

International

PERSPECTIVES IN SURGERY



EXENTERACIÓN PELVICA

Dr. Campos J., Dra. Sancho F., Dr. Fuster C.,
Dr. Llopis F., Dr. Arnal JL., Dra. Gimenez J.,
Dr. Bolumar I., Dra. Camps J., Dr. Bakkalian G., Dr. Vazquez C.

SERVICIO DE CIRUGÍA - FUNDACIÓN INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA (FIVO)
VALENCIA.



UN SERVICIO DE MERCK SHARP & DOHME A LOS CIRUJANOS

AUTORES:

Dr. Campos J.
Dra. Sancho F.
Dr. Fuster C.
Dr. Llopis F.
Dra. Arnal JL.
Dra. Gimenez J.
Dr. Bolumar I.
Dra. Camps J.
Dr. Bakkalian G.
Dr. Vazquez C.

Servicio de Cirugía - Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO)
VALENCIA

El contenido de esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no necesariamente los de MERCK & CO., INC., ni los de ninguna de sus afiliadas. Se presenta como un servicio a la profesión médica. Una información más detallada, y la aceptada por la Compañía respecto a indicaciones, dosificación, administración, contraindicaciones, precauciones y efectos secundarios, está contenida en la Ficha Técnica del producto correspondiente.

EXENTERACIÓN PELVICA

Dres. Campos J., Sancho F., Fuster C., Llopis F., Arnal JL.,
Gimenez J., Bolumar I., Camps J., Bakkalian G., Vazquez C.

INTRODUCCIÓN

La exenteración pélvica es, desde su primera descripción en 1948, la operación indicada para tratar pacientes no metastáticos con cáncer localmente avanzado o recurrente de la pelvis.¹ En la práctica, la exenteración pélvica es un conjunto de técnicas quirúrgicas que se emplean para tratar pacientes con cáncer recurrente ginecológico (cervix, vulva y vagina) y adenocarcinomas rectales localmente avanzados o recidivados. En esta intervención se extirpan total o parcialmente las vísceras pélvicas (vejiga, vagina, útero, recto), asociando a veces porciones de hueso sacro, y todos los tejidos blandos de la cavidad pélvica, incluyendo el periné en la mayoría de los casos. El tránsito intestinal se deriva al exterior mediante colostomía en fosa iliaca

izquierda, aunque en ciertas ocasiones favorables puede restaurarse mediante una anastomosis coloanal. El drenaje urinario se restaura por anastomosis de los uréteres al intestino (delgado o colon), o por nefrostomía percutánea. Los defectos de pared perineal se recubren con plastias musculocutáneas: colgajo tipo TRAM (tranverse rectus abdominis musculocutaneous) uni o bipediculado según las necesidades, o colgajos miocutáneos utilizando los músculos gracilis o sartorio de los muslos. Todo este procedimiento se asocia con una alta morbilidad que oscila entre el 24-60% según las series,^{2,3} con un elevado índice de reoperaciones, y con una mortalidad hospitalaria de hasta el 15%.⁴

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Presentamos el caso de una mujer de 74 años con antecedentes de carcinoma verrucoso de vulva tratado en 1979 mediante vulvectomía parcial y radioterapia externa. La paciente presentó recaída local en los años 1988, 1991, 1995 y 1999 que fueron tratadas con exéresis simple. Todos los informes de patología siempre fueron de carcinoma verrucoso.

En septiembre de 2000 acude a consulta de nuestro hospital presentando tumor exofítico ulcerado y sobreinfectado, que a la exploración clínica tiene un tamaño de 4 cm. Está localizado en base del clítoris y parece infiltrar ambos labios menores y uretra. Toda la región perineal presenta intensa fibrosis a consecuencia de las intervenciones previas y la radioterapia recibida (Figura 1).



Figura 1.

Se practica biopsia que informa de carcinoma epidermoide bien diferenciado. La TAC muestra imagen de masa vulvar de 5 x 3 cm que contacta con huesos púbicos e isquion, infiltrando la musculatura del suelo de la pelvis. El estudio de extensión practicado (estudio hepático y pulmonar) fue negativo. Antes de la operación se realizó Eco Doppler de la arteria epigástrica derecha que mostró buen flujo de sangre en caso de ser necesaria la realización del colgajo pediculado.

El 13.11.2000 se realizó anexohisterectomía total con amputación abdomino-perineal y vulvocolpectomía total con resección parcial de la uretra, y linfadenectomía inguinal bilateral. Posteriormente se realizó epiploplástia para rellenar el hueco de la pelvis menor y colgajo tipo TRAM invertido unipediculado derecho para cubrir el defecto de partes blandas del periné (Figuras 2 y 3). La uretra se reconstruyó tunelizando el colgajo (Figuras 4 y 5). El tiempo anestésico fue de 8 horas y 45 minutos. Se transfundieron 7 unidades de concentrado de hemáties.

