

CIRUGIA RADICAL EN EL CANCER GINECOLOGICO

POR EL DR. LUIS ESTEVES FLORES*

El problema de la cirugía radical en el cáncer ginecológico fue presentado por el Dr. Luis Esteves en relación a la casuística y experiencia en el Dpto. de Ginecología del I.N.E.N. del cual es jefe, de 1952 a 1959; tiempo después del cual creía un deber informar a esta sociedad y a los colegas ginecólogos en general, de la labor cumplida en ese período de 7 años. Hizo presente que el trabajo se refiere exclusivamente al tratamiento quirúrgico, dejando constancia que la cirugía radical y ultraradical del cáncer pélvico en la mujer fue introducida en nuestro medio, por él, con la cooperación del Dr. Castellano en el año 1952. Igualmente dejó constancia, también, que en otros centros, especialmente en el servicio de ginecología del Hospital Loayza Pab. 5 II, con posterioridad otros ginecólogos cultivan en forma limitada algunos aspectos de dicha cirugía radical.

El sustentante dijo que para una mejor exposición, él expondría lo referente a la cirugía radical del cérvix y de la vulva y el Dr. Castellano lo tocante a las otras localizaciones.

En primer lugar citó algunos conceptos de Meigs, Stanley Way, Parsons y Ulfelder sobre la amplitud de la exéresis, los requisitos que deben llenar las intervenciones de este tipo, la meticulosidad en su ejecución; advirtiendo del riesgo y complicaciones operatorias.

Dijo además que la moderna cirugía radical de la pelvis está sustentada en el siguiente hecho: "que las enfermedades malignas de la pelvis tienden a permanecer localizadas al foco primario y a progresar local o regionalmente por un tiempo relativamente largo; por lo que la operación que extirpe ampliamente el o los órganos comprometidos, sus canales linfáticos y la primera barrera de ganglios en un sólo block de tejidos, tiene una chance mayor de éxito, que en cualquier otra parte del cuerpo".

Sobre la base de este concepto, que él estima como verdadera doctrina de la cirugía radical pelviana, dijo que para el caso de cáncer invasivo del cérvix han nacido y se practican en las 2 últimas décadas 2 tipos de operaciones radicales: la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica para los estadios I y II, como tratamiento primario o para el carcinoma radio resistente o recurrente; y las exenteraciones, en sus diversas modalidades, para los estadios clínicos III y IV, también con el carácter de tratamiento primario o subse-

(*) Trabajo leído en la S. P. de Obs. y Ginecología. 28-IX-1960.

cuenta a las radiaciones, o deficiencia o falla de éstas, o por complicaciones debidas a ellas, como la radionecrosis extensiva.

Refirió que en el indicado período de 7 años se habían practicado en el Dpto. de Ginecología del I.N.E.N. 94 histerectomías radicales con linfadenectomía pélvica y 42 exenteraciones en sus diversas modalidades. Que dentro de las primeras habían ejecutado la operación que cultiva Meigs, quizá con una mayor amplitud y unas pocas veces la del tipo Okabayashi. En el grupo de las segundas, las modalidades: Brunshwig, Bricker, y las con diversión urinaria a piel

En lo referente al carcinoma de la vulva, informó que la evolución de la cirugía practicada en su servicio del I.N.E.N. ha sido, en el sentido de una mayor radicalidad en el tratamiento de dicha localización y que en los últimos años se ha practicado exclusivamente, la operación de Stanley Way. Que procedimientos más modernos como los de Thomas Green y Ulfeder serán practicados en el futuro, ya que ofrecen la ventaja, además de ser sustancialmente tan radicales como el de Way, de permitir una más rápida cicatrización, acortando la hospitalización de los pacientes, de evitar o aminorar el linfoedema, secuela frecuente e importante de las operaciones radicales para el cáncer de la vulva.

A continuación, el Dr. Esteves proyectó una serie de diapositivos en relación con su anterior exposición: en primer lugar un cuadro de incidencia del cáncer ginecológico en el I.N.E.N. de Junio de 1952 a Octubre de 1959 con 4025 carcinomas ginecológicos en 35635 consultas, lo que hace una proporción de 11% de los cuales, 3576 o sea 88.84% han correspondido a ca. invasivo del cérvix y 44 esto es 1.09% a ca. de vulva.

En 2 láminas en colores se refirió a los puntos más importantes de la anatomía pelviana en relación con la cirugía radical.

Insistió en la importancia del estudio preoperatorio de la paciente proyectando 2 diapositivos de urografías excretoras que demostraban anomalías del sistema pielocalicial (duplicidad de uréteres y pelvis renales).

