

Laparotomía exploradora por cáncer cervicouterino persistente o recurrente a radiación. Experiencia con 931 pacientes

Laparotomies for cervical cancer persistent or recurrent after radiation therapy. An experience with 931 patients

Alfonso Torres-Lobatón,¹ Carlos Lara-Gutiérrez,² Juan Carlos Oliva-Posada,³ Alfonso Torres-Rojo,² Edgar Román-Bassauré,⁴ Miguel Ángel Morales-Palomares,⁵ Dimas Hernández-Aten,⁵ Fred Morgan-Ortiz.⁶

▷ RESUMEN

Introducción: Las laparotomías destinadas a realizar algún tipo de cirugía de rescate, constituyen la última oportunidad para la curación de un grupo seleccionado de pacientes, con cáncer cervicouterino (CaCu) recurrente a radiación.

Objetivo: Mostrar una experiencia institucional de 40 años en pacientes con CaCu, exploradas quirúrgicamente a fin de realizar una exenteración pélvica o una histerectomía radical clase 3.

Material y métodos: Revisión de la casuística del Servicio de Oncología del Hospital General de México de los años comprendidos entre 1966 a 2006.

Resultados: Se realizaron 931 cirugías, de las que 431 fueron laparotomías más toma de biopsia, 429 exenteraciones pélvicas y 71 histerectomías radicales.

▷ ABSTRACT

Introduction: Laparotomies as a kind of rescue surgery, represents the last chance of cure in a selected group with cervical cancer (CC) recurrent to radiotherapy.

Objective: To show a 40 year institutional experience of laparotomies in patients with CC in an intent to perform a pelvic exenteration or a class 3 hysterectomy.

Material and methods: A review of cases at the Oncology Service of the "Hospital General de México" from 1966 to 2006.

Results: Nine hundred thirty one laparotomies were made with 429 pelvic exenterations and 71 radical hysterectomies. Four hundred thirty one patients (46.2%) were irresectable, 73.3% of which, had a tumor out of the pelvis. Seventy one radical hysterectomies were made and 28.1% developed major complications. Four patients died (5.6%) and 61.2% were free of disease at

1Consultor técnico y Profesor Titular del curso de ginecología oncológica. Servicio de Oncología, Hospital General de México OD.

2Adscrito del Servicio de Oncología. Servicio de Oncología, Hospital General de México OD.

3Jefe de la Unidad de Ginecología. Servicio de Oncología, Hospital General de México OD.

4Jefe del Servicio de Oncología. Servicio de Oncología, Hospital General de México OD.

5Adscrito a la Unidad de Ginecología. Servicio de Oncología, Hospital General de México OD.

6Gineco-obstetra, Maestro en Ciencias. Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

Correspondencia: Dr. Alfonso Torres Lobatón. Palenque No. 49, Colonia Narvarte, CP 03020, México DF. Teléfonos: 5519 1792, 5538 1200. Correo electrónico: drtorreslobaton@prodigy.net.mx

Cuatrocientos treinta y un pacientes (46.2%) mostraron lesiones irresecables, de éstas, 73.3% tenían tumor fuera de la pelvis. Se efectuaron 71 histerectomías radicales, de las cuales el 28.1% desarrollaron complicaciones mayores. Hubo cuatro fallecimientos (5.6%), y el 61.2% evolucionó a 30 meses sin evidencia de enfermedad. Se realizaron 214 exenteraciones anteriores (49.8%); 208 totales, (48.4%) y siete posteriores, (1.6%). El 30% desarrolló complicaciones mayores con una mortalidad operatoria global del 10.7%, la que descendió al 3.7% en los últimos 6 años del estudio. El 48.8% de estas pacientes tuvo un seguimiento a 24 meses sin evidencia de enfermedad. Se incluyen el 58.3% de las exenteraciones anteriores, y el 41.7% de las exenteraciones totales, $p=0.04$.

Conclusiones: El elevado número de pacientes con CaCu avanzado que acuden a la Institución de los autores, justifica la realización de los procedimientos, que motivaron este análisis. Es de esperarse para un futuro próximo, una cifra menor de estas cirugías con el advenimiento del Seguro Popular, que garantiza gratuidad en la atención de estos casos.

Palabras clave: Laparotomías y cirugías de rescate por cáncer cervicouterino.

