



Exenteración pélvica anterior. Reporte de un caso

RESUMEN

La exenteración pélvica anterior es la última oportunidad para controlar la enfermedad en una paciente con diagnóstico de cáncer cervicouterino en una etapa clínica avanzada, con fístula vesicovaginal primaria o por recurrencia-persistencia de la enfermedad en pacientes que requieren una solución para mejorar la calidad de vida (sangrado, dolor pélvico, infección, septicemia). Se comunica el caso de una paciente de 62 años de edad con diagnóstico de cáncer cervicouterino en etapa clínica IV-A por infiltración a la vejiga y fístula vesicovaginal; se le realizó exenteración pélvica anterior, derivación urinaria con técnica Bricker y tratamiento coadyuvante con radioterapia.

Palabras clave: exenteración pélvica anterior, cáncer cervicouterino, radioterapia.

Antonio Delgado-Rosas¹
José Ignacio García-De la Torre²
Gerardo González-Cantú³

¹ Ginecólogo y oncólogo. Maestro en investigación en Salud, Facultad de Medicina

² Ginecoobstetra

³ Residente de cuarto año del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Saltillo. Universidad Autónoma de Coahuila.

Anterior pelvic exenteration. Report of a case

ABSTRACT

Anterior pelvic exenteration is the last opportunity to control disease in a patient with cervical cancer in an advanced stage with a vesico-vaginal fistula, or in a patient with persistence of the disease and the need of improving the quality of life. In this case we present the cause of a 62 year old patient, with IVa stage cervical cancer, with bladder spread and a vesico-vaginal fistula treated with an anterior pelvic exenteration with Bricker technique and adjuvant treatment with radiotherapy.

Key words: Pelvic exenteration, cervical cancer, radiotherapy.

Recibido: noviembre 2014

Aceptado: enero 2015

Correspondencia:

Dr. José Ignacio García de la Torre
Calzada Francisco I. Madero # 1291
25000 Saltillo, Coahuila, México
(844) 411-30-00
drignacio82@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Delgado-Rosas A, García-De la Torre JI, González-Cantú G. Exenteración pélvica anterior. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2015;83:110-115.



La prevalencia mundial de cáncer cervicouterino representa 9% de las neoplasias malignas; en México el diagnóstico en etapas localmente avanzadas es el de mayor prevalencia porque provoca cerca de 4,000 defunciones anuales.^{1,2} La exenteración pélvica es, en casos específicos, una alternativa para pacientes con fístulas vesicovaginales, rectovaginales, o con recurrencia o persistencia al tratamiento con radio y quimioterapia.^{3,4} Este procedimiento consiste en histerectomía con exéresis de la vejiga (exenteración anterior), del recto (exenteración posterior) o de ambos: vejiga y recto (exenteración total),^{4,6} con morbilidad y mortalidad de 10%, supervivencia a 5 años de 45%, o incluso de 58% si el tumor es central, sin metástasis ganglionares y en pacientes menores de 35 años de edad.^{2,4,7} Para realizar la exenteración es importante que el estado general de salud físico y mental sea adecuado y que el tumor esté limitado a la pelvis y no fijo a las estructuras musculoesqueléticas.^{4,6} Este artículo describe la experiencia en una exenteración pélvica anterior efectuada en el Hospital Universitario de Saltillo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia; menarquia a los 16 años, ritmo menstrual regular, inicio de vida sexual a los 16 años, una pareja, niega enfermedades de transmisión sexual, nunca se realizó citología cervical. Tuvo seis embarazos, cinco partos y un aborto. El padecimiento se inició con sangrado transvaginal, dolor abdominal en el hipogastrio de moderada intensidad de ocho meses de evolución y un mes con pérdida de orina por la vagina. A la exploración física se encontró hemodinamicamente estable, peso de 56.5 kg, talla 1.60 m, con un tumor endofítico de aproximadamente 5 a 6 cm, con infiltración a la pared vaginal anterior hasta la vejiga que originó una fístula de 1 cm, con salida transvaginal de orina fétida. Los parametrios estaban tomados hasta su tercio interno, con el tabique rectovaginal libre,

útero de aproximadamente 9 cm. No se palparon anexos ni adenomegalias inguinales. La biopsia del tumor fue positiva para cáncer cervicouterino epidermoide, moderadamente diferenciado, invasor, ulcerado y no queratinizante.

