

EXENTERACIONES PÉLVICAS: ¿FANTASÍA O REALIDAD?

*Dr. Oscar Flores Funes **

RESUMEN

Presentamos un informe de EXENTERACIONES PÉLVICAS realizadas en 8 pacientes con cánceres ginecológicos. 6 con persistencia o recurrencia por cáncer cérvico-uterino y 2 por cáncer vulvar T3 NO MO. Estas operaciones se hicieron en pacientes de las salas de Ginecología de los hospitales Escuela y del Instituto Hondureño de Seguridad Social, en un periodo de 3 años, por lo que el propósito no es evaluar sobrevida sino dejar constancia de la importancia y validez de este tipo de cirugía.

INTRODUCCIÓN

Las EXENTERACIONES PÉLVICAS entran en el grupo de las llamadas operaciones ultra o supraradicales, debido a que son de tal magnitud que causan mucho daño psicológico y biológico a las pacientes (13). Sin embargo pueden ser la línea divisoria entre la vida y la muerte, constituyéndose en "CIRUGÍA DE SALVAMENTO" para pacientes con persistencia o recurrencia a la Radioterapia en cáncer cérvico-uterino, o bien como tratamiento primario en otros tipos de cánceres como el vulvar (3).

Dada la alta morbilidad y mortalidad de las EXENTERACIONES PÉLVICAS, algunos cirujanos, incluidos Oncólogos, no están de acuerdo con su uso, pero el no realizarlas condena a la muerte a

pacientes en las que está indicada la cirugía y que todavía se les puede ofrecer una oportunidad más de vivir. Existen tres tipos de EXENTERACIONES PÉLVICAS: ANTERIOR, POSTERIOR y TOTAL. La anterior es la remoción en bloque de ovarios, útero, vagina y vejiga; la posterior consiste en reseca ovarios, útero, vagina y recto; y la total que es prácticamente la suma de anterior y posterior (6,7). En ocasiones se agrega el tiempo perineal a las EXENTERACIONES PÉLVICAS, como la resección de ano, región perineal y/o vulva.

Cuando se ha tratado un cáncer cérvicouterino sin lograr la curación, pero completando las dosis de Radioterapia, queda únicamente la posibilidad de rescatar estas pacientes con cirugía que es del tipo de Histerectomía radical o de EXENTERACION PÉLVICA. La primera se reserva para pequeñas recurrencias o persistencias centrales, la segunda para tumores mayores, de preferencia centrales, por lo que al hacerlas se garantiza un margen adecuado al reseca en bloque las visceras cercanas al tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro trabajo lo hemos realizado de marzo de 1983 a diciembre de 1985, con el aporte de pacientes de la sala de Ginecología del Hospital-Escuela y del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Las primeras fueron radiadas en el servicio de Oncología General ("San Felipe"), 5 pacientes con persistencia o recurrencia tumoral en cáncer cérvico-uterino, y otro también de cérvix tratado con radiación en el IHSS. Los estadios fueron tres en II B y los otros casos en III B. Hubo además dos

* Profesor de pre y postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, departamento de Ginecología y Obstetricia. Oncólogo quirúrgico del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

primarios de vulva, interesantes por lo raros y avanzados, ambos vistos en el Bloque Materno-Infantil, uno de ellos diagnosticado como carcinoma epidermoide tipo verrucoso (ver fotografía No. 3) y un Rbdomiosarcoma (Sarcoma Botrioides) persistente (ver fotografías No. 1 y 2).

En total son ocho las pacientes, distribuidas así:

AÑO	No. DE CASOS
1983	3
1984	2
1985	3
TOTAL	8

En estos tres años se realizaron 4 laparotomías más por recurrencia de cáncer cérvico-uterino. En dos se hizo únicamente Histerectomía Radical porque se encontró un buen plano de disección entre vejiga y cérvix, el tumor era pequeño, y se garantizaban buenos márgenes sin necesidad de reseca la vejiga. En los otros dos casos no se pudo realizar ningún tipo de procedimiento, una tuvo ganglios para-aórticos positivos en el transoperatorio y otra con tumor muy cercano al hueso pélvico lo que no permitía una segura resección.