30 months. Two hundred and fourteen anterior exenterations were made (49.8%); 208 total exenterations (48.4%) and 7 posterior exenterations (1.6%). Thirty percent developed major complications with a global operative mortality of 10.7% which has been reduced to 3.7% in the last six years. Forty eight percent of these patients were free of disease at 24 months. There were included 58.3% of the anterior exenterations and 41.7% of the total exenterations, $p=0.04$ for this study.

Conclusions: *The high number of patients with advanced stage CC in our institution, justify the kind of procedures of this study. We hope that in a future, the number of these procedures will be reduced with the advent of the "Seguro Popular" program that will warranty the payment of the treatment for this disease.*

Keywords: *Laparotomies, rescue surgery for cervical cancer.*

▷ INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) continúa representando un grave problema de salud en nuestro medio, ya que por lo menos el 50% de los ingresos por esta enfermedad en instituciones de la Secretaría de Salud como el Hospital General de México,¹ está vinculado con las etapas avanzadas de la enfermedad, las cuales son tributarias de radioterapia como terapéutica de base más quimioterapia, mediante esquemas que utilizan platino, como agente radio sensibilizador.²⁻⁴

Si bien, la bibliografía ha mostrado un incremento aproximadamente de un 10% en la sobrevida libre de enfermedad, para las pacientes tratadas con este esquema de manejo,²⁻⁴ el hecho de que al CaCu le corresponda el segundo lugar como causa de muerte en la mujer mexicana, es indicación de que aun se está lejos de obtener un adecuado control de este padecimiento.⁵

Pacientes con falla a la radioterapia y con tumor limitado a la pelvis, son candidatas a evaluación para posibles cirugías de rescate, a condición de que su reserva

funcional sea óptima y que ellas estén dispuestas a tolerar procedimientos quirúrgicos. Estos conllevan una morbilidad de hasta un 60%, cifras de mortalidad operatoria que en algunas series alcanzan el 10% y un seguimiento a cinco años sin evidencia de enfermedad, que en la mayor parte de las publicaciones no rebasa el 45%.⁶⁻¹¹

En este artículo se muestran 40 años de experiencia del Servicio de Oncología del Hospital General de México, Organismo Descentralizado (OD), en el manejo quirúrgico de pacientes con CaCu invasor. Tratadas inicialmente con radioterapia, con terapéutica fallida y posteriormente sometidas a exploración quirúrgica, con la intención de realizar una cirugía de rescate, consistente en exenteraciones pélvicas⁶⁻¹¹ o en casos muy seleccionados, a una histerectomía radical.^{2,4,12,13}

▷ MATERIALES Y MÉTODOS

Del primero de enero de 1966 al 31 de diciembre del 2006, 931 pacientes con CaCu persistente o recurrente

a radioterapia, con óptima reserva funcional y tumor limitado a la pelvis por hallazgos de exploración clínica y estudios de imagen, fueron laparotomizadas en el Servicio de Oncología del Hospital General de México (OD), con la finalidad de realizar en ellas, una cirugía de rescate como última posibilidad para obtener el control de la enfermedad.

Previa preparación intestinal, se realizó una laparotomía media supra e infraumbilical, llevándose a cabo una evaluación de la cavidad abdominal y pélvica. Cuando se demostró actividad tumoral fuera de la pelvis, se tomó biopsia transoperatoria de los tejidos sospechosos de malignidad, y se procedió a iniciar la disección ganglionar pélvica, en el lado más afectado por el tumor. Con reporte positivo para metástasis, se dio por terminada la intervención quirúrgica y en el resto de las pacientes, se completó la disección ganglionar.

En ausencia de tumor parametrial, con separación de vejiga y recto sin dificultad, se procedió a realizar una histerectomía radical clase 3,² mediante el pinzamiento, corte y ligadura de los ligamentos uterosacros en la vecindad del recto. Posteriormente, se separó ambos ureteres del tejido parametrial y paracervical hasta unos 2 cm, previos a su entrada a la vejiga, extrayendo de esta manera el espécimen y dando margen suficiente a la vagina.

En el resto de las pacientes, la pieza se extrajo en un bloque extirpando la vejiga, (exenteración anterior) o el recto (exenteración posterior), o ambas estructuras (exenteración total). Siendo necesario en algunos casos, llevar a cabo un tiempo perineal para la extracción completa del espécimen. En esta serie, la infiltración a la pared y al piso de la pelvis, se consideró como una contraindicación para continuar la cirugía.

