



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (1) : 65 -68

COMUNICACIÓN CORTA

Histerectomía radical + linfadenectomía pélvica laparoscópica.

ERNESTO MOLINA, FÉLIX ORTEGA, CARLOS ALTEZ, CÉSAR TERRONES

Introducción

La histerectomía radical y la linfadenectomía pélvica, o sea la clásica operación de Meigs como el tratamiento quirúrgico curativo de los estadios iniciales tanto del cáncer de cuello uterino como el cáncer de endometrio, es una realidad por vía laparoscópica.

Según la clasificación internaciones de histerectomía laparoscópica, esta incluye a la histerectomía radical más linfadenectomía pélvica como el procedimiento quirúrgico laparoscópico de mayor complejidad, cuyo éxito como terapia curativa en el cáncer uterino (cérvix y endometrio) radica desde la indicación quirúrgica hasta el procedimiento, que debe incluir mango parametrial mínimo de 2 cm, mango paravaginal mínimo de 3 cm y ganglios linfáticos pélvicos por lo menos 15 (que incluye ganglio obturatriz)², o sea lo que se ofrece normalmente por laparotomía (tipo 2,3 de Piver).

Nezhat y col. publicaron la primera histerectomía radical con linfadenectomía pélvica y para-aórtica por vía laparoscópica en junio de 19893, que reproducía la histerectomía radical con los criterios antes mencionados (histerectomía radical modificada o proximal, en los que se extirpa la parte proximal de los parámetros por dentro, del nivel de los uréteres, que corresponde al tipo 2 ó 3 de Piver). Para cánceres cervicales precoces (IA 2) se ha indicado cirugías más radicales (histerectomía radical clásica o "distal", que extirpa parametrios hasta su inserción en el hueso pélvico, correspondiente al tipo 4 de Piver)^{4,5}; en ésta podemos incluir a la histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia (técnica de Schauta laparoscópica u operación de Dargent)⁶.

En esta publicación queremos presentar las tres intervenciones de histerectomía radical más linfadenectomía laparoscópica realizadas por nuestro equipo en el Hospital III IPSS y en la Clínica "Ortega" de la ciudad de Huancayo, que incluye la primera cirugía endoscópica de este tipo en el Perú, realizado en marzo de 1996.

Casos

Dos pacientes con Ca de cervix epidermoide estadio IA2 y una paciente con Ca de endometrio estadio IA-G3 fueron escogidas para la realización de esta intervención quirúrgica laparoscópica.

El diagnóstico preoperatorio fue anatomo-patológico, en los dos primeros casos por biopsia de cervix dirigida con colposcopia y en el tercer caso por legrado uterino biopsico fraccionado (Tabla 2).

Las tres pacientes tenían estudio preoperatorio completo que incluía: Ecografía abdomino pélvica-Rx de tórax-urografía excretoria, cistoscopia y proctoscopia, además que reunían condiciones favorables para una histerectomía radical con vaciamiento ganglionar (no obesas y RQ adecuado).

El promedio de edad fue de 47,6 años y todas eran multíparas (Tabla 1).

	Edad	Paridad	Síntomas principales
Paciente 1	45	G4	asintomático
Paciente 2	46	G2	asintomático
Paciente 3	52	G3	Sangrado post menopausico
Promedio	47,6	G3	



- Hasta mediados de 1996 utilizábamos el estadije clínico del Ca de endometrio (FIGO 1992). Actualmente manejamos el cáncer endometrial. Según el estadije postquirúrgico (FIGO 1994), según éste, sólo es tributario de histerectomía radical el adeno Ca de endometrio con compromiso endocervical, sin compromiso parametrial (IIA-IIB).
- Preparación preoperatoria: Sondaje vesical y ureteral. Colocación de guía uterina.
- Anestesia general con intubación.
- Colocación de trocates: 1 umbilical, 2 laterales y 1 suprapúbico.
- Técnica quirúrgica: En todos los casos se realizó una histerectomía radical modificada⁷ con linfadenectomía Pélvica, según las técnicas ya establecidas por Nezhat cols⁸, cuyos principios pasamos a detallar:
- Se realiza primero la linfadenectomía pélvica laparoscópica, que no difiere de las técnicas que se realiza para estadije de otras neoplasias pélvicas. Este procedimiento debe incluir la extirpación de los ganglios iliacos primitivos, hipogástricos y sobre todo del ganglio obturatriz cuyo abordaje en la fosa obturatriz, es más fácil que por laparotomía. La resección la realizamos con cauterio monopolar. Al final del procedimiento se deja abierto el peritoneo para permitir el drenaje del liquido linfático hacia la cavidad peritoneal. No se deja drenes externos.
- Se procede inmediatamente a la Histerectomía total ampliada a vagina (3 cm) y parámetros (2 cm) (histerectomía radical) más SOB; para ello se liga infundíbulo pélvicos y ligamentos redondos muy proximal con ligaduras endoscópicas; seguidamente se identifica uréteres en el punto en que se cruza los vasos iliacos y se les disecciona hasta el nivel de arteria uterina (ya identificados durante la linfadenectomía), las cuales se secciona con bipolar si hubiese; en nuestro caso se las ligó con clips. Se desplaza el uréter con disección roma cuidadosa. Se libera entonces la base de la vejiga y el uréter del cuello uterino. El siguiente tiempo implica la sección del ligamento cardinal a 2 cm del cuello uterino con electrocoagulación; previamente se ha seccionado los ligamentos uterosacros.
- La histerectornía radical finaliza por vía vaginal, se crea un manguito vaginal según la técnica tradicional de Schauta y se realiza la exéresis de la pieza operatoria. Se peritoniza aproximando el peritoneo rectal y vesical en la línea media. Se sutura vagina.
- Por último se revisa hemostasia y se deja dren tubular que sale por el trocar suprapúbico.