Los diferentes tipos de EXENTERACIONES PÉLVICAS se detallan en el siguiente cuadro:

TIPOS DE EXENTERACIONES PÉLVICAS	
ANTERIOR	5
TOTAL	3
POSTERIOR	0

En cuatro casos se hizo un tiempo perineal, 2 por cáncer primario de vulva y en los otros de cérvix debido a la extensión del tumor, dos de estas Exenteraciones fueron anteriores y las otras fueron totales.

Cuando hacemos una EXENTERACION PÉLVICA ANTERIOR la derivación urinaria es del tipo "CONDUCTO ILEAL", en la que los uréteres se anastomosan en la parte antimesentérica de un segmento aislado de ileon. En caso de hacer una EXENTERACION TOTAL realizamos una "VEJIGA SIGMOIDEA" con la cual se reduce un procedimiento quirúrgico, que es la anastomosis término-terminal del ileon.

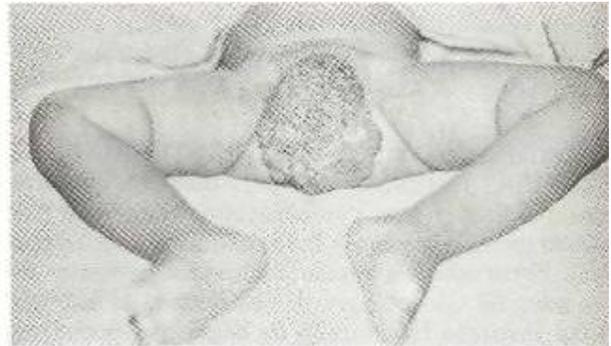


FIG. No. 1 SARCOMA BOTRIOIDE DE VULVA en una paciente de 2 años de edad, con persistencia tumoral.

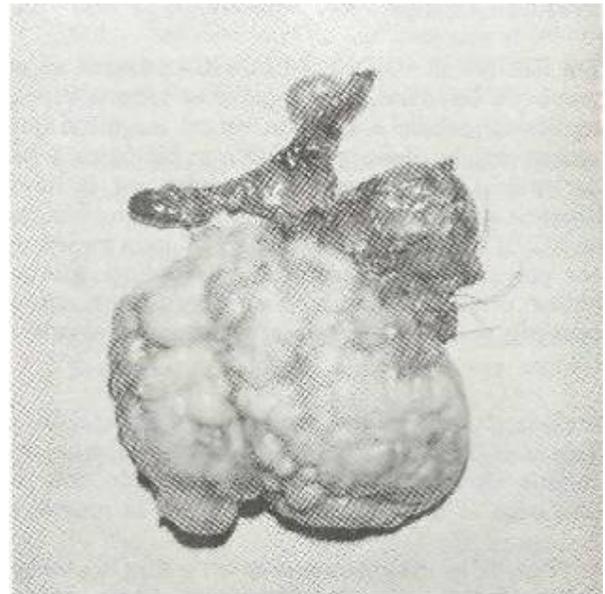


FIG. No. 2. PRODUCTO DE EXENTERACION ANTERIOR MAS VULVECTOMIA TOTAL EN EL SARCOMA BOTRIOIDES

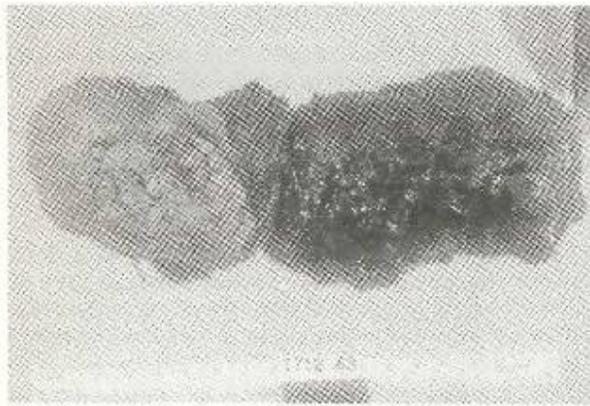


FIG. No. 3. CARCINOMA EPIDERMÓIDE TIPO VERRUCOSO. Evolución 8 años. Pieza de EXENTERACION ANTERIOR MAS VULVECTOMIA TOTAL.

con



FIGURA No. 4. ACERCAMIENTO DEL ESTOMA DE DERIVACION URINARIA TIPO CONDUCTO ILEAL. EXENTERACION ANTERIOR POR RECURRENCIA DE CANCER CERVICO-UTERINO.

adecuada valoración de la cavidad abdominal y de la pelvis, producto de la experiencia y buen juicio del Oncólogo quirúrgico. Se toman

la

biopsias transoperatorias de cualquier zona sospechosa y de los ganglios para-aórticos, si alguna resulta positiva se abandona la cirugía. Con biopsias negativas se exponen los espacios pararectal, pre y paravesicales, la exploración cuidadosa de estos espacios permite decidir si es posible la resección.

