer, — *Surgical Clinics of North America*, vol 58 — No. 1-1978 Pag. 131.
- 4/ Walter Lawrence Jr. M.D. — *Cáncer Management-1977* - Grune & Stratton Inc. New York - N.Y.
- 5/ Otto Kaser M.D. and Franz A. Ikte M.D. - *Gynecology Operatio.il, Indications, Technic and Results 1967.-* Gruñe & Stratton Inc. - West Germany.
- 6/ Willet F. Whitmore Jr. M.D. - *The Treatment of Bladder Tumors. Surgical Clinics of North America* vol. 49-No. 2-1969-Pag. 349.
- 7/ Hugh R.K. Barber, M.D.- *Relative Prognostie Significance of Preoperative and Operative Findings in Pelvic Exanteration — Surgical Clinics of North America* vol 49 No. 2 - 1969 - Pag. 431.
- 8/ Stuart H. Q. Quan M.D. — *Pelvic Surgery Concomitant with Bowel Resection for Carcinoma — Surgical Clinics of North America—* vol 54 — No. 4 1974 — Pag. 881.
- 9/ James H. Nelson, Jr. M.D. - *Atlas of Radical Pelvic Surgery — Appleton Century Crafts 1977, New York N.y.*
- 10/ John S. Spratt Jr. M.D. — *Exenterative Surgery of the Pelvis. — W.B. Saunders Company, vol. XII — 1973. Philadelphia- U.S.A.*