

Trabajos Originales

Histerectomía radical vaginal en cáncer cérvicouterino de estadio precoz

Erasmó Bravo O. ^{1,2,3}, Santiago Parry R. ^{1,2}, Catalina Alonso M. ^{2,3}, Sergio Rojas S. ^{1,2,3}

¹ Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso. ² Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar. ³ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Chile.

RESUMEN

Objetivo: Comunicar una técnica mínimamente invasiva para el manejo quirúrgico del cáncer cérvicouterino en estadio precoz y sus resultados. *Método:* 40 pacientes con cáncer cérvicouterino en estadios IA2 y IB1 operadas en un período de 2,5 años. Se les efectúa linfadenectomía pelviana sistemática laparoscópica seguidas de histerectomía vaginal radical, excepto aquellas pacientes que tienen compromiso ganglionar detectado en biopsia contemporánea. *Resultados:* 40 pacientes son sometidas a esta técnica. Cuatro pacientes son abortadas de su cirugía, 3 por presentar ganglios positivos para carcinoma en biopsia contemporánea y 1 por tener un extenso compromiso cervical al momento de efectuar la histerectomía vaginal radical. Los 36 casos restantes tienen una edad promedio de 43,9 años, ninguna nulípara y 8 tienen el antecedente de cesárea. El IMC promedio fue de 30,49 y 14 conizadas previas. El tiempo operatorio promedio fue de 238 minutos. La estadía postoperatoria promedio fue de 2,9 días. El sangrado estimado fue de 139 cc y ninguna paciente requirió transfusión. Se conservan los anexos en 13 pacientes y en todas se suspenden por vía laparoscópica. El promedio de ganglios obtenidos fue de 30. Cuatro pacientes sufren lesión vesical, 1 fístula vesicovaginal y 3 disfunciones vesicales. *Conclusión:* El cáncer cérvicouterino en estadio precoz es factible de ser tratado con esta técnica y brinda las ventajas de la cirugía laparoscópica y vaginal con mínimas complicaciones.

PALABRAS CLAVE: *Histerectomía radical vaginal, cáncer cérvicouterino, laparoscopia*

SUMMARY

Objective: To communicate a minimally invasive technique for surgical handling of early-stage cervical cancer and its results. *Methods:* 40 patients with cervical cancer in stages IA2 and IB1, all of them operated in a period of 2.5 years, are presented. Laparoscopic systemic pelvic lymphadenectomy with posterior radical vaginal hysterectomy was performed, with the exception of those patients who had compromised nodes detected in contemporary biopsy. *Results:* 40 patients were submitted to this technique. 4 patients had their surgery aborted: 3 presented positive nodes for carcinoma in contemporary biopsy and 1 had extensive cervical compromise when performing radical vaginal hysterectomy. Analysis of the remaining 36 cases shows an average age of 43.9 years, all of them had given birth before, 8 of them through Cs-section. BMI averaged 30.49 and 14 had had cone surgery performed previously. Average duration of surgery was of 238 minutes. Postoperative hospitalization averaged 2.9 days. Bleeding volume was estimated at 139 cc

and no patient required blood transfusion. 13 uterine annexes were kept and all of them were suspended by means of laparoscopy. On average, 30 nodes were obtained. 4 patients suffered bladder injury, one had vesicovaginal fistula and there were 3 bladder dysfunctions. *Conclusion:* The early stage cervical cancer is likely to be treated with this technique and provides de benefits of laparoscopic and vaginal surgery with minimal complications.

KEYWORDS: *Radical vaginal hysterectomy, early-stage cervical cancer, laparoscopy*

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de la histerectomía vaginal radical (HRV) la realizó el cirujano Anton Pawlik y fue popularizada por Frederik Schauta en el tratamiento del cáncer cérvicouterino, obteniendo un descenso en la mortalidad por la cirugía en comparación con la técnica abdominal de Wertheim. Posteriormente, la técnica de Schauta fue modificada por Amreich y Stockel (1). Cuando Meigs introdujo la linfadenectomía junto con la histerectomía radical abdominal (HRA), la operación de Schauta fue prácticamente olvidada dado la imposibilidad de efectuar la extirpación ganglionar por vía vaginal (2). Con el advenimiento de la linfadenectomía laparoscópica en los años 80, asistimos al renacimiento de la HRV, técnica que progresivamente se ha ido popularizando en varios centros a nivel mundial (3,4,5).