Es bueno recordar que en las EXENTERACIONES PÉLVICAS es hasta el momento de la laparotomía, "con el abdomen abierto", que se decide la EXENTERACION y el tipo a realizar.

No hago la linfadenectomía pélvica y explico las razones al momento de la revisión bibliográfica, la resección debe ser con los órganos en bloque (ver figura No. 2), siguiendo siempre los principios oncológicos básicos.

Después de la resección surge el problema del manejo de la cavidad pélvica desperitonizada, nosotros dejamos una compresa en el lecho quirúrgico por 48 horas y se retira bajo anestesia general. Con esto se hace hemostasia y se reacomodan las asas intestinales. No hemos tenido ningún problema atribuible a esta técnica.

Con ayuda de los Residentes de Gineco-Obstetricia y los Internos hemos realizado estas operaciones con tiempos que van desde 3 horas con 45' hasta 6 horas, con una media de 5 horas.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

No tuvimos muertes en el transoperatorio ni en los primeros 30 días. La morbilidad es alta pero controlable. Solo 3 casos de los 8 no tuvieron ningún tipo de morbilidad. En uno hubo celulitis pélvica, 3 fístulas rectoperineales, una infección urinaria severa y refractaria a tratamiento pero que logró controlarse; otras 2 pacientes presentaron "stress hepático". Algunas de estas pacientes presentaron otras complicaciones de menor importancia.

RESULTADOS

Para los cánceres cérvico-uterinos en el informe de Anatomía patológica hubo compromiso macro y microscópico de vejiga en dos casos, tabique vésico-vaginal en uno; en los dos casos de cáncer vulvar

también estuvieron tomados macro y microscópicamente tabique vesico-vaginal y uretra.

Un tumor de los persistentes midió 6 x 5 cm., el quitar la vejiga sirvió para dar un margen adecuado, mismo razonamiento utilizado en los otros, en los que no fue posible disecar entre cérvix y vejiga. En estos tres no se informó compromiso vesical.

De las 8 EXENTERACIONES PÉLVICAS 6 están vivas sin actividad inmorral, asintomáticas en períodos que varían de 4 meses a 3 años. Las otras dos fallecieron a los seis meses y al año por cáncer, en una se informó compromiso microscópico de la grasa perivesical y en la otra también compromiso microscópico en el margen vaginal.

En todas las pacientes se ha establecido un cuidadoso seguimiento.

En el cuadro que sigue se resumen los primeros resultados:

EVALUACION CRONOLOGICA DE LAS EXENTERACIONES PELVICAS SOBREVIDA EN AÑOS Y MESES

EDAD	No. DE CASO	TRATAMIENTO PRIMARIO	PERSISTENCIA	RECURRENCIA	TIEMPO DE SOBREVIDA
53 a.	1	EXENTERACION + VULVECTOMIA			3 AÑOS
45 a.	2	RADIODTERAPIA	Ca cu		2a. 6m.
37 a.	3	"	Ca cu		2a. 6m.
43 a.	4	"		Ca cu	1 año +
50 a.	5	"		Ca cu	6 m. +
2 a.	6	EXCISION			8 m.
34 a.	7	RADIODTERAPIA	Ca cu		4 m.
34 a.	8	RADIODTERAPIA	Ca cu		4 m.

+ Fallecieron con actividad tumoral.

DISCUSIÓN

La EXENTERACION PÉLVICA ha sido usada en una variedad de malignidades, pero su papel más importante es en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino persistente (refractario a tratamiento con Radioterapia) o recurrente (respondió a la Radioterapia pero reaparece la actividad tumoral después de 6 meses de tratamiento) (6).