No hubo complicaciones postoperatorias.

El tiempo operatorio promedio fue de 4,2 horas.

El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 4,3 días, muy inferior al tiempo de estancia de las intervenciones similares por laparotomía, que es de 10 días en promedio.

El promedio de ganglios linfáticos extirpados fue de 15,6. En todos los casos se confirma el diagnóstico anatomopatológicos, biópsico, con bordes quirúrgicos y ganglios linfáticos pélvicos libres de enfermedad. Por lo tanto, las pacientes están teóricamente curadas y no requieren de radioterapia complementaria.

Una de las pacientes refirió dolor pélvico persistente, meses después de la intervención; se pensó en un síndrome adherencial, pero se le descartó cuando la paciente fue sometida 10 meses después a una cirugía de vías biliares (por laparotomía); el dolor se debió a un problema osteomuscular.

En conclusión

La histerectomía radical modificada o "proximal" que corresponde al tipo 2 ó 3 de Piver⁹ está indicada principalmente para Ca de cérvix inicial (estadio IA2 Y Ib); el procedimiento laparoscópico sigue todos los pasos de la técnica empleada durante la laparotomía. La diferencia básica entre ambas técnicas radica en la forma de realizar la hemostasia.

	Forma de obtenc. muestra	Estadio	Informe A - P
Paciente 1	bp de cervix dirigida	IA2	Ca epidermoide micro infiltrante
Paciente 2	bp de cervix dirigida	IA2	Ca epidermoide micro infiltrante
Paciente 3	L.U. Biópsico fraccionado	IA - G3	Adeno Ca de endometrio pobremente diferenciado.

La histerectomía radical convencional por laparotomía puede realizarse más rápida, fácil y radicalmente por vía laparoscópica, con todos los beneficios adicionales que este procedimiento ofrece. Consideramos que el procedimiento debe finalizar con un tiempo vaginal; la linfadenectomía pélvica, la disección ureteral y la sección



de los parámetros proximales se lleva a Cabo por vía laparoscópica, mientras que la incisión del manguito vaginal y la exéresis de la pieza operatoria es por vía vaginal, que es parte de la técnica convencional de Schauta.

Si bien Parsons afirma que una histerectomía radical clásica con un buen mango parametrial puede prescindir de la linfadenectomía pélvica¹⁰, creemos que el tratamiento quirúrgico laparoscópico curativo e carcinoma epidermoide de cérvix microinfiltrante (estadio IA2) y estadio Ib debe complementarse con vaciamiento ganglionar pélvico. La frecuencia de metástasis a los ganglios linfáticos pelvianos es de 1,5-2% para estadio IA y de 10-15% para estadio Ib¹¹, lo que justifica la linfadenectomía pélvica bilateral.

La histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia 5 (técnica de Schauta asistida por laparoscopia) puede ser más beneficiosa en manos de un cirujano oncólogo familiarizado tanto con la cirugía laparoscópica como la histerectomía vaginal radical. La combinación de estos dos abordajes puede resultar la técnica más lógica en el tratamiento quirúrgico de los carcinomas cervicales en el futuro⁷.

La linfadenectomía paraaórtica, descrita por Nezhat y Col., como complemento de la cirugía radical, no la recomendamos, por la casi nula metástasis linfática en el estadio IA2 y Ib. Sí se podría considerar en casos de linfadenectomía laparoscópica para estadije en etapas más avanzadas de enfermedad, o en aquellos casos en los cuales sea factible congelar los ganglios pélvicos y éstos sean positivos.