Continuó con diapositivos sobre propagación del ca. de cérvix y esquemas del sistema ganglionar pelviano.

En un esquema de Brunshwing dio cuenta de los diversos tipos de operaciones radicales para el carcinoma in situ y para el carcinoma invasivo del cérvix en sus distintos estadios de evolución.

Proyectó luego cuadros de su casuística operatoria, en 92 casos de operaciones de histerectomía radical con linfadenectomía pélvica; incidencia de metástasis ganglionares y supervivencia a través de 7 años, así como de Meigs en 100 casos.

Se refirió en seguida a las complicaciones urinarias, que constituyen un elevado e importante porcentaje de morbilidad quirúrgica en este tipo de operaciones, ilustrando con láminas anatómicas los diversos tipos de estas com-

plicaciones así como con radiografías de fístulas urétero vaginales de su casuística y fotografías de fístulas vésico vaginales por radio necrosis, a continuación con un cuadro, dio cuenta de la incidencia de fístulas urinarias e intestinales en la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica en el I.N.E.N. anotando un total de 23 casos o sea 24.45% en 94 operaciones; correspondiendo: 12 (12.76%) a fístulas urétero vaginales, de las cuales, 3 fueron bilaterales (3.19%); 5 (5.32%) vésico vaginales; 4 (4.25%) vésico vaginales y recto vaginales combinadas; 1 (1.06%) urétero recto vaginal; y 1 (1.06%) urétero vaginal y recto vaginal combinada. De los 23 casos, 6 tuvieron irradiación previa a la operación radical, lo que hace una proporción de 26.08%.

Con otro cuadro mostró la incidencia de fístulas en la casuística de Brunshwig; 50 fístulas urinarias en un grupo de 212 operaciones lo que constituye 23.5%.

A continuación se ocupó del tratamiento de las fístulas urinarias consecutivas a la cirugía radical de la pelvis: reimplantación de uréter en vejiga, derivación de uréteres a piel, vejiga ileal de sustitución por el procedimiento de Bricker y 1 caso de anastomosis a uretra (Op. de Levander). Con diapositivos, ilustró estas modalidades de tratamiento para dichas complicaciones, concluyendo con un cuadro resumitivo de dicho tratamiento en el, I.N.E.N. y 3 de Brunshwig sobre el mismo tópico.

En una segunda etapa, se ocupó del problema de las exenteraciones pelvianas, proyectando láminas anatómicas para explicar la extensión de la exéresis. Hizo hincapié en la indicación de este tipo de operación: estrictamente a la de enfermedad confinada a la pelvis, demostrando con un diapositivo la condición de inoperabilidad, esto es de extensión fuera de la pelvis.

Con un esquema de Brunshwig explicó el procedimiento de este autor demostrando los tiempos principales de la urétero colostomía por el procedimiento del parche peritoneal.

Con 6 diapositivos radiográficos, presentó un caso operado por él de exenteración total por el procedimiento de colostomía húmeda.

Con 3 diapositivos presentó otro ejemplo de su casuística operatoria de exenteración anterior con resección de ileón (60 cms) y ureterostomía cutánea.

Por último, 4 diapositivos más le permitieron explicar el procedimiento de exenteración de Bricker por la técnica de vejiga de sustitución ileal.

Con 6 diapositivos mostró otro ejemplo de su casuística de procedimiento de Bricker.

Presentó varios cuadros referentes a la casuística de exenteraciones (42), modalidades, proporción de casos radiados, mortalidad y estadios clínicos; de supervivencia en detalle, en relación con metástasis y ganglionares, estadio clínico y radioterapia previa; y de supervivencia final en 7 años (14.02%).

Para estudio comparativo, proyectó cuadros estadísticos de exenteraciones de Brunshwig y de Gordon Douglas y Sweeney, haciendo presente que

en este último se incluyen 10 casos de estadio clínico II.

Concluye la exposición del Dr. Esteves con el tema, vulvectomía.

Con 4 diapositivos se refirió a la anatomía y patología de la vulva, con especial énfasis en la propagación linfática y en la distribución ganglionar superficial y profunda (inguino femoral, ganglio de Cloquet y grupos pelvianos), como factor de máxima importancia en el tratamiento quirúrgico radical.

Proyectó un cuadro estadístico de leucoplasias y su tratamiento en el I.N.E.N., e igualmente otro de ca. de vulva, vulvectomías, modalidades y evolución del tratamiento a través del tiempo en dicho servicio.

Por último, ofreció, para estudio comparativo, cuadros estadísticos de Stanley Way y de Thomas Green.