El tiempo de la cirugía es entre 6 y 8 horas, con pérdidas sanguíneas de 2000 a 3000 cc. Generalmente se hace en un campo máximamente

radiado agregando más dificultad a un procedimiento ya de por sí difícil (8).

Algunos autores consideran estas operaciones de tal magnitud que recomiendan hacerlas únicamente en centros oncológicos y con equipos formados por Oncólogos, enterostomistas y Psiquiatras (4).

La operación además de larga es muy peligrosa por lo extenso de la disección y porque la paciente necesita mucho tiempo para recuperarse (19).

La presencia de edema uni o bilateral de miembros inferiores, dolor tipo ciático, evidencia pielográfica de obstrucción bilateral, problemas de tipo médico (cardiópatas, enfermedades pulmonares, obesidad, etc.) o psiquiátrico, contraindican la cirugía (7, 9, 19). La selección de las pacientes se hace en base a: 1) presencia o ausencia de síntomas, 2) localizador! y extensión del cáncer, 3) el tiempo del tratamiento primario y la recurrencia, y 4) hallazgos del pielograma intravenoso (17). En casos bien seleccionados la sobrevida puede ser hasta de 60o/o (8).

Realizada la laparotomía y si el tumor no involucra uréteres, paredes laterales de pelvis, base de vejiga o septum recto-vaginal se hace únicamente una Histerectomía Radical.

En el acto operatorio cualquier área sospechosa debe biopsiarse, lo mismo que los ganglios para-aórticos y las paredes laterales de la pelvis; se hacen biopsias por congelación y si salen positivas no se realiza la EXENTERACION PÉLVICA (9). Si todo resulta negativo se procede a realizarla, con fines curativos (4,6,15), que es el acuerdo de casi todos los autores. Una minoría de estudios consideran que en circunstancias especiales pueden hacerse sin la absoluta seguridad de curación, sino con fines paliativos (20).

Para determinar la reseabilidad del tumor es necesario desarrollar los espacios paravesical y pararectal, lo que se logra de manera sencilla y sin producirse sangrado (10). La extensión a la vejiga no disminuye apreciablemente la tasa de curación (19).

El uso de engrapadoras de anastomosis intestinales, de cortes y ligaduras han simplificado las

resecciones y han disminuido el tiempo de las EXENTERACIONES al facilitar la resección de sigmoides, la construcción de las derivaciones urinarias y la resección del omento de la curvatura mayor del estómago y del colon transversal (15).

La linfadenectomía es innecesaria en la EXENTERACIÓN porque aumenta la morbilidad, si los ganglios son negativos no beneficia la operación, y si son positivos no modifica la supervivencia y las pacientes mueren con enfermedad (8, 19). Se ha probado que también se aumentan las complicaciones cuando se hacen las linfadenectomías pélvicas en pacientes que han recibido más de 4000 rads (17).

El uso de la derivación urinaria tipo conducto ileal (ideada por BRICKER) ha disminuido la morbilidad, lo mismo que el conducto sigmoideo cuando se trata de una EXENTERACION PÉLVICA TOTAL, éste último tiene además la ventaja de que con él no se hace la anastomosis término-terminal del ileon y se inicia más rápido la vía oral.

Uno de los graves problemas de las EXENTERACIONES PÉLVICAS ha sido que la desperitonización de la cavidad pélvica conduce a sepsis, obstrucción intestinal, hemorragia, fístulas intestinales y herniación perineal; la "alfombra omental" ideada por RUTLEDGE ha disminuido estas complicaciones (19). Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos porque sino pueden infectarse hasta el 100% de las pacientes (14), también deben utilizarse dosis bajas de heparina, generalmente de 5000 unidades subcutáneas c/12 horas, lo que ha disminuido en un 50% las complicaciones tromboembólicas (7). Se ha demostrado que la morbilidad es mayor cuando el hematócrito es de 36 vol o/o o menos, y cuando el peso es mayor de 200 libras o menor de 120. Si el tiempo operatorio es cercano a las 9 horas hay morbilidad en el 39% de los casos (14).

En las EXENTERACIONES PÉLVICAS las complicaciones mayores pueden ser hasta de 75% y la mortalidad por estas complicaciones de 25% (8). Algunos autores han tenido hasta 27% de mortalidad operatoria con 69% de complicaciones

sépticas y 39.5% de complicaciones urinarias (21).