La biometría hemática reportó: hemoglobina de 14.72 g/dL, hematócrito de 36.8%, 12,900 células/mm³ de leucocitos, 208,000 plaquetas. Los tiempos de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático, química sanguínea y electrolitos séricos se reportaron en parámetros normales. El grupo sanguíneo fue O+. El examen general de orina se reportó con pH de 6.5, campo lleno de leucocitos, proteínas con 100, nitritos positivos, hemoglobina con 200 g/dL, piocitos de 4 a 5 y células epiteliales de 9 a 10, con detritus.

La telerradiografía de tórax se observó normal para la edad, sin evidencia de lesiones nodulares, ni derrame pleural.

La serie ósea metastásica se reportó negativa. La urografía excretora reportó que los riñones eran de forma y situación normal, con adecuada concentración y eliminación de medio de contraste, sin evidencia de uréter o pielocaliectasia. Se descartó uronofrosis, vejiga con evidencia de proceso fistuloso (Figura 1).

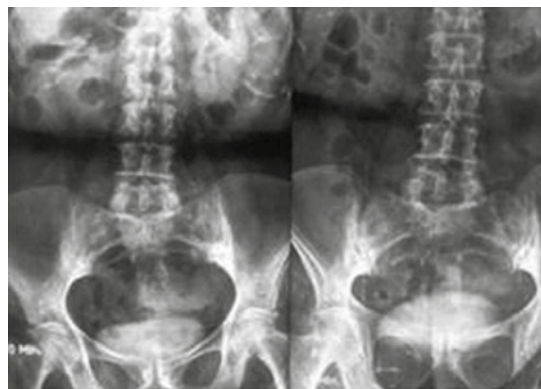


Figura 1. Urografía excretora

El ultrasonido de abdomen reportó: litiasis múltiple, hígado de características normales, sin evidencia de lesiones nodulares ni dilatación de la vía biliar. Los riñones se encontraron de tamaño normal, sin lesiones sólidas o quísticas. El bazo y el páncreas se encontraron normales. El útero tenía tamaño normal. Se observó aumento de volumen a nivel del cérvix, con hidrocolpos leve (Figura 2).



Figura 2. Urografía pélvica

Con el diagnóstico de cáncer cervicouterino etapa clínica IV-A por infiltración a la vejiga, con fístula vesico-vaginal, se decidió la exenteración pélvica anterior, con resección del útero y anexos, con vejiga urinaria en bloque, linfadenectomía pélvica, con ligadura de las arterias hipogástricas, disección de uréteres hasta su tercio medio que se anastomosaron al íleo. Con técnica Bricker se realizó un conducto ileal, anastomosis término-terminal de íleon, con un tiempo quirúrgico de 5 horas (Figuras 3-16).

La evolución posquirúrgica fue satisfactoria (Figuras 17-20), permaneció hospitalizada durante 21 días, con evolución adecuada y funcionamiento de la derivación urinaria. En el periodo de hospitalización sufrió un episodio de hipocalcemia que se resolvió con un esquema de

soluciones y electrolitos, se dio de alta del hospital con tratamiento adyuvante, con radioterapia.

DISCUSIÓN

Cuando la exenteración pélvica se efectúa después de las sesiones de radioterapia es un método curativo en casos seleccionados,^{3,5} como lo refieren Singleton y colaboradores en pacientes de relativo bajo riesgo, con neoplasias residuales menores de 3 cm, tumor no fijo a la pared pélvica e intervalo libre de enfermedad previo a la cirugía mayor de un año.⁷ Torres-Labatón y su grupo, en una serie de 161 pacientes, con seguimiento mínimo de tres años, reportaron que la supervivencia fue de 51.5%. Estos investigadores resaltan la diferencia significativa entre el estadio clínico IV-A de 35.7% tratada primero con cirugía *versus* 20% cuando sólo se indica radioterapia. Ese estudio marca como factores pronóstico favorables quirúrgicos: tumor central, edad menor de 35 años y ausencia de metástasis a los ganglios linfáticos.³⁻⁵