La HRA, es una cirugía que tiene una significativa morbilidad con disfunción vesical, intestinal y una lenta recuperación. Es por todos conocido las ventajas de la cirugía laparoscópica, permitiendo una rápida recuperación, menos dolor postoperatorio, ausencia de laparotomía y sus complicaciones, y técnicamente se obtiene una mejor visión de las estructuras anatómicas tanto pelvianas como abdominales. Por otro lado, la vía vaginal de la histerectomía también presenta ventajas en relación a la abdominal, con una mejor y más rápida recuperación, menos complicaciones, menor costo, menor estadía postoperatoria y desde el punto de vista estético no deja cicatriz visible. La HVR asistida por videolaparoscopia reúne ambas técnicas, con lo cual es posible obtener las ventajas de ambas en una misma paciente, en una cirugía de gran emberadura en ginecología oncológica.

La presente comunicación tiene por objeto presentar nuestra experiencia preliminar con esta técnica, en el tratamiento quirúrgico del cáncer cérvicouterino en estadíos precoces.

PACIENTES Y MÉTODO

A partir de abril del 2008 se reclutó consecutivamente en forma prospectiva y protocolizada, una cohorte de pacientes portadoras de cáncer cérvicouterino en estadíos precoces, y se sometieron a HRV asistida por videolaparoscopia en las Unidades de Ginecología Oncológica de los Hospitales Carlos van Buren de Valparaíso y Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Las pacientes fueron diagnosticadas en el policlínico de Patología Cervical de las respectivas unidades y etapificadas clínicamente en reunión del Comité Onco-Ginecológico de nuestro establecimiento. Posteriormente se les planificó su cirugía dentro de los plazos establecidos en la Guía Clínica GES para ésta patología.

En ellas se analizan las características demográficas tales como edad, paridad, índice de masa corporal, antecedentes quirúrgicos previos y los resultados quirúrgicos como tiempo operatorio laparoscópico y vaginal, sangrado estimado, uso de transfusión, conservación de anexos, complicaciones intra y postoperatorias, y los días de estada. También reportamos datos anatomopatológicos tales como etapa clínica, tamaño tumoral, recuento ganglionar y tipo histológico. Finalmente se menciona la necesidad de radioquimioterapia.

Técnica: En posición de litotomía y con anestesia general, se inicia en un primer tiempo la cirugía con laparoscopia con entrada umbilical abierta de 10 mm y 3 punciones suprapúbicas, la central de 10 mm y las laterales de 5 mm. Con neumoperitoneo de 15 mm Hg se explora la cavidad abdominal y la pelvis, liberando adherencias cuando existen. Dependiendo de la edad de la paciente se conservan los anexos, según lo cual se coagulan con bipolar y se cortan con tijeras los ligamentos útero-ováricos o infundíbulo-pélvicos. En las pacientes en las cuales los ovarios se conservan, estos son fijados a la pared abdominal por sobre el promontorio también

por vía endoscópica. Posteriormente se inicia la linfadenectomía extirpando todo el tejido ganglionar de los territorios iliaco común, iliaco externo, iliaco interno y fosa obturatriz sobre y bajo el nervio obturador, a ambos lados. Los ganglios son extraídos con bolsa por el ombligo. Por ésta vía ligamos la arteria uterina a nivel de su salida de la arteria hipogástrica. Para ello usamos clips metálicos.

En un segundo tiempo se cambia a la vía vaginal y se delimita la extensión del manguito vaginal. Escindimos en forma circular la vagina con bisturí frío o electrobisturí y la disecamos hasta cubrir el cuello uterino con ella, tomándola con pinzas Chrobak. Se libera la vejiga introduciendo un separador de Diver en el espacio vesicouterino, sin abrir el peritoneo. Se abre el espacio paravesical, con lo cual queda expuesto el pilar vesical. A este nivel es posible localizar el uréter por palpación, lo que permite su disección y posterior desplazamiento hacia cefálico, lo cual permite seccionar el pilar vesical cercano a la vejiga y el uréter. Posteriormente, se abre el fondo de saco posterior y con tijeras se entra al espacio pararectal, con lo que se expone ampliamente el ligamento úterosacro, el que es seccionado lo más cercano al recto. Con ello, el útero queda unido a la pared pelviana por el paracervix, el que es cortado y ligado lo más cercano a la pared pelviana. Finalmente, el útero y los tejidos parametriales son traccionados y extraídos por vagina. Se completa la hemostasia y se cierra la cúpula vaginal con punto de material poliglicólico corrido. Por vía laparoscópica se revisa la hemostasia y se deja un drenaje que es sacado por alguna de las punciones de 5 mm. Se instala un catéter vesical. Se cierran las punciones y con ello se completa la cirugía. El primer día postoperatorio se retira el catéter vesical y se indica cateterismo postmiccional, los que son suspendidos cuando el residuo es menor a 100 cc.