La reconstrucción de la vía urinaria se realizó mediante un segmento desfuncionalizado del ileon terminal (conducto de Bricker)¹⁴⁻¹⁶ o bien, mediante un segmento desfuncionalizado del recto sigmoideo (conducto sigmoideo). Unos cuantos casos fueron resueltos con derivaciones urinarias continentales.^{14,17} En las exenteraciones totales y posteriores, se realizó una colostomía definitiva. En las pacientes tratadas con histerectomía radical, se colocó un penrose en el lecho. En las exenteradas, se dejó una compresa en el piso pélvico, la cual se retiró a las 36 horas, éstas permanecieron hospitalizadas en terapia intensiva, durante un mínimo de 72 horas, bajo protección con antibióticos.¹⁶

Las variables analizadas en el estudio incluyeron: los aspectos clínico patológicos de las pacientes, los tipos de cirugías realizadas, las causas de irreseabilidad en pacientes no candidatas a cirugías de rescate, la morbimortalidad operatoria de las cirugías radicales y los resultados del

Tabla 1.
Aspectos clínico patológicos. En 931 pacientes.

Variable	No. Casos	Por ciento
Edad:		
21-30	23	2.4
31-40	269	28.8
41-50	372	39.9
51-60	214	22.9
61-70	46	4.9
71-80	10	1
<: 23, >75, media: 45 años.		
Patología:		
Ca. epidermoide	848	91
Adenocarcinoma	83	8.9
Estadios:		
I	35	3.7
II	304	32.6
III	311	33.4
IV	93	9.9
No clasificables	188	20.1
Esquema de Radioterapia:		
Ciclo pélvico*	556	59.7
Teleterapia**	236	25.3
Radioterapia fuera del servicio	139	14.9

*Radioterapia externa (45-50 Gy) más material radioactivo intracavitario (30-35 Gy)

**Radioterapia externa (50 Gy).

tratamiento quirúrgico, por tipo de cirugía realizada. Para fines del análisis, la evaluación de la clasificación clínica de las pacientes, los resultados de la exploración quirúrgica, así como de la mortalidad operatoria en las cirugías radicales, se dividieron en tres periodos: el primero incluyó los años de 1966 a 1979, el segundo de 1980 a 1989 y el tercero, los años 1990 al 2006.

Los resultados obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico mediante el programa Epi-Info versión 6.04. T. Student y *ji cuadrada*.

▷ RESULTADOS

En 500 pacientes de las 931 laparotomizadas, se efectuaron intervenciones con fines de curación (53.7%), en 431 se demostró la presencia de tumores irreseables, (46.2%). En las pacientes con tumores reseables, se

Tabla 2.

Causas de irresecabilidad. En 431 pacientes.

Hallazgo	No. de Casos	Por ciento
Metástasis Paraórticas.	259	60
Primario irresecable	139	36.1
Metástasis intraabdominales	57	14.8

realizaron 429 exenteraciones pélvicas, y 71 histerectomías radicales clase 3.²

Las características clínico patológicas de las pacientes del estudio se indica en la **Tabla 1**. La paciente más joven tuvo 23 años y la de mayor edad, 75 años. La media de edad fue 45 años. El 91% cursaba con carcinomas epidermoides y el 95.1% de las pacientes enfermas, mostró lesiones avanzadas al ingreso al Servicio, apreciándose diferencias estadísticamente significativas, al comparar la frecuencia de etapas IV que fue del 13.1% para el primer periodo (46 de 351 pacientes), de 9.6% para el segundo (32 de 331 pacientes) y de 6% para el tercero (15 de 249 pacientes) ($p=0.04$).

En cuanto a los esquemas de radioterapia administrados, el 59.7% de las pacientes recibió ciclo pélvico de radioterapia como tratamiento de base (**Tabla 1**).

En 431 pacientes de las 931 laparotomizadas (46.2%), no fue posible realizar una cirugía de rescate. La cifra fue del 37% para el periodo entre 1966-1979 (130 de 351), 57% entre los años 1980-1989, (189 de 331) y 44.9% para el periodo de 1990-2006 (112 de 249), ($p=0.0003$). En 87 de estas pacientes (20.1%), se realizó algún tipo de cirugía paliativa, que consistió en realizar conducto íleal en 52 pacientes (12.0%), colostomías en 23 (5.3%) y ligadura de arterias hipogástricas en 12, (2.7%).