El informe de la pieza quirúrgica fue de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de 7,5 x 4 cm en introito vaginal con afectación de la porción distal de la uretra y de la musculatura del suelo de la pelvis. Todos los ganglios extirpados fueron negativos para tumor. La paciente estuvo 3 días en la unidad de cuidados intensivos sin ninguna incidencia.

A los 15 días fue reintervenida por necrosis umbilical que fue tratada con onfalectomía. Fue dada de alta 22 días después de la exenteración. Actualmente la paciente se encuentra libre de enfermedad 31 meses después de la operación. Es portadora de colostomía terminal en fosa iliaca izquierda y precisa de sonda vesical permanente por incontinencia urinaria.

DISCUSIÓN

Como conclusión, nosotros pensamos que la exenteración pélvica, en sus diferentes modalidades (anterior, posterior, total y total-sacral) es todavía el tratamiento indicado para cáncer ginecológico, rectal o urológico en pacientes con enfermedad pélvica resecable. Aunque a veces se realiza como tratamiento primario en tumores localmente avanzados, lo habitual es su uso como procedimiento de rescate después del fracaso del tratamiento estandar.⁵ La supervivencia a 5 años varía según las series publicadas y en función del tipo de neoplasia. Aun así, los factores más citados que influyen en la supervivencia son el estado de los márgenes tumorales, radioterapia previa, tamaño del tumor y fijación del mismo a las diversas estructuras de la pelvis.⁶ En general el pronóstico es mucho mejor cuando se trata de neoplasias ginecológicas que cuando se trata de carcinomas rectales. Así, en caso de cánceres ginecológicos la supervivencia se cifra entre el 40-60%,⁶ mientras que en casos de cáncer rectal oscila entre el 25-40%.⁷

Pero el gran problemas de estas técnicas es la elevada tasa de complicaciones, si bien la mortalidad se ha ido reduciendo hasta ser inferior al 20%, la morbilidad puede llegar a ser del 80%, siendo las complicaciones sobre la herida perineal (dehiscencia, infección, seroma) las mas frecuentes, sobretodo si ha existido radioterapia previa.^{8,9}

Con respecto al uso de la exenteración pélvica para el tratamiento concreto de los cánceres de vulva los trabajos publicados ofrecen cifras de supervivencia a 5 años superiores al 60%, siempre que no haya afectación ganglionar,¹⁰ o que sean tumores primarios.¹¹ A pesar de que estos trabajos no tienen mortalidad, en ambos existe una gran morbilidad, denominador común del procedimiento.

La aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas como la reconstrucción plástica vaginal, o las anastomosis coloanales que conservan el esfínter anal pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas, especialmente en mujeres jóvenes.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- López MJ, Petros JG, Augustinos P. Development and evolution of pelvic exenteration: historical notes. *Semin Surg Oncol* 1999; 17(3):147-51.
- 2.- Chen HS, Sheen-Chen SM. Total pelvic exenteration for primary local advanced colorectal cancer. *World J Surg* 2001; 25(12):1546-9.
- 3.- Law WL, Chu KW, Choi HK. Total pelvic exenteration for locally advanced rectal cancer. *J Am Coll Surg* 2000; 190(1):78-83.
- 4.- Wiig JN, Poulsen JP, Larsen S, Braendengen M, Waehre H, Giercksky KE. Total pelvic exenteration with preoperative irradiation for advanced primary and recurrent rectal cancer. *Eur J Surg* 2002; 168(1):42-8.
- 5.- Rodríguez-Bigas MA, Petrenelli NJ. Pelvic exenteration and its modifications. *Am J Surg* 1996; 171(2):293-8.
- 6.- Franchi M, Donadello N. Pelvic exenteration in gynecologic oncology. Review. *Eur J Gynaecol Oncol* 1994;15(6):469-74.
- 7.- Crowe PJ, Temple WJ, Lopez MJ, Ketcham AS. Pelvic exenteration for advanced pelvic malignancy. *Semin Surg Oncol* 1999;17(3):152-60.
- 8.- Mannaerts GH, Rutten HJ, Martijn H, Groen GJ, Hanssens PE, Wiggers T. Abdominosacral resection for primary irresectable and locally recurrent rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2001;44(6):806-14.
- 9.- Jakowatz JG, Porudominsky D, Riihimaki DU, Kemeny M, Kokal WA, Braly PS, Terz JJ, Beatty JD. Complications of pelvic exenteration. *Arch Surg* 1985;120(11):1261-5.
- 10.- Hopkins MP, Morley GW. Pelvic exenteration for treatment of vulvar cancer. *Cancer* 1992;70(12):2835-8.
- 11.- Miller B, Morris M, Levenback C, Burke TW, Gershenson DM. Pelvic exenteration for primary and recurrent vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 1995;58(2):202-5.