RESULTADOS

En el periodo se operan 40 pacientes con la técnica descrita. En 4 pacientes la cirugía es abortada debido a hallazgos encontrados durante el acto quirúrgico; 3 de ellas por encontrar ganglios positivos para neoplasia en la linfadenectomía y una paciente por presentar extenso compromiso cervical al momento de comenzar el tiempo vaginal. En todas se realizó un muestreo ganglionar laparoscópico lumboaórtico y se sometieron a radioquimioterapia. En las restantes 36 pacientes, la edad promedio fue de 43,9 años (rango: 26-61 años). No hay pacientes nulíparas en la serie y 8 tienen el antecedente de cesárea previa. El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio fue 30,49 Kg/m² (rango: 23,7- 43,1

Kg/m²). Catorce pacientes eran conizadas previamente.

El tiempo operatorio promedio fue de 238 minutos (rango: 180-300 minutos). El sangrado estimado fue de 139 cc y ninguna paciente requirió transfusión sanguínea, ni requirió intervención por hemorragia postoperatoria. La estancia postoperatoria promedio fue de 2,9 días (rango: 2-11 días); esta última paciente permaneció dicho período por presentar una severa disfunción de las vías urinarias. Veintinueve pacientes permanecieron hospitalizadas por 2 o 3 días, y 7 por más de 3 días. En 13 pacientes se conservaron los anexos y en todas ellas se suspenden por vía laparoscópica.

El promedio de ganglios pelvianos obtenidos fue de 30 (rango: 15-60 ganglios); 34 pacientes fueron etapificadas como 1B1 y 2 como 1A2. En el 64% (23 pacientes) el tipo histológico fue carcinoma escamocelular, un carcinoma adenoescamoso y el resto adenocarcinomas (Tabla I). Seis pacientes (17%), requirieron radioquimioterapia postoperatoria por presentar factores de riesgo de recidiva, y dos de ellas por encontrarse un ganglio pelviano comprometido en la biopsia diferida (Tabla I).

Las complicaciones se presentaron en 8 pacientes (22,2%): 4 lesiones vesicales, 2 durante la linfadenectomía laparoscópica, reparadas por la misma vía y dos al momento del procedimiento vaginal las que son reparadas al momento. Tres pacientes sufrieron de disfunción vesical severa, con cateterismos postmicionales por más de 7 días, dos de ellas son dadas de alta al segundo día y se realizan los cateterismos en su domicilio. Una paciente desarrolla una fístula vesicovaginal que debe ser reparada quirúrgicamente. Una paciente

Tabla I
ETAPIFICACIÓN, HISTOLOGÍA, LINFANEDECTOMÍA Y COMPROMISO GANGLIONAR EN 36 PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL POR CÁNCER CERVICO UTERINO PRECOZ

Etapa	1B1: 34 pacientes 1A2: 2 pacientes	94,5% 5,5%
Tipo histológico	- Escamocelular: 23 - Adenocarcinoma: 12 - Adenoacantoma: 1	64% 33% 3%
Promedio ganglios pélvicos	30 ganglios	15 - 60
Ganglios comprometidos	2 pacientes	55%
Radioquimioterapia	6 pacientes	17%

recurre de su enfermedad al año de su intervención y se traslada para su manejo a otro centro asistencial de la Región.

DISCUSIÓN

Clásicamente la histerectomía radical ha sido efectuada por vía abdominal desde que fue introducida la linfadenectomía pelviana como parte del procedimiento. Es así como se dejó de realizar la histerectomía radical de Schauta, pese al menor número de complicaciones. En el último tiempo, varios centros en el mundo han desarrollado la técnica vaginal desde la introducción de la linfadenectomía pelviana laparoscópica a finales de los años 80 y comienzos de los 90, con los beneficios otorgados por la laparoscopia y la vía vaginal.