La causa más común de irresecabilidad fue la presencia de metástasis paraórticas, observadas en el 60% de los casos (**Tabla 2**). En 57 pacientes (14.8%), se demostró la presencia de metástasis intraabdominales como causa de irresecabilidad (**Tabla 3**).

En 500 pacientes se llevaron a cabo cirugías de rescate. Se incluyen 429 exenteraciones pélvicas (85.8%) y 71 histerectomías radicales (14.2%) (**Tabla 4**).

Histerectomías radicales: Se realizaron 50 en el periodo de 1966-1979, (50 de 351, 14.2%), 10 en el segundo periodo de 1980-1989 (10 de 331, 3%) ($p<0.05$), y 11 en los años de 1990-2006 (11 de 249, 4.4%) ($p>0.05$), al comparar los dos últimos grupos.

Tabla 3.

Metástasis intraabdominales. En 57 pacientes.*

Localización	No. de pacientes	Por ciento
Hígado	17	29.8
Carcinomatosis	16	28.0
Epiplón mayor	13	22.8
Yeyuno- ileon	10	17.5
Colon	7	12.2
Mesenterio	6	10.5
Pared del abdomen	6	10.5
Vesícula biliar	1	1.7
Estómago	1	1.7
Bazo	1	1.7

* 21 pacientes (36.8%), mostraron actividad tumoral en más de un sitio.

Treinta y dos pacientes desarrollaron complicaciones en el postoperatorio (45%), de las cuales 20 pacientes (28.1%), se consideraron como mayores. Las más comunes fueron las fístulas vesicovaginales, observadas en ocho pacientes y las ureterovaginales en cinco (**Tabla 5**). El 90% de estas complicaciones (18 casos) se observaron en la primera serie. Una de 10 pacientes de la segunda serie (10%), desarrolló una fístula ureterovaginal y una de 11 pacientes de la tercera serie (9%), desarrolló una fístula vesicovaginal. Las cifras de mortalidad postoperatoria fueron del 5.6% (4 pacientes), y todos los decesos ocurrieron en el periodo de 1966 a 1979.

Se obtuvo una evolución sin evidencia de enfermedad, con una media de 30 meses, en 30 de 49 pacientes que tuvieron seguimiento (61.2%). Veintidós de las 71 pacientes enfermas (30.9%), abandonaron sus controles sin evidencia de enfermedad, durante los primeros meses consecutivos a la cirugía y no fueron consideradas para los resultados finales.

Exenteraciones pélvicas: Se realizaron 429 procedimientos, de los que 214 fueron exenteraciones anteriores, 208 exenteraciones totales y siete posteriores (**Tabla 4**). El 82.9% de las derivaciones urinarias consistió en conductos ileales y el 16.3% a conductos sigmoideos. Únicamente en tres pacientes (0.6%) se realizaron derivaciones urinarias continentes.^{14,17}

El 49.1% de las pacientes desarrolló complicaciones en el postoperatorio. El 30% de estas fueron consideradas como mayores, siendo las más relevantes aquellas relacionadas con dehiscencia de las suturas ureterales e intestinales, y la sepsis (**Tabla 6**).

Tabla 4.

Cirugías radicales realizadas. En 500 pacientes.

Procedimiento	No. de casos	Por ciento
Histerectomía radical	71	14.2
Exenteración pélvica Anterior	214	42.8
Exenteración pélvica Total	208	41.6
Exenteración pélvica Posterior	7	1.4
Total	500	100

La mortalidad postoperatoria observada en esta serie fue del 10.7%. Para las exenteraciones totales la cifra fue del 12%, y del 8.8% para las anteriores, ($p>0.05$). El estudio de la mortalidad, de acuerdo con las diferentes épocas del estudio mostró en la serie de 1966 a 1979, una cifra del 15.7%, la que descendió a 3.7% para los últimos 6 años del análisis, ($p=0.02$) (**Tabla 7**).

Ciento veintidós pacientes (28.4%) de las 429 intervenidas, abandonaron su seguimiento sin evidencia de enfermedad, durante los primeros meses consecutivos a la cirugía y no fueron tomadas en cuenta para los resultados finales. De las 307 restantes, en 157 pacientes enfermas (51.1%), se demostró fracaso de la cirugía y 150 (48.8%) evolucionaron de uno a 20 años, con una media de 24 meses, sin evidencia de enfermedad.

El 58.3% de las pacientes tratadas con exenteraciones pélvicas anteriores, el 41.7% de las exenteraciones pélvicas totales ($p=0.04$) y el 0% de las pacientes manejadas con exenteración pélvica posterior, evolucionaron sin evidencia de enfermedad. Los resultados del tratamiento en las pacientes sometidas a cirugías radicales se muestran en la **Tabla 8**.

