

PAPEL DE LA EXENTERACION PELVICA EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE CERVIX

(Revisión Bibliográfica)

Efraín Cambronero*

Realizada por primera vez en 1948 por Alexander Bruschwig en el Hospital Memorial de Nueva York; (1) la exenteración pélvica no fue un procedimiento muy popular por la alta morbilidad a la que se asociaba. Se empleó inicialmente como procedimiento paliativo en diferentes cánceres ginecológicos, sin embargo en la actualidad se utiliza con fines curativos (de salvamento) para recurrencias pélvicas centrales, principalmente por cáncer de cervix. Clásicamente las exenteraciones pélvicas fueron clasificadas como anterior, posterior, o total de acuerdo a las estructuras: removidas útero y anexos, cadenas linfáticas pélvicas, vagina, parametrios, ligamentos paravaginales y uterosacros. Cuando la exenteración es anterior involucra además el tercio inferior de uréteres y la vejiga, se conserva el recto. Cuando se trata de una exenteración posterior se reseca el recto y conserva las vías urinarias. En caso de una exenteración total se resecan todas las estructuras mencionadas. En 1990 el Dr. Magrina publicó una revisión de la clasificación de las exenteraciones pélvicas (9) subdividiéndolas de acuerdo a la extensión del procedimiento tomando como punto de referencia el músculo elevador del ano, clasificándolas en tipo I (supraelevador), tipo II (infraelevador), y tipo III (con vulvectomía) con la intención de mejorar el análisis de los factores de riesgo operatorio, complicaciones y resultados, así mismo facilitar la comunicación cuando estos pacientes son referidos.

A pesar de los avances logrados en el campo quirúrgico y de la radioterapia en el manejo del cáncer de cervix la incidencia de recurrencias continúa siendo alta. Cerca de un tercio de las pacientes clasificadas como FIGO Ib-IVa recurren luego del tratamiento inicial. (12)

Las recurrencias en cáncer de cervix están determinadas por una serie de factores clinicopatológicos que permiten agrupar las pacientes en alto o bajo riesgo; de los cuales los más importantes son el estadio clínico, el volumen y forma macroscópica del tumor primario, el tipo histológico y grado de la lesión, márgenes quirúrgicos libres en el espécimen, invasión vascular o linfática y la presencia o no de ganglios con metástasis en la linfadenectomía. (2) Cerca del 80% de las recurrencias se presentan en los dos primeros años de haber sido tratado el carcinoma, sea con radioterapia o con cirugía. En los casos de recurrencia post-cirugía, la radioterapia puede servir como método de salvamento. Sin embargo, las pacientes que recurren luego de irradiadas tienen como último y mejor chance de curación la exenteración pélvica siempre que llenen los requerimientos para realizar esta extensa cirugía. Dada la alta morbilidad asociada y lo mutilante del procedimiento, es mandatorio al valorar una paciente para exenteración, el tener un diagnóstico histológico que compruebe la recurrencia. Nunca se debe proceder a realizar dicha cirugía en base al aspecto macroscópico o con biopsias que muestren únicamente necrosis o cambios inflamatorios, ante el riesgo de no encontrar tumor en la pieza. (1)

Aunque la exenteración pélvica puede utilizarse en diferentes tipos de cánceres ginecológicos que han fallado a otras modalidades terapéuticas y que recurren en forma central, más del 60% de los casos corresponden a recidivas o persistencias de cáncer de cervix. (4) (5). Existen diferentes factores pronósticos en base a los cuales se debe seleccionar las pacientes que más se beneficiarán de la exenteración al lograr períodos libres de enfermedad y sobrevida prolongados. Estos están directamente relacionados con la enfermedad, de tal modo que otros factores tales como: edad, condición cardiopulmonar y nutricional; aunque son importantes y deben tomarse en consideración no son determinantes en decidir la operabilidad de un cáncer de cervix recurrente. Factores que realmente influyen en la sobrevida son: el tiempo transcurrido entre la finalización de la radioterapia y la comprobación de la recurrencia, a mayor tiempo (más de 1 año) mejor sobrevi-

*Asistente Oncología

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

da (5). El volumen de la recurrencia parece ser también crítico, lesiones mayores de 3 centímetros suelen asociar peor pronóstico. El estado de los parametrios son de suma importancia en la decisión de someter una paciente a esta cirugía, la presencia de fijación a las paredes pélvicas contraindican el procedimiento. Cuando existe sospecha se debe obtener comprobación histológica mediante biopsia con aguja. Un pielograma intravenoso que muestre hidronefrosis nos debe hacer sospechar la presencia de invasión de parametrio pero como hallazgo único no es contraindicación para explorar.