Nuestro Servicio de Ginecología tienen una gran trayectoria en cirugía laparoscópica y vaginal, con una experiencia acumulada de 15 años. Por ello, a partir de 2008, decidimos entregar esta experiencia a la ginecología oncológica de ambos hospitales. Este trabajo muestra los resultados obtenidos con este proceso en las primeras 40 pacientes portadoras de cáncer cervicouterino de estadio precóz, realizando en ellas linfadenectomía pelviana sistemática laparoscópica e histerectomía vaginal radical.

Sonoda y cols en 2007(1), hacen una detallada descripción de la técnica quirúrgica similar a la empleada por nuestro equipo. A diferencia de la técnica original de Schauta, no efectuamos la incisión de Schuchart por considerarla extensa e innecesaria.

Hertel y cols en 2003 (6), publican 200 casos de histerectomía radical vaginal asistida por videolaparoscopia y obtiene una sobrevida a 5 años proyectada de 83% con un seguimiento de 40 meses. Concluyen que esta técnica es adecuada para pacientes con cáncer cervicouterino en estadio precoz.

Morgan y cols en 2007 (7), compara la técnica vaginal con la abdominal con los primeros 30 casos y concluye que ambas son similares en términos de recurrencia y complicaciones luego de un seguimiento de 31 meses.

Pahisa y cols en 2010 (8), publican su experiencia de 11 años en 67 pacientes operadas con esta técnica y la compara con una serie histórica de 23 casos realizados con la técnica de Wertheim-Meigs. Concluyen que la vía vaginal es segura, tiene una más rápida recuperación postoperatoria y los resultados de sobrevida son similares.

En nuestra serie, exponemos 36 casos operados en un período de 2,5 años, cuatro pacientes abortan su cirugía por encontrar factores de riesgo durante el procedimiento. El tiempo operatorio

promedio de 238 minutos es menor al empleado por Pahisa, de 260 minutos. El IMC de nuestras pacientes, de 30 Kg/m² es mayor que la serie española (25 Kg/m²), lo que ofrece una mayor dificultad técnica y muestra una menor selección de las pacientes de nuestra serie. El recuento ganglionar obtenido por nosotros, de 30 ganglios promedio, es claramente mayor que la serie española (15,8 ganglios). Ninguna paciente nuestra requiere transfusión sanguínea, versus un 15% de la serie de Pahisa. Las complicaciones de nuestras pacientes son similares a las españolas, no teniendo lesiones intestinales ni ureterales. Tenemos una fístula vesicovaginal y 3 disfunciones vesicales severas. Finalmente, nuestra estadía postoperatoria de 2,9 días es menor que los 4,9 días requeridos en la serie de Barcelona.

CONCLUSIÓN

El cáncer cervicouterino en estadio precoz es factible de ser tratado con esta técnica y brinda las ventajas de la cirugía laparoscópica y vaginal con mínimas complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sonoda Y, Abu-Rustum N. Schauta radical vaginal hysterectomy. *Gynecologic Oncologic* 2007;104:20-4.
2. Angioli R, Martin J, Heffernan T, Massi G. Radical vaginal hysterectomy: classic and modified. *Surg Clin North Am* 2001;81:829-40.
3. Dargent D. A new future for Schauta's operation through pre-surgical retroperitoneal pelviscopy. *Eur J Gynecol Oncol* 1987;8:292-6.
4. Querleu D, LeBlanc E, Castellain B. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in the staging of early cervical carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:579-81.
5. Childers JM, Hatch KD, Tran AN, Surwit EA. Laparoscopic para-aortic lymphadenectomy in gynecologic malignancies. *Obstet Gynecol* 1993;82:741-7.
6. Hertel H, Köhler C, Michels W., Possover M, Tozzi R, Schneider A. Laparoscopic-assisted radical vaginal hysterectomy (LARVH): prospective evaluation of 200 patients with cervical cancer. *Gynecologic Oncology* 2003;90:505-11.
7. Morgan D, Hunter D, McCracken G, McClelland HR, Price JH, Dobbs SP. Is laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy for cervical carcinoma safe? A case control study with follow up. *BJOG* 2007;114:537-42.
8. Pahisa J, Martínez-Román S, Torné A, Fusté P, Alonso I, Lejárcegui JA, Balasch J. Comparative study of laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy and open Wertheim-Meigs in patients with early stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2010;20:173-7.