▷ DISCUSIÓN

Se acepta en la bibliografía internacional, que la cirugía constituye el último recurso terapéutico disponible para el control de tumores avanzados de la pelvis, en aquellos casos que han fracasado los procedimientos terapéuticos convencionales para la erradicación de estas neoplasias.⁶⁻¹¹ El CaCu avanzado encabeza la lista de padecimientos, con los cuales se ha ganado más experiencia mediante intervenciones quirúrgicas para este tipo de patología, a partir de las publicaciones de A. Brunschwig, a finales de la década de los cuarentas del siglo pasado.^{14,15,18}

Tabla 5.

Histerectomía radical. Complicaciones mayores.*

Complicación	No. De pacientes	Por ciento
Fístula vesicovaginal	8	11.2
Fístula ureterovaginal	5	7
Fístula rectovaginal	4	5.6
Bronconeumonía	2	2.8
Obstrucción intestinal	1	1.4
Total	20/71	28.1

*18 de estas complicaciones (90%), se presentaron en el periodo comprendido entre 1966-1979.

Las elevadas cifras de mortalidad operatoria inicialmente registradas para intervenciones como las exenteraciones pélvicas por CaCu, se han logrado abatir a través de los años, gracias al progreso en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, a la mejor selección de las pacientes candidatas a estas cirugías, a los avances de las técnicas quirúrgicas, a una mayor disponibilidad de antibióticos y a los exhaustivos cuidados postoperatorios empleados en estos casos.⁶⁻¹¹

Pacientes enfermas con lesiones centrales y sin participación parametrial pueden ser consideradas para histerectomías radicales,^{12,13} siempre y cuando la separación de los tabiques vesicovaginal y rectovaginal se lleven a cabo sin dificultad. Situación que ocurrió en el 7.6% de las pacientes laparotomizadas del presente estudio y en el 14.2% de las candidatas a cirugía radical. Son pocos los artículos que hacen referencia a esta intervención,^{12,13} y algunas Instituciones prefieren llevar a cabo histerectomías adyuvantes o complementarias, ante la sospecha de residual tumoral central postradioterapia.⁴

Un porcentaje de casos explorados quirúrgicamente cursará con lesiones irresecables, lo cual demuestra que la laparotomía es el procedimiento que determinará, qué pacientes podrán beneficiarse con la cirugía radical.^{4,9,11} Revisiones de la bibliografía como las realizadas por Marbin J. López y colaboradores¹⁴ muestran que la valoración quirúrgica intraoperatoria resulta fundamental para la realización de la cirugía, y que hasta en un 30% de los casos, el procedimiento será abortado por lesiones localmente irresecables o por diseminación fuera de la pelvis.

En nuestra revisión, el 46.2% de las pacientes exploradas quirúrgicamente mostró lesiones, en las cuales no fue posible realizarse una cirugía de rescate, ocupando las metástasis paraórticas, el primer lugar como causa de irresecabilidad. Cincuenta y siete pacientes enfermas

Tabla 6.

Exenteraciones pélvicas. Complicaciones mayores*

Complicación	No.	Por ciento
Fístula urinaria	45	10.4
Fístula intestinal	26	6
Sepsis	22	5.1
Sangrado gastrointestinal	15	3.4
Obstrucción intestinal	14	3.2
Sangrado postoperatorio	12	2.7
Necrosis del conducto ileal	8	1.8
Neumonía	5	1.1
Otras	3	0.6
Total	129	30

*21 pacientes (16.2%), presentaron más de una complicación.

presentaron diseminación tumoral intraabdominal. Las metástasis hepáticas y la carcinomatosis peritoneal, fueron los sitios más comunes de diseminación, después de las metástasis paraórticas.