Singleton,⁷ Torres-Labatón y sus coautores, en otro análisis realizaron 429 exenteraciones y consiguieron una supervivencia postexenteración anterior de 58.3 *versus* 47.1% de la exenteración total, en promedio de 24 meses.^{2,5,6}

Para la derivación urinaria, la técnica de Bricker aplicada en el conducto ilial es la más utilizada, incluso en 83% de los casos,^{2,3,5,6} y fue la que se aplicó en el caso aquí reportado. Las complicaciones que pueden encontrarse se dividen en mayores y menores, y las más frecuentes son: dehiscencia de suturas ureterales e intestinales, septicemia, infección de herida quirúrgica y abscesos residuales.² En los primeros 30 días postoperatorios la mortalidad reportada es de 10%² y 8.8% en la de las exenteraciones anteriores. El estado ganglionar es un factor pronóstico con supervivencia de 62.3% con ganglios negativos *versus* 40.9% cuando son positivos.^{2-4, 7-9} En la

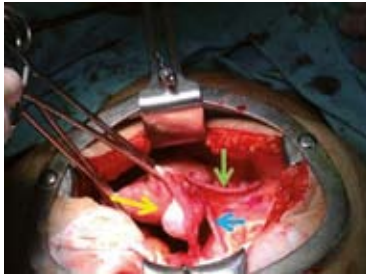


Figura 3. Inicio de histerectomía (flecha verde: Lig. redondo; flecha azul: Lig. infundíbulo-pélvico; flecha amarilla: ovario izquierdo).



Figura 4. Colpotomía posterior (flecha amarilla: rodete vaginal; flecha azul: cúpula vaginal; flecha verde: cara posterior del cérvix).



Figura 5. Ligadura de arteria hipogástrica derecha (flecha azul: uréter derecho; flecha verde: hipogástrica derecha; flecha amarilla: iliaca externa derecha; flecha roja: arteria iliaca común derecha).

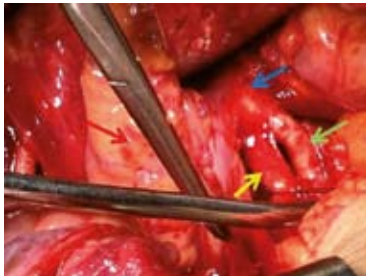


Figura 6. Ligadura de arteria hipogástrica izquierda (flecha roja: recto; flecha azul: arteria iliaca común izquierda; flecha amarilla: arteria hipogástrica izquierda; flecha verde: arteria iliaca externa izquierda).

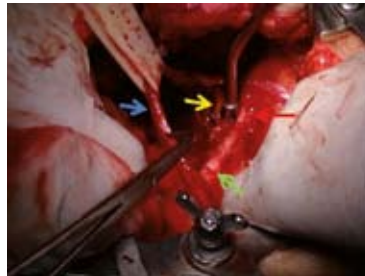


Figura 7. Disección de uréter derecho (flecha azul: uretero derecho; flecha verde: arteria iliaca común; flecha amarilla: arteria hipogástrica derecha; flecha roja: arteria iliaca externa).



Figura 8. Disección de uréter izquierdo (flecha verde: útero izquierdo; flecha amarilla: Colon; flecha azul: útero).



Figura 9. Cateterismo ureteral, flecha amarilla: catéter ureteral).



Figura 10. Segmento vascularizado de íleon (15 cm de válvula cecal).



Figura 11. Inicio de la ileostomía.

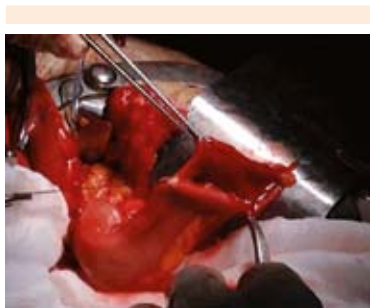


Figura 12. Anastomosis ileal término-terminal.



Figura 13. Apertura de la pared intestinal para la anastomosis uretero-ileal término-lateral (flecha verde: bolsa de Bricker; flecha azul: apertura de ventana intestinal para anastomosis ureteral).

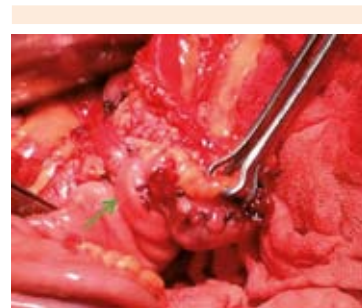


Figura 14. Cierre del borde intestinal (flecha verde: uretero izquierdo).



