

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA ULTRARRADICAL

DR. HORACIO MONACO

Después del primer trabajo de Brunshwig del año 1948, donde expuso su experiencia en las exenteraciones pelvianas, en los estadios IV del cáncer del cuello uterino, cundió el entusiasmo en todos los servicios de la especialidad en el mundo, y de inmediato nos pusimos en la tarea, presentando nuestros primeros nueve casos, en el año 1950, primera experiencia en nuestro país.

Pretendíamos obtener curaciones de casos ya perdidos, o por lo menos prolongar la sobrevivida a costa de una cirugía mutiladora y de una mortalidad elevada.

La terapia radiante y en los mejores centros como de Fletcher y Houston, el porcentaje de sobrevivida para el grado IV, a los 5 años, es el del 14% y estos resultados se obtuvieron 20 años después y con mejores recursos actínicos.

La cirugía ultrarradical, surge de la impotencia en que se halla la medicina para frenar el impulso invasor del cáncer.

Tiene antecedentes antiguos, Kroenig y Stoeckel en Alemania, a principio de siglo, J.L. Faure y Duvay en Francia, Weibel en Austria y otros, realizaron cirugía ultrarradical en el cáncer pelviano propagado; los malos resultados obtenidos por estos brillantes cirujanos, se debió más que nada a la falta de recursos complementarios con que hoy cuenta la cirugía: transfusión, buenas anestésicas, antibióticos, terapia intensiva, etc, etc.

Decíamos en nuestro trabajo presentado a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, en 1950, que el cáncer ginecológico avanzado era una enfermedad física y moral, que pone a dura prueba el temple del especialista que se ve abocado a su atención.

Escribía Brunshwig en su trabajo pionero, que la presencia del cáncer propagado "no debe ser considerado como un justificativo para una intervención radical indiscriminada. El punto de vista de

que el paciente con cáncer avanzado no tiene nada que perder y algo que ganar mediante un procedimiento no ortodoxo, no puede ser admitido como una excusa para procedimientos ultrarradicales, frente a las clásicas contraindicaciones para la operación, que deberán ser cumplidas por todos, en cualquier lugar".

En nuestros primeros 9 casos (5 vaciamientos anteriores, 3 vaciamientos posteriores y un vaciamiento completo), tuvimos una mortalidad dentro de los 30 días del postoperatorio, del 22% y dentro de los 2 años, del 33%, con una sobrevivida del 45%, por debajo de los 5 años. Al comienzo no seleccionamos los casos y abordamos no sólo a los cánceres de cuello con propagación a órganos vecinos, sino aún las pelvis congeladas y con metástasis fundidas en el celular pelviano y fijadas a los vasos ilíacos. A través del tiempo, con la experiencia personal y la de centros extranjeros, fuimos reduciendo el número de operadas, limitando las indicaciones, oponiendo una rigurosa selección, sometiendo la cirugía ultrarradical solamente a aquellas enfermas que tuvieran buenas probabilidades de sobrevivir, no sólo al acto operatorio, sino a la enfermedad misma. Abordamos quirúrgicamente los cánceres que se propagan únicamente a órganos vecinos, vejiga o recto y con ninguna o muy escasa invasión de parametrios. En el momento actual, es el criterio seguidos por todos los grandes centros oncológicos y nos mantenemos en ese principio.

En los últimos 15 años no hemos tenido mortalidad operatoria.

Todas las pacientes tenían buena función renal, requisito indispensable para el éxito de una derivación urinaria, ya sea al sigmoides, o una vejiga ileal o en asa aislada de colon.

Las derivaciones urinarias e intestinales, son los mayores problemas que debe afrontar el cirujano.

Las uréterosigmoideoanastomosis, son mejor toleradas cuando la función renal es excelente en el momento de la operación. El riesgo de acidosis hiperclorémica, por otra parte fácil de solucionar, es mayor cuando hay insuficiencia renal.

La infección de las vías urinarias es la complicación más grave con la que debemos luchar y la que acorta la vida de las enfermas, falleciendo por uremia.

Sin embargo algunos de nuestros casos tienen más de 22 años de sobrevida sin alteración de la función renal, y no habiendo tenido nunca infección.

Depende mucho de la técnica empleada en la derivación.

La vejiga ileal a lo Briker, no está exenta de posibilidades de infección, sólo evita la acidosis hiperclorémica.

Las uréterostomías cutáneas son mal toleradas y sólo las efectuamos con uréteres muy dilatados y donde toda anastomosis visceral irá al fracaso.

Hemos abandonado los vaciamentos completos, las colostomías húmedas; preferimos efectuar una colostomía sigmoidea y aparte una vejiga ileal o derivación cutánea.

El pronóstico es más favorable en los vaciamentos posteriores y mejor tolerados. El ano sigmoide se sobrelleva mejor y la paciente se habitúa a su higiene.

Presentamos ahora nuestra experiencia de la cirugía ultraradical del cáncer ginecológico.

VACIAMIENTOS PELVIANOS

Por cáncer de cuello y ovario	37
Por cáncer extragenital	8
	—
Total	45

VACIAMIENTO PELVIANO POR CANCER GENITAL EXCLUSIVAMENTE: 37

Anteriores	22
Posteriores	5
Completos	10

DERIVACION URINARIA

Vaciamiento anterior: 22 - Vaciamentos completos 10

) Unilateral	2
)	
COFFEY	25 p.)	
)	
) Bilateral	23

Uréterostomía

Cutánea Bilateral 7 p.

Coffey en asa aislada de sigmoide 1 p.

Coffey en ciego y sigmoides 1 p.

Colostomías húmedas 5 p.)

) 10 V. Completos.

Uréterostomía

cutánea Bilateral 5 p.)

SOBREVIDA PROLONGADA DE LOS VACIAMIENTOS PELVIANOS

VACIAMIENTO ANTERIOR 22 p.

22 años 1 p.

21 años 1 p.

10 a. y 7 meses 1 p. (Controlada durante ese tiempo y se perdió)

VACIAMIENTOS POSTERIORES 5 p.

17 años 1 p.

14 años 1 p.

VACIAMIENTOS COMPLETOS 10 p.

15 años 1 p.