El tener una cifra mayor de lesiones no resecables a las referidas en la literatura consultada, lo justificamos en virtud de que no todas las pacientes enfermas de la presente serie contaban con estudios de extensión previos a la cirugía, tales como la tomografía computarizada. Este recurso empezó a emplearse en forma sistematizada en la Institución de los autores hasta los inicios del siglo XXI, y recientemente pacientes con duda, en cuanto a si deben o no ser laparotomizadas. Estas se envían a estudio de tomografía por emisión de positrones, a fin de disponer de más elementos para normar la conducta terapéutica definitiva.^{4,11,18,19}

Setenta y un pacientes de esta serie fueron candidatas a histerectomía radical y 50 de estas cirugías (70.4%), se realizaron en el periodo de 1966 a 1979, observándose elevadas cifras de morbimortalidad operatoria.²⁰ Esto obligó a ser más cautelosos en la indicación para realizar este procedimiento, por lo cual en los periodos subsecuentes, se llevaron a cabo un número menor de estas cirugías. El 28.1% de los procedimientos cursó con complicaciones mayores, siendo las más comunes las fístulas vesicovaginales con un 11.2%, las ureterovaginales con un 7% y las rectovaginales con un 5.6%. Cuatro pacientes (5.6%) fallecieron en el postoperatorio y todas las defunciones se observaron en el periodo entre 1966-1979. El 61.2% de esta serie, tuvo una media de seguimiento de 30 meses, sin evidencia de enfermedad.

Coleman LR y colaboradores¹² reportaron una serie de 50 histerectomías radicales para el padecimiento que nos ocupa con una sobrevivida a 5 años del 72% y una

Tabla 7.

Exenteraciones pélvicas. Mortalidad postoperatoria global.

Periodo	No. de casos	Por ciento
1966-1979*	27/171	15.7
1980-1989	11/132	8.3
1990-1999	6/73	8.2
2000-2006*	2/53	3.7
Total	46/429	10.7

*(p=0.02)

morbilidad del 42%. El 28% de sus pacientes desarrolló fístulas vesicovaginales o rectovaginales y el 22% cursó con lesiones ureterales. Reportaron un fallecimiento. Por otra parte, en la serie de Maneo A. y colaboradores¹³ con 34 casos, la sobrevivida a 5 años fue del 49% y el 44% de sus pacientes desarrolló complicaciones mayores.

En cuanto a las exenteraciones pélvicas, en esta serie se realizaron con la misma frecuencia exenteraciones anteriores que totales y en el 82.2%, las derivaciones urinarias fueron resueltas con conductos ileales, procedimiento elegido por la mayoría de los autores, para pacientes previamente radiadas.^{8,10,15,18}

El 49.1% de los casos cursó con complicaciones postoperatorias, considerándose como mayores el 30% de estas. Las más graves estuvieron relacionadas con dehiscencia de las suturas de las anastomosis. Las cifras globales de complicaciones operatorias y el tipo de estas, recuerdan algunos reportes de la bibliografía consultada,^{4,7, 8,11} debiendo comentar que algunos autores han publicado hasta un 70% de complicaciones en sus series.^{6,10,18}

El análisis de la mortalidad operatoria para estos procedimientos, mostró una cifra global de un 10.7% descendiendo esta, del 15.7% en los años de 1966 a 1979 al 3.7% para el grupo del 2000 al 2006 (p=0.02). La última cifra se atribuye a una mejor selección de pacientes, a la disponibilidad de un mayor número de antibióticos y a que rutinariamente estas pacientes pasan sus primeros días de postoperatorio, en el área de cuidados intensivos del Servicio.

Se ha documentado que la mortalidad operatoria de las exenteraciones pélvicas, llegó a ser en sus inicios del 20%^{14,15} y que las cifras fueron disminuyendo a partir de la década de los setentas, existiendo reportes en años recientes de mortalidad menor al 5%.^{6,8,11}

Una revisión de la bibliografía que incluyó los años 1995 al 2006, realizada por el grupo de Ginecología

Tabla 8.

Cirugías radicales. Evolución sin evidencia de enfermedad.

Procedimiento	No. de casos	Por ciento
Histerectomía radical*	30/49	61.2
Excentración Anterior**	87/149	58.3***
Exenteración total**	63/151	41.7***
Exenteración posterior	0/7	-
Total	180/356	50.5

*Media de seguimiento 30 meses. ** Media de seguimiento 24 meses. *** p=0.04.

Oncológica del Hospital MD Anderson, con 411 exenteraciones por la entidad que nos ocupa, reportó cifras de morbilidad severa del 29% y una mortalidad del 5%, contrastando este último dato, con los reportes de mortalidad operatoria del 17.4% en 1350 casos de los años 1948 a 1974.⁹

En la presente serie, se obtuvo una evolución sin evidencia de enfermedad a 2 años, en el 48.8% de las pacientes que tuvieron seguimiento. En la Institución de los autores, un buen número de pacientes proceden del interior del país y la mayor parte pertenece a población carente de seguridad social, por lo que resulta difícil obtener un adecuado seguimiento, una vez que son citadas a sus controles al cicatrizar la herida quirúrgica. Lo anterior justifica las deserciones sin evidencia de enfermedad, observadas en el 28.4% de nuestros casos.

