

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **70**

Número
Number **6**




Noviembre-Diciembre
November-December **2002**

Artículo:




Carta al editor

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Carta al editor

Señor editor de la revista Cirugía y Cirujanos,
Dr. Alejandro Reyes Fuentes.

Me permito enviarle los siguientes comentarios en relación al artículo: "Cáncer de cérvix. Algunas consideraciones acerca de la cirugía radical" del académico Dr. Alfonso Torres Lobatón⁽¹⁾.

Es verdad que el Servicio de Oncología del Hospital General de México es una gran fuente de experiencia en el manejo del cáncer cérvico-uterino en nuestro país, y que el Dr. Torres Lobatón es, sin lugar a dudas, un experto en el tema. Sin embargo, existen datos dentro del artículo señalando que merecen particular atención y aclaración.

"La histerectomía radical tiene su indicación fundamental en el tratamiento de neoplasias limitadas al cuello uterino con o sin invasión de la vagina". Esto es parcialmente cierto, pues no sólo se indica en las etapas clínicas señaladas (IA2 hasta IIA) en las cuales se ha aceptado como tratamiento convencional⁽²⁾. Así en Japón o Austria se intervienen quirúrgicamente con esta técnica hasta etapas clínicas IIB, dado que señalan que la evaluación clínica no es lo suficientemente precisa para corroborar la infiltración del tumor a la porción medial del parametrio^(3,4).

"Este procedimiento se considera de elección en mujeres jóvenes". La edad de las pacientes ha dejado de ser una contraindicación para que sean candidatas a histerectomía radical, siempre que no tengan contraindicaciones médicas para la cirugía, tomando en consideración los avances en la técnica operatoria, y en el manejo pre, trans y postoperatorio de las pacientes, que ha permitido disminuir la frecuencia de complicaciones^(5,6), como fue perfectamente señalado en el artículo.

"La intervención se realiza siguiendo los preceptos de Joe Vincent Meigs, de reseca el útero con el tercio superior de la vagina, la totalidad del parametrio en ambos lados de la pelvis y la resección de los cuatro niveles ganglionares de la pelvis: ganglios ureterales, obturadores, hipogástricos e ilíacos. La técnica quirúrgica utilizada recuerda la histerectomía radical tipo III de Rutledge". La histerectomía radical no es un procedimiento quirúrgico único, y como fue señalado en el texto, Piver, Rutledge y Smith⁷ crearon un sistema de clasificación para la histerectomía radical que es de uso recomendado a nivel internacional. Además, existen indicaciones para la realización de cada uno de los tipos de histerectomía

radical de acuerdo a la extensión de la enfermedad. Así en caso de carcinomas con etapa clínica IA2 hasta IIA, pero de 2 cm o menor, actualmente algunos grupos recomiendan la realización de una histerectomía radical tipo II, la cual tiene un índice de complicaciones urinarias sustancialmente menor que la histerectomía radical tipo III^(6,8-11). Por otro lado, la técnica descrita por Meigs no es de uso universal. Así en Japón la técnica de histerectomía radical habitualmente efectuada es la descrita por Okabayashi^(6,12). También es así que aún en los Estados Unidos de Norteamérica la técnica desarrollada por Meigs ha sido modificada, y como ejemplo perfecto de estos cambios se puede señalar la técnica de Miami que no reseca la extensión total del parametrio⁽¹³⁾.

Con respecto a la linfadenectomía pélvica efectuada durante la histerectomía radical, se ha señalado que debe lograr obtener al menos 20 ganglios para considerarse verdaderamente útil, y en el trabajo del Dr. Torres Lobatón no se indicó el número de ganglios resecados con la técnica efectuada en el Hospital General de México. Por otro lado los ganglios pélvicos no son los únicos a disecar, pues existen autores como Benedetti-Panizzi^(14,15) que recomiendan que la linfadenectomía se debe realizar hasta la emergencia de la arteria mesentérica inferior, con lo que logra obtener entre 40 a 60 ganglios para su análisis. En el caso de la técnica de Miami, Averette⁽¹³⁾ recomienda realizar la disección hasta el nivel de la arterias renales, de forma tal que se obtienen en promedio 54 ganglios para su estudio, además de iniciar la disección ganglionar a nivel de los ganglios para-aórticos.

En los cuadros II y III la evolución de los casos sin enfermedad se calculó a 24 meses de seguimiento. En general, en las comunicaciones de padecimientos oncológicos se ha considerado que los límites temporales para evaluar la supervivencia y complicaciones de los tratamientos es a 5 y 10 años, por lo que los datos referidos a 24 meses son limitados para lograr comparaciones con los datos en la literatura.

En cuanto a las exenteraciones pélvicas debidas a carcinoma cérvico-uterino recurrente a radioterapia se comentó: *"Entre 40 a 50% de las laparotomías para estos casos, no puede realizarse la exenteración por encontrar enfermedad no reseca"*. Existen otras indicaciones distintas a la enfermedad

no resecable para abortar la realización de una exenteración, como son la presencia de metástasis peritoneales, hepáticas o en ganglios para-aórticos^(1,16,17). A pesar de reconocer que la enfermedad no resecable es una contraindicación para la cirugía, en el cuadro VI del mencionado trabajo se comentó que el parametrio fijo es un factor pronóstico adverso, de forma tal que aún en estos casos entendemos que en el Hospital General de México realizan esta cirugía con fines paliativos, a pesar de que como fue señalado en el texto tiene una morbilidad y mortalidad sustancial. Es indispensable indicar que un gran número de autores están en desacuerdo con las exenteraciones pélvicas paliativas pues son excepcionales las pacientes con un beneficio real de este procedimiento^(1,16,17).