Al igual que en otras cirugías abdominales prolongadas, pueden ocurrir alteraciones transitorias de la función hepática con biopsias que revelan únicamente colestasis en la presencia de ictericia. KARLEN y PIVER han llamado a esto "síndrome de stress hepático" atribuible a cambios metabólicos resultado de la magnitud de la cirugía. También pueden ocurrir otros trastornos por stress (22).

Existen muchas dificultades en relación a la rehabilitación psíquica y sexual de estas pacientes. El daño psíquico puede comenzar desde la palabra cáncer creando ansiedad y la asociación de dolor y mutilación, continuar con la construcción de estomas y la pérdida de vías normales de función, que como la sexual, no es de importancia cuando la vida está en peligro pero se vuelve fundamental en pacientes jóvenes recuperadas por este tipo de cirugías (13). El tejido pélvico irradiado puede crear problemas para hacer y mantener una neovagina (13), no obstante se han logrado buenos resultados con algunas técnicas (19).

Para el cáncer de vulva la EXENTERACION puede ser utilizada como tratamiento primario en estadio clínico III, y da una supervivencia de 47%. Las pacientes deben tener una edad máxima de 69 años, las que sobreviven todas tienen ganglios negativos, sin sobrevivientes cuando hay ganglios positivos (3).

Como una alternativa a la EXENTERACION PÉLVICA para el cáncer de vulva avanzado se puede hacer un tratamiento combinado con Radioterapia y Cirugía menos radical, este tratamiento tiene la ventaja de que además de lograr supervivencias con ganglios positivos (16), preserva vejiga y recto, es baja la tasa de morbilidad y mortalidad, y son buenos los resultados de control del cáncer con 50% de supervivencia (2).

De los dos casos con cáncer de vulva y EXENTERACIÓN, en nuestra serie, uno de ellos fue un verrucoso donde se contraindica la radiación porque da transformación anaplásica y las pacientes mueren con actividad tumoral (1). Es raro que se presente en la vulva, en la serie de 105 casos presentada por KRAUS y PEREZ y MEZA se

informa de un solo caso en esta localización (11). Histológicamente corresponde a un tumor bien diferenciado que crece lentamente con infiltración local pero que no da metástasis (18).

Para el otro tipo, Rbdomiosarcoma (Sarcoma botrioides), de nuestro segundo caso, la EXENT—TERACION PÉLVICA usualmente se recomienda para su tratamiento en casos de útero y vagina en niñas (18). El manejo con quimioterapia pre y post operatoria hacen posible un tratamiento menos radical, el tipo de cirugía generalmente es de histerocolpectomía (12). El caso que presentamos había sido tratado inicialmente por un cirujano pediátrico con excisión amplia y total, hubo persistencia y era primario de vulva.