El análisis de 411 pacientes con CaCu persistente o recurrente a radiación, tratadas con exenteraciones pélvicas a nivel internacional entre 1995 y 2006, mostró de acuerdo con Chiva ML y colaboradores sobrevivió a cinco años del 42.8%.⁹ Autores como Maggioni y colaboradores del Instituto de Oncología en Milan,¹⁰ reportaron en el 2009 un seguimiento a cinco años sin evidencia de enfermedad del 52% para 62 pacientes con CaCu recurrente o persistente a radiación. Las cifras reportadas en la bibliografía oscilan entre un 20% y un 60%.^{4,7,8,11,18,19}

En cuanto a los resultados del tratamiento por tipo de exenteración realizada, algunas series destacan que la exenteración anterior tiene un mejor pronóstico que la total, pues la resección del recto presupone una mayor carga tumoral y se acompaña de una mayor morbilidad operatoria.^{21,22} Fleisch MC y cols publicaron en el 2007 la experiencia de la Universidad de Duesseldorf en Alemania, con 203 exenteraciones pélvicas por

cánceres pélvicos avanzados, el 65.5% fueron cánceres de cérvix. No encontraron diferencias estadísticamente significativas, al comparar la evolución con los tipos de exenteración realizados, aunque no especifican la patología motivo de la intervención.¹⁸ Como se muestra en los resultados del presente estudio, la evolución sin evidencia de enfermedad para las exenteraciones anteriores fue del 58.3% vs. 41.7% para las totales. Las diferencias fueron estadísticamente significativas.

La experiencia aquí reportada abarca un periodo de 40 años y se limita a pacientes con CaCu recurrente o persistente a radiación, operadas en una Institución a la que lamentablemente aun con la gratuidad del programa de gastos catastróficos de la Secretaría de Salud, implementado en la Institución de los autores a partir del 2004, siguen acudiendo un gran número de pacientes con lesiones avanzadas, razón por la cual estos formidables procedimientos terapéuticos aun tienen vigencia. A pesar del empleo de modernos y sofisticados equipos de radioterapia, y el haber agregado en años recientes a la quimioterapia con esquemas a base de platino, como agente radiosensibilizador.

Es de esperarse que con el programa de gratuidad antes mencionado, que permite a las pacientes sin seguridad social acceder a las instituciones de tercer nivel de la Secretaría de Salud, para recibir sin costo alguno su tratamiento para esta enfermedad, se logre contar con diagnósticos mas tempranos y que de esta manera, las cirugías de rescate como las exenteraciones pélvicas, pierdan la vigencia que actualmente tienen en instituciones, como el Hospital General de México.

▷ CONCLUSIONES

El 91% de las pacientes laparotomizadas durante los 40 años analizados, cursaban con lesiones avanzadas. Hubo un descenso en las cifras de estadios IV, a partir de 1980 en relación con el periodo de 1966-1979 ($p=0.0003$).

En el 46.2% de las pacientes, no fue posible llevar a cabo una cirugía de rescate. El 73.3% de estas pacientes, cursó con tumor fuera de la pelvis.

En 71 de 500 pacientes sometidas a cirugía de rescate (14.2%), se llevó a cabo una histerectomía radical. El 28.1% de estas pacientes enfermas desarrolló complicaciones mayores, el 5.6% falleció a consecuencia de estas y el 61.2% tuvo una media de seguimiento de 30 meses, sin evidencia de actividad tumoral.

Se realizaron 429 exenteraciones pélvicas, el 30% cursó con complicaciones mayores y el 10.7% falleció a consecuencia de estas. Las cifras de mortalidad operatoria descendieron del 15.7% en el periodo de 1966-1979, al 3.7% en el de 2000-2006 ($p=0.02$).

Se obtuvo una media de seguimiento a 24 meses sin evidencia de enfermedad, en el 48.8% de las pacientes exenteradas. La cifra incluyó 87 de 149 exenteraciones anteriores (58.3%), y 63 de 151 exenteraciones totales (41.7%) ($p=0.04$).