En el cuadro VI se indicó que el tiempo de vigilancia fue de 3 a 10 años. Nuevamente es necesario expresar los datos con la temporalidad utilizada en forma internacional, es decir a cinco y 10 años, para comparar los resultados con los conocidos en la literatura.

Estamos totalmente de acuerdo con el Dr. Torres Lobatón en que la cirugía radical mantiene su vigencia en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino. Sin embargo, es menester señalar las controversias existentes en este campo quirúrgico complejo, para que el lector tenga una óptica amplia de estos procedimientos, pues la histerectomía radical y las exenteraciones pélvicas son procedimientos en constante cambio y evolución. Entendemos perfectamente que el autor presenta su experiencia, pero es necesario contrastarla adecuadamente con los datos internacionales, dado que los múltiples lectores de su trabajo no serán sólo especialistas en oncología, como el que esto suscribe, sino también por médicos de otras especialidades que no tienen una perspectiva del complejo tratamiento quirúrgico del cáncer cérvico-uterino. Finalmente, también concordamos en que los esfuerzos en el campo de la lucha contra el cáncer cérvico-uterino deben encaminarse preferentemente al diagnóstico temprano de esta enfermedad en etapas no invasoras que permiten tratamientos menos complejos y mórbidos que la cirugía radical.

Atentamente:

Dr. Carlos Manuel Ortíz-Mendoza
Oncólogo Cirujano, Hospital General Tacuba, ISSSTE
Lago Ontario No. 119, Col Tacuba
C.P. 11410 México, D.F.
E-mail: cortizmendoza@yahoo.com.mx.

Referencias

1. Torres-Lobatón A. Cáncer de cérvix. Algunas consideraciones acerca de la cirugía radical. *Cir Ciruj* 2002;70:183-7.
2. Eifel PA, Berek JS, Thigpen JT. Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors: *Cancer. Principles and practice of oncology*. 6^a edition Lippincott Williams and Wilkins 2001:1526-73.
3. Sakuragi N, Satoh Ch, Takeda N, et al. Incidence and distribution pattern of pelvic and paraaortic lymph node metastasis in patients with stage IB, IIA and IIB cervical carcinoma treated with radical hysterectomy. *Cancer* 1999;85:1547-54.
4. Winter R, Haas J, Reich O, et al. Parametrial spread of cervical cancer in patients with negative pelvic lymph nodes. *Gynecol Oncol* 2002;84:252-7.
5. Creasman W, Soper JT, Clarke-Pearson D. Radical hysterectomy as therapy for early carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:964-9.
6. Abu-Rustum NR, Hoskins WJ. Radical abdominal hysterectomy. *Surg Clin North Am* 2001;81:815-28.
7. Piver SM, Rutledge F, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974;44:265-72.
8. Photopoulos GJ, Vander ZR. Class II radical hysterectomy shows less morbidity and good treatment efficacy compared to class III. *Gynecol Oncol* 1991;40:21-4.
9. Magrina JF, Goodrich MA, Weaver AM, Podratz KC. Modified radical hysterectomy: morbidity and mortality. *Gynecol Oncol* 1995;59:277-82.
10. Landoni F, Manco A, Cormio G, et al. Class II versus Class III radical hysterectomy in stage IB-IIA cervical cancer: a prospective randomized study. *Gynecol Oncol* 2001;80:3-12.
11. Michalas S, Rodolakis A, Voulgaris Z, Vlachos G, Giannakoulis N, Diakomanolis E. Management of early-stage cervical carcinoma by modified (type II) radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2002;85:415-22.
12. Yabuki Y, Asamoto A, Hoshiba T, Nishimoto H, Kitamura S. Dissection of the cardinal ligament in radical hysterectomy for cervical cancer with emphasis on the lateral ligament. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:7-14.
13. Averette HE, Nguyen HN, Donato DM, et al. Radical hysterectomy for invasive cervical cancer: a 25-year prospective experience with the Miami technique. *Cancer* 1993;71:1422-37.
14. Benedetti-Panici P, Maneschi F, Scambia G, et al. Lymphatic spread of cervical cancer: an anatomical and pathological study based on 225 radical hysterectomies with systematic pelvic and aortic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 1996;62:19-24.
15. Benedetti-Panici P, Maneschi F, Cuttito G. Pelvic and aortic lymphadenectomy. *Surg Clin North Am* 2001;81:841-58.
16. Merrik HW. Patient selection and preoperative evaluation for radical pelvic surgery. *Surg Oncol Clin North Am* 1994;3:205-16.
17. Estape R, Angioli R. Surgical management of advanced and recurrent cervical cancer. *Semin Surg Oncol* 1999;16:236-41.