Sin embargo, la asociación de edema de miembro inferior y dolor en el recorrido del nervio ciático aunado a la hidronefrosis "trifada fatal" es considerado por algunos autores como contraindicación. (5) La valoración de los parametrios puede ser realizada preoperatoriamente en forma adecuada mediante la tomografía axial computada con medio de contraste, el cual permite visualizar no sólo los parametrios sino la presencia de adenopatías en pelvis y área para-aórtica, así como identificar compromiso de la función renal. (6)

La comprobación de enfermedad extrapélvica o a distancia manifestada como metástasis óseas, hepáticas y a ganglios supraclaviculares contraindican la realización de la exenteración pélvica. Hasta hace pocos años se realizaba en forma rutinaria biopsia de ganglio escalénico en la selección de pacientes para exenteración pélvica, no obstante, el grupo de oncología ginecológica ha reportado recientemente apenas 11.4% de ganglios escalénicos positivos en pacientes con enfermedad metastásica comprobada en ganglios paraaórticos. Otros estudios no han demostrado metástasis en pacientes sin adenopatías supraclaviculares palpables, (7) recomendándose únicamente para pacientes con lesión clínicamente evidente en quienes una biopsia positiva si contraindica la cirugía.

No obstante todo lo anterior, es la exploración transoperatoria el método más objetivo de seleccionar los pacientes para exenteración pélvica y durante la cual un 50% de los casos son abortados. (8) Se debe proceder inicialmente con una cuidadosa exploración de toda la cavidad abdominal con énfasis en el hígado y en la superficie peritoneal. A continuación se debe realizar la exploración y estudio transoperatorio por congelación de ganglios paraaórticos y una linfadenectomía pélvica bilateral. Así como disección de las fosas paravertebrales y pararectales en un intento por valorar más adecuadamente los parametrios por palpación digital y en caso de duda proceder a la toma de biopsias de cualquier área sospechosa.

Aunque algunos autores como Stanhope han reportado sobrevida a dos años de 24% en pacientes sometidas a exenteración pélvica paliativamente en presencia de enfermedad ganglionar o en parametrio. (6) La mayoría de autores coinciden en considerar estos casos contraindicación absoluta del procedimiento (1) (5) (8) dada la morbilidad, la cual es reportada tan alta como 84% en algunas series

(9) que incluyen complicaciones tardías. Asociado a esto, estas mismas series reportan sobrevidas sumamente desalentadoras; en algunos casos de 0% a 5 años. (5) A pesar de las mejoras en las técnicas quirúrgicas, anestésicas, y en los cuidados pre, trans y post-operatorios la incidencia de complicaciones asociadas a la exenteración continúa siendo muy alta. Las que con más frecuencia se reportan están asociadas al tracto gastrointestinal (obstrucción, eventración intestinal a través del piso pélvico, fístulas enterocutáneas con sepsis intraabdominal y estenosis de ostomas entre otras) y al tracto genitourinario (estenosis ureterales, fístulas de diferente tipo, pielonefritis). También se reportan abscesos, celulitis pélvica y trombosis venosa profunda. La morbilidad tiene a ser mayor en pacientes irradiadas previamente, en aquellas sometidas a exenteración pélvica total y en pacientes a las que se les reconstruyó el conducto urinario con íleo o colon sigmoide en vez de colon transversal. (5) (13) Así mismo la reconstrucción del piso pélvico con colgajo de epiplón mayor, la malla de vicryl o el uso de reperitonización parecen aumentar la incidencia de abscesos pélvicos, fístulas entéricas y urinarias en relación con aquellos casos en los que se empleó colgajos musculocutáneos con gracilis. (4) (13) (17)

La disminución en la mortalidad operativa (considerando los 30 primeros días posterior a la cirugía) a menos del 10% en la mayoría de los centros es el resultado de los factores anteriormente citados entre los que cabe resaltar la hiperalimentación parenteral preoperatoria, una mejor preparación intestinal a través del uso de soluciones electrolíticas que contienen polietilenglicol como el GOLYTELY. Transoperatoriamente un catéter de Swan-Ganz permite una reposición de volumen adecuado, un oxímetro, la valoración del estado ventilatorio del paciente. La aparición de nuevos antibióticos ha sido piedra angular en la reducción de procesos sépticos fatales. No hay que olvidar los avances en la técnica quirúrgica alcanzados a la fecha. (1) (2) (5) (8) (9)