Es de esperarse que con la gratuidad que proporciona el programa de Seguro Popular de la Secretaría de Salud, se diagnostiquen lesiones más tempranas, a fin de que las cirugías de rescate aquí analizadas, pierdan la vigencia que actualmente tienen en la Institución que da origen a este informe.

REFERENCIAS

1. Torres LA, Gómez GG, Piñón CR y cols. Cáncer cervicouterino en el Hospital General de México OD. Frecuencia de sus Etapas clínicas. *GAMO* 2007;6:28-32.
2. Eifel JP, Berek SJ, Markman AM. Cancer of the Cervix. In: Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology, 8th Edition. 2008. p. 1517-1520.
3. Mansour ALZ, Verschraegen C. Locally advanced cervical cancer: What is the Standard of care?. *Curr Opin Oncol*. 2010;22:503-512.
4. Ota T, Takeshima N, Tabata T, *et al*. Adjuvant hysterectomy for treatment of residual disease in patients with cervical cancer treated with radiation therapy. *Br J Cancer* 2008;99:1216-1220.
5. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos Nacionales. Defunciones. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. www.inegi.gob.mx. 2008. p.1-2.
6. Schneider A, Köhler Ch, Erdemoglu E. Current developments for pelvic exenteration in gynecologic oncology. *Curr Op in Obstet and Gynecol* 2009;21:214-219.
7. Ferenschild JTE, Vermaas M, Verhoef C, *et al*. Total Pelvic Exenteration for Primary and Recurrent Malignancies. *World J Surg* 2009;33:1502-1508.
8. Fotopoulou C, Neuman U, Kraetschell R, *et al*. Long-term clinical outcome of pelvic exenteration in patients with advanced gynecological malignancies. *J Surg Oncol* 2010;101:507-512.
9. Chiva ML, Lapuente F, González CL, *et al*. Surgical treatment of recurrent Cervical cancer: State of the art and new achievements. *Gynecol Oncol* 2008;110:S66-S69.
10. Maggioni A, Roviglioni G, Landoni F, *et al*. Pelvic exenteration: Ten year experience at European Institute of Oncology in Milan. *Gynecol Oncol* 2009;114:64-68.
11. Marnitz S, Dowdy S, Lanowska M, *et al*. Exenterations 60 years US and German Gynecologic Oncology Centers. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19:974-977.
12. Coleman LR, Keeney DE, Freedman SR, *et al*. Radical Hysterectomy for Recurrent Carcinoma of the Uterine Cervix after Radiotherapy. *Gynecol Oncol* 1994;55:29-35.
13. Maneo A, Lanndoni F, Cornio G, *et al*. Radical hysterectomy for recurrent or persistent cervical cancer following radiation therapy. *Int J Gynecol Cancer* 1999;9: 295-301.
14. Lopez JM, Barrios L. Evolution of pelvic exenteration. *Surg Oncol Clin of North Am* 2005;14:587-606.
15. Lopez JM, Spratt SJ. Exenterative pelvic surgery. *J Surg Oncol* 1999;72:102-114.
16. Torres LA, Lara GC, Román BE y cols. Cáncer cervicouterino persistente o recurrente a radiación. Experiencia con 126 exenteraciones pélvicas. *GAMO* 2009;8:159-165.
17. Sharma S, Odunsi K, Driscoll D, *et al*. Pelvic exenterations for Gynecological malignancies twenty-year experience at Roswell Park Cancer Institute. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:475-482.
18. Fleisch MC, Panke P, Beckmann MW, *et al*. Predictors for Long-term survival after Interdisciplinary Salvage surgery for advanced or recurrent Gynecologic Cancers. *J Surg Oncol* 2007;95:476-484.
19. Jeong YP, Hyuck JC, Seung YJ, *et al*. The Role of Pelvis Exenteration and reconstruction for Treatment of advanced or recurrent Gynecologic Malignancies: Analysis of risk Factors Predicting recurrence and survival. *J Surg Oncol* 2007;96:560-568.
20. Torres LA, Ceron GM, Mandujano M y cols. Histerectomía radical en el tratamiento del cáncer cervicouterino recurrente a radiación. *Ginecol Obstet Mex* 1983;51:7-12.
21. Hatch DK, Shingleton MH, Soong SJ, *et al*. Anterior pelvic exenteration. *Gynecol Oncol* 1988;31:205-213.
22. Curry LS, Nahhas AW, Jashan EA, *et al*. Pelvic exenteration a 7 year Experience. *Gynecol Oncol* 1981;11:119-123.