CONCLUSIONES

1. En la actualidad las EXENT—TERACIONES PÉLVICAS tienen indicaciones en algunos cánceres ginecológicos como cérvico-uterino y ciertos tipos vulvares.
2. Son cirugías de salvamento en cáncer cérvico-uterino persistente o recurrente, cuando otras cirugías radicales mas conservadoras no pueden realizarse.
3. Estas operaciones son llamadas suprarradicales porque por su gran magnitud causan mucho daño biológico y psicológico a las pacientes. Consideramos que deben hacerse con fines curativos y no paliativos.
4. Es cierto que tienen una alta morbilidad y mortalidad, pero también es cierto que dan sobrevividas de 25o/o y hasta de 60o/o en casos seleccionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. BATSAKIS, John G. Current issues in surgical pathology: 201-205,1982.
2. BORONOW, Richard C. Combined therapy as an alternative to exenteration for locall advanced vulvo-vaginal cáncer. 34 th annual cáncer symposium: 108, mayo, 1981.
3. CAVANAGH, Denis, MD., FACOG, FACS, and Shepherd, M.B., FRCS, MRCOG. The place of pelvic exenteration in the primary management of advanced carcinoma of the vulva. *Gynecologic Oncology* 10: 93-97,1980.
4. CURRY, Stephen L. Pelvic exenteration: A 7 - year experience. *Gynecologic Oncology* 11: 119-123, 1981.
5. DELGADO, Gregorio. Use of the automatic stapler in urinary conduit diversions and pelvic exenterations *Gynecologic Onvology* 10: 93 - 97,1980.
6. DISAIA, Philip J., Creasman, William T. *Clinical Gynecologic Oncology* Second edition. The C.V. Mosby company. St. Louis, Toronto, Princenton. Cap 3,pág. 110,1984.
7. HASKELL, Charles M., MD. *Cáncer treafcnent*. Se cond edition. W.B. Saunders company. Philadelphia, London, Toronto, México dty, Rio de Janeiro, Sydney Tokyo. Cap. 28: 439,1985.
8. KARLEN, John R., MD., Williams, Gary B., MD., and Summers, Jack L., MD. The multidisciplinary team approach to exenteration of the pelvis. *Surgery Gynecology and Obstetrics* Vol 156:789 - 794, Junio, 1983.
9. KETCHAM, A.S., MD., Deckers, P.J., MD., Sugarbaker, E.U., MD., Hoye, R. C, MD., Thomal, L.B., MD., and Smith, R.R., MD. Pelvic Exenteration for carcinoma of the uterine cervix, A-15 year experience. *Cáncer* Vol 26, No. 3: 513 - 521, Septiembre, 1970.
10. KKAPP, Robert, F.A.C.S., Donahue, Valentina C, MD., and Friedman, Emanuel A. Dissection of paravesical and pararectal spaces in pelvis operations. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* Vol 137: 758 - 762, Noviembre, 1973.
11. KRAUS, Frederick T., and Pérez-Mesa, Carlos. Verrucous carcinoma. *Cáncer* 19:26 - 38, Enero, 1966.
12. KUMAR, Mahesh A.D., Wrenn, Earle L. Jr., MD., Fleming, Irving D., MD., Hustu, Ornar H., MD., and Pratt, Charles B., MD. Combined therapy to prevent complete pelvic exenteration for Rhabdomyosarcoma of the vagina or uterus. *Cáncer* 37:118 - 122, 1976.

13. LAMONT, J.A., MD., Petrillo, A.D., MD., and Sargeant, E.J., MD. Psychosexual rehabilitaci3n and exenterative surgery. *Gynecologic Oncology* 6: 236 - 242, 1978.
14. MORGAN, Linda S., MD., Daly, James w., MD., and Monif, Gilfes, R. G., MD. Infections morbidity associated with pelvic exenteration. *Gynecologic Oncology* 7:25-35, 1979.
15. MORLEY, George W., MD., and Lindenauer, Martin, MD. Pelvic exenterative therapy for gynecologic malignancy. An analysis of 70 cases. *C3ncer supplement* Vol. 38, No. 1: 581 - 586, Julio, 1976.
16. NEVILLE, F. Hacker, MD., Berek, Jonathan S., MD., Juillard, Guy J. F., and Lagasse, Leo D , MD. Preoperative radiation therapy for locally advanced vulvar c3ncer. *C3ncer* 54: 2056 - 2061, Noviembre, 1984.
17. PILCH, Yosef H., MD. *Surgical Oncology*. Mc Graw - Hill Book Company, 37: 770, 1984.
18. ROSAI, Juan, MD. *Ackerman's Surgical Pathology* Sixth edition. The C.V. Mosby company. St. Louis, Toronto, London. Vol. 1, Cap. 18: 922 - 933, 1981.
19. RUTLEDGE, F3lix N., MD., Smith, Juli3n P., MD., Wharton, Taylor J., MD., O'Quinn, Gale A., MD. Pelvic exenteration: Analysis of 296 patients *American Journal Obstetrics Gynecology* Vol. 129, No. 8: 881 - 892, Diciembre, 1977.
20. STANHOPN, Robert C, MD., and Symmonds, Richard N., MD. Palliative exenteration - What, When and Why?. *American Journal Obstetrics Gynecology* 1: 12-16, Mayo, 1985.
21. TENORIO, Francisco, Dr. Complicaciones y yatrog3nesis del tratamiento quir3rgico de los c3nceres del c3rvix y del ovario. *Revista del Instituto Nacional de Cancerologia*. M3xico, D.F., No. 28: 13 -18, 1982.
- 22- WALTON, Leslie A. The stress of radical surgery: A review. *Gynecologic Oncology* 7: 25 - 35, 1979.