Todo esto ha estimulado la investigación y el desarrollo de técnicas quirúrgicas que buscan mejorar la calidad de vida de las pacientes sometidas a exenteración pélvica. Así el clásico conducto ileal descrito por Bricker en 1950 comienza a ceder el lugar a reservorios urinarios continentes tales como las bolsas de Miami, Indiana y Kock, las cuales, aunque, técnicamente más laboriosas permiten a la paciente autocateterizarse periódicamente y en muchos casos lograr continencia suficiente por toda la noche o para permitir uno o dos cateterizaciones (11) sin necesidad de portar bolsas de urostomía. El uso de grapadoras automáticas han permitido la restauración de la continuidad del tubo digestivo en pacientes sometidas a exenteraciones supraelevador con remanentes de recto tan pequeños como 3 centímetros de longitud, disminuyendo también la incidencia de fístulas y eliminando la necesidad de colostomías permanentes. (3) Así mismo con la finalidad

de mejorar el aspecto cosmético, funcional y psicológico de las pacientes sometidas a esta cirugía se han ideado técnicas para la reconstrucción de la vagina durante el primer tiempo quirúrgico (17) o en una segunda cirugía. Entre los más populares están aquellos procedimientos que utilizan los músculos gracilis o recto abdominal como colgajos miocutáneos (6) (13) la vaginoplastia de McIndoe que utiliza un colgajo de epiplón mayor y la vulvovaginoplastia de Williams con colgajo miocutáneo del bulbo cavernoso. (6) Sin embargo, aún queda mucho trabajo por delante para lograr que la exenteración pélvica no sea vista como un procedimiento mutilante y de malos resultados tanto por la paciente como por el médico y lograr que las tasas de sobrevida que actualmente oscilan entre 20-50% (1) (4) (5) (9) sean mayores y alcanzar un método más afectivo de curación en pacientes con cáncer de cervix recurrente.

CONCLUSION

La exenteración pélvica es un procedimiento de rescate utilizado como último recurso en aquellas pacientes con cánceres ginecológicos que recurren o persisten en forma central luego de la radioterapia (60% o más de los casos corresponden a cáncer de cervix).

Dada la alta morbilidad (mayor del 50%), y los pésimos resultados (0% a 5 años según la mayoría de los autores) cuando se realizan en forma paliativa; las pacientes deben ser adecuadamente seleccionadas siempre con el propósito de realizar un procedimiento curativo. Los avances logrados en el campo quirúrgico y en el manejo del paciente crítico han permitido reducir la mortalidad a menos del 10% en los centros que tienen experiencia en el manejo de esta patología. Mejorar la calidad de vida de estas pacientes ha sido un objetivo importante en los últimos años; lo que ha dado lugar a la aparición de los reservorios urinarios continentes y vulvovaginoplastias que han minimizado el trauma psicológico asociado con el procedimiento.

RESUMEN

A pesar de los amplios programas de detección temprana de Cáncer Cervicouterino, continúan presentándose aún pacientes con cáncer avanzado no candidatas a tratamientos quirúrgico. La piedra angular en el manejo de estas pacientes lo constituye la radioterapia; aunque la mayoría sucumbe ante la enfermedad por persistencia o recurrencia a corto plazo (80% la presentan en los dos primeros años). Un pequeño grupo de estas pacientes presentan o recurren en forma central, siendo candidatas (luego de descartar enfermedad a distancia) para exenteración pélvica como único procedimiento de rescate que logra salvar entre un 20% (hasta un 50% en algunas series) de estas pacientes. El presente trabajo consiste de una