La eficacia de la histerectomía radical por vía laparoscópica más linfadenectomía pélvica ha sido demostrada por los trabajos publicados por Nezhat⁸ y Querleu¹² y esto radica en la visualización más clara de la anatomía pélvica (la fosa obturatriz es más accesible por laparoscopia que por laparotomía) y los resultados son elocuentes: el número de linfáticos removidos, los márgenes de parametrio y manguito vaginal resecaados son similares a los resultados por laparotomía. Además que la posibilidad de adherencias postoperatorias es mucho menor.

No recomendamos la histerectomía radical laparoscópica en Ca de cérvix en estadio IIa, salvo habilidad o experiencia del cirujano, ya que requieren mayor resección vaginal y parametrial. Recordemos que la frecuencia de la metástasis a ganglios pélvicos es del 30% y a ganglios paraaórticos es del 15%¹¹; tampoco la recomendamos en caso de que el tipo histológico sea adenocarcinoma, por que su génesis, su pronóstico y respuesta al tratamiento son diferentes.

La histerectomía radical en el tratamiento del cáncer endometrial tiene menos indicaciones en estadio IIA y IIB (compromiso endocervical, sin compromiso parametrial). Sin embargo, en el tratamiento quirúrgico laparoscópico del estadio I (sólo basta una histerectomía total) puede complementarse con linfadenectomía pélvica en caso de que la congelación del útero determina invasión miometrial mayor de 50% (estadios Io).

En resumen, la histerectomía radical más linfadenectomía pélvica por vía laparoscópica se puede realizar con la misma confiabilidad y radicalidad que ofrece esta misma intervención por vía laparotomía. La principal indicación es el cáncer de cérvix IA2 Y Ib y en menos frecuencia en cáncer de endometrio IIA.

Además la linfadenectomía pélvica laparoscópica debe ser considerada en todo protocolo de manejo tanto de cáncer de cuello uterino Como de cáncer de endometrio, como recurso curativo en estadios iniciales y como recurso de estadije en estadios más avanzados de enfermedad. Está en estudio su utilidad en pacientes sometidos primero a braquiterapia.

Finalmente, el manejo quirúrgico del cáncer cervical precoz por vía laparoscópica debe guardar los mismos principios oncológicos que por laparotomía. La técnica a utilizar debe adecuarse a la habilidad y experiencia del cirujano laparoscopista.

Por último, el cáncer de cuello uterino es la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en los países latinoamericanos, a pesar del avance de la tecnología biomédica. La tendencia futura debe ser la prevención, o sea la detección y tratamiento precoz de las displasias.

Referencias bibliográficas

1. Surgical technology international III Capitulo: Recent Advances in Laparoscopic Hysterectomy; H. Reich y T. Vancaillie pag. 319-31 (1995).
2. Surgical technology International IV Capitulo: Laparoscopic Surgery for Gynecologic Cancer: C. Nezhat- F. Nezhat pag. 235-41 (1996).



3. Nezhat C, Burrell MO, Nezhat FR et al. Laparoscopic radical hysterectomy with para-aortic and pelvic node dissection. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 864-5.
4. Dargent D. Laparoscopic surgery and gynecologic cancer. Curr Opin Obstet Gynecol 5: 294-300, 1993.
5. Dargent D, Mathevet P. Hystérectomie élargie laparoscopico-vaginale. J. Gynecol Obstet Biol Repr 21: 709-10, 1992,
6. Querleu D. Hystérectomies de Schauta-Amreich et Schauta-Stoelckel assistées par coelioscopie. J Gynecol Obstet Biol Repr 20: 747-8; 1991.
7. Laparoscopia Ginecológica. Diagnóstico y cirugía V. Gomel y P. Taylor. Capítulo 25; Cáncer ginecológico: D. Querleu y E. Leblane pág. 275-96, Editorial Mosby 1995.
8. Nezhat CR, Nezhat FR, Burrell MO et al. Laparoscopic radical hysterectomy and laparoscopically assisted vaginal radical hysterectomy with pelvic and paraaortic dissection. J Gynecol Surg 9: 105-20; 1993.
9. Piver Mo, Rutledge F, Smith JP: Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. Obst Gynecol 44: 265-7, 1974.
10. Atlas de operaciones pelvianas: Langdon Parsons Pág. 324-349 Editorial JIMS SA Barcelona 1970.
11. Ginecología Operatoria Te Linde pág. 695-6 Editorial "EI Ateneo". 6.a Edición 1987.
12. Querleu D. Laparoscopically-assisted radical vaginal hysterectomy. Gynecol Oncol 51: 248-54, 1993.