Figura 15. Estoma (flecha gris: pared abdominal; flecha amarilla: bolsa ileal).



Figura 16. Fijación del estoma a la pared abdominal.



Figura 17. Drenaje vía vaginal con sonda en T.



Figura 18. Cierre de la herida quirúrgica y fijación del cateterismo ureteral.



Figura 19. Postquirúrgico al egreso de la paciente con bolsa recolectora.



Figura 20. Pieza quirúrgica en bloque (flecha verde: cuerpo del útero cara posterior; flecha gris: rodete vaginal; flecha amarilla: fístula vésico-vaginal; flecha naranja: ovario derecho; flecha rosa: orificio cervical externo).



intervención primaria la supervivencia reportada es cercana a 50% en pacientes seleccionadas con estadio clínico IVa.^{2,3,8,10} En un estudio con 133 pacientes la exenteración pélvica reportó una supervivencia general de 64% a 5 años y 57% a los 10 años.

La exenteración pélvica tiene buenos resultados a largo plazo,⁹ esto con base en lo descrito por Kiselow y Bricker, que apoyan la exenteración como cirugía paliativa para mejorar la calidad de vida.¹¹ En el Hospital Universitario de Saltillo este procedimiento es poco frecuente, por eso se describe la experiencia con un caso sin tratamiento previo y con abordaje quirúrgico de primera elección en un estadio avanzado. La bibliografía menciona que deben ser casos debidamente seleccionados como aptos para la realización de este tipo de cirugía que, aunque es poco frecuente y controversial, si se realiza siguiendo las indicaciones específicas tiene muy alta supervivencia y mejorra considerablemente el pronóstico a cinco años.

CONCLUSIONES

Los estudios aquí descritos señalan una supervivencia mayor de 40% en pacientes con cáncer cérvico-uterino localmente avanzado; sin embargo, aunque es indispensable un buen sistema de salud para diagnosticar la enfermedad en etapas tempranas y así evitar este tipo de cirugías, la

exenteración puede ofrecer mejor calidad de vida, nuestra paciente cursa con un estado de salud satisfactorio aunque queda pendiente reportar su supervivencia a mediano y largo plazos.

REFERENCIAS

1. Montalvo y col. Onco Guía: Cáncer cervico-uterino. *Cancerología* 2011;61-69.
2. Torres-Lobatón A, Lara- Gutiérrez C, Oliva-Posada JC, Torres-Rojo A y col. Cáncer cérvico-uterino, experiencia con 429 exenteraciones pélvicas. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2010;73:154-160.
3. Torres-Lobatón A, Lara-Gutiérrez C, Torres-Rojo A, Román-Bassaure E y col. Exenteraciones pélvicas por cáncer cervicouterino (factores pronósticos). *Ginecol Obstet Mex* 2010;78:598-604.
4. Garrido Sanchez MC y col. Revisión de la exenteración pélvica en el cáncer de cérvix. Descripción de nuestra casuística. *Clin Invest Gin Obst* 2013.
5. Bannura CG, Barrera EA, Melo LC, y col. Exenteración pélvica total: indicaciones, técnica y resultados. *Rev Chilena de Cirugía* 2004;56:362-369.
6. Hernández-Aten D, Hernández-Naranjo MA, Mota-Gutiérrez MJ, Osuna-Aramburo M, Serrano OA. Modificación a la técnica de la exenteración pélvica clásica en pacientes con cáncer cervicouterino. *Cir Cir* 2001;69:4:167-172.
7. Schmidt AM, Imesch P, Fink D, Egger H. Indications and long-term clinical outcomes in 282 patients with pelvic exenteration for advanced or recurrent cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2012;125:604-609.
8. Maggioni A, Roviglione G, Landoni F, Zanagnolo V, et al. Pelvic exenteration: Ten-year experience at the European Institute of Oncology in Milan. *Gynecol Oncol* 2009;114:64-68.
9. Ungar L, Palfalvi P, Novak Z. Primary pelvic exenteration in cervical cancer patients. *Gynecol Oncol* 2008;111:S9-S12.