revisión bibliográfica general del papel que cumple la exenteración en el manejo del cáncer de cervix, se incluye clasificación, indicaciones, factores pronósticos, morbilidad; se citan algunos de los alcances logrados en el campo quirúrgico que han permitido reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Anthopoulos Alexander P., Manetta Alberto, Larson James E., Podczaski Edward S., Bartholomew Mary J., and Mortel Rodrigue. Pelvic Exenteration: A Morbidity and Mortality Analysis of a Seven-year Experience. *Gynecologic Oncology*. Vol. 35, 1989, Pag. 219-223.
2. Cain Joanna M., Diamond Angela, Tamani Hisham K., Greer Benjamin E., and Fogge David C. The Morbidity and Benefit of Concurrent Gracilis Myocutaneous Graft With Pelvic Exenteration. *Obstetrics and Gynecology*. vol. 74, 2. August 1989. Pag. 185-189.
3. Copeland Larry J., Hancock Kenneth C., Gershenson David M., Stringer C. Allen, Atkinson E. Neely, and Edwards Creighton L., Gracilis Myocutaneous Vaginal Reconstruction Concurrent With Total Pelvic Exenteration. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 160. 2 Part I. May 1989. Pag. 1095-1101.
4. DeVita Vincent T., Hellman Samuel, and Rosenberg Steven A. *Cancer, Principles and Practice of Oncology*. Vol. 1, 2nd edition Lippincott 1985. Pag. 1013-1041.
5. Hatch Kenneth D., Shingleton Hugh M., Potter Mark E., and Baker Vicki. Low Rectal Resection and Anastomosis at the Time of Pelvic Exenteration. *Gynecologic Oncology* 32,2,Oct. 1988. Pag. 262-267
6. Hoffman Mitchel S., Roberts William S., LaPolla James, Florica James V., and Cavanagh Denis. *Gynecologic Oncology*. Vol. 35 1989. Pag. 170-171
7. Manetta Alberto, Podczaski Edward S., Larson James E., De Geest Koen, and Mortel Rodrigue. Scalene Lymph Node Biopsy in The Preoperative Evaluation of Patients With Recurrent Cervical Cancer. *Gynecologic Oncology* 33, 332-334, 1989.
8. Mannel Robert S., Braley Patricia S., and Buller Richard E. Indiana Pouch Continent Urinary Reservoir in Patients with Previous Pelvic Irradiation. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 75, 5. May 1990. Pag. 891-893.
9. Magrina Javier F. Types of Pelvic Exenteration: A

Preappraisal. *Gynecologic Oncology*. Vol. 37. 1990. Pag. 363-366.

10. Morley George W., Hopkins Michael P., Lindenauer Martin, and Robert James A. Pelvic Exenteration, University of Michigan: 100 Patients at 5 years. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 74, 8. Dec. 1989. Pag. 934-942.

11. Pérez Carlos A., Breaux Sherry, Madoc-Jones Hywel, Bedwinek John M., Camel H. Marvin, Purdy James A., and Walz Bruce J. Radiation Therapy Alone in the Treatment of Carcinoma of Uterine Cervix. *Cancer*. Vol. 51, 1983. Pag. 1393-1402.

12. R.A. Lawhead Jr., D.G.C. Clark, D.H. Smith, V. K Pierce, and J.L. Lewis Jr, Pelvic Exenteration for Recurrent or Persistent Gynecologic Malignancies: A 10-year Review of the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Experience (1972-1981). *Gynecologic Oncology* 33, 3. June 1989. Pag. 279-282.

13. Rowland Randall G., Mitchell Michael E., Bihrie Richard, Kahnoski Richard, and Piser Joel E. *The Journal of Urology*. Vol. 137., 6. June 1987. Pag. 1136-1139.

14. Shingleton Hugh M., Soong Sengl-Jaw, Gelder Mark, Hatch Kenneth D., Baker Vicki V., and Austin Maxwell Jr. Clinical and Histopathologic Factors Predicting Recurrence and Survival after Pelvic Exenteration for Cancer of the Cervix. *Obstetrics and Gynecology*.

15. Sommers Gara M., Grisby Perry W., Pérez Carlos A., camel H. Marvin, M.S. Kao, Galakatos Andrew E., and Lockett Mary Ann. Outcome off Recurrent Cervical Cancer Following Definite Irradiation. *Gynecologic Oncology*. Vol 35., 1989. Pag. 150-155.

16. Soper John t., Berchuck Andrew, Creasman William T., and Clarke-Pearson Daniel L. Pelvic Exenteration: Factors Associated with Major Surgical Morbidity. *Gynecologic Oncology* 35, 1989. Pag. 93-98.

17. Stanhope C. Robert, Webb Maurice J., and Podratz Karl C. Pelvic Exenteration for Recurrent Cervical Cancer. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol. 33, 4. Dec. 1990. Pag. 897-909.

18. Wheless Clifford R. Jr. Neovagina Constructed From an Omental J. Flap and a Splipt thickness Skin Graft. *Gynecology Oncology*. Vol 35, 1989. Pag. 224-226.