

Exenteración pélvica anterior en adenocarcinoma vesical

Anterior pelvic exenteration in bladder adenocarcinoma

Roberto Pablo Esperón Noa^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7002-0619>

Antonio Bouzó López¹ <https://orcid.org/0000-0003-3001-0608>

Edgar Algarin Villalón¹ <https://orcid.org/0000-0003-2421-9747>

Javier Chamble Castellanos¹ <https://orcid.org/0000-0001-5293-417X>

Ranfis Rodríguez Bueno¹ <https://orcid.org/0000-0003-2796-1170>

Dayné García García¹ <https://orcid.org/0000-0001-5983-1667>

¹Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: resperon@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las neoplasias de vejiga ocupan el segundo lugar en frecuencia dentro del sistema urinario a nivel mundial y constituye la decimotercera causa de muerte. En Cuba, tienen el décimo lugar de incidencia en población femenina. Una de las alternativas quirúrgicas a utilizar es la exenteración pélvica cuando compromete órganos vecinos.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con adenocarcinoma de vejiga e infiltración vaginal, operada con la técnica de exenteración pélvica.

Caso clínico: Paciente femenina de 61 años, hipertensa, intervenida a los 39 años para exéresis de nódulos en mama derecha; historia obstétrica de dos partos eutócicos. Aqueja dificultad para la micción, que se acompañaba de dolor bajo vientre, ardor y distensión. Se diagnosticó adenocarcinoma de vejiga con infiltración vaginal. Se realizó exenteración anterior con colpectomía total, derivación urinaria con intestino por técnica de *Bricker* y linfadenectomía pélvica bilateral.

Conclusiones: La exenteración pélvica constituye una alternativa terapéutica para el abordaje de tumores neoplásicos que comprometan órganos pélvicos.

Palabras clave: exenteración pélvica; adenocarcinoma; vejiga.

ABSTRACT

Introduction: Bladder neoplasms are the second most common cancers of the urinary system and the thirteenth leading cause of death worldwide. In Cuba their incidence ranks tenth in the female population. One of the surgical alternatives available is pelvic exenteration when neighboring organs are compromised.

Objective: Present the case of a patient with bladder adenocarcinoma and vaginal infiltration operated on by pelvic exenteration technique.

Clinical case: A case is presented of a female 61-year-old hypertensive patient who had undergone right breast nodule exeresis at age 39 and had an obstetric history of two eutocic deliveries. The patient reports difficulty to urinate accompanied by low abdominal pain, a burning sensation and distension. A diagnosis was made of bladder adenocarcinoma with vaginal infiltration. The treatment applied consisted in anterior exenteration with total colpectomy, urinary diversion with bowel by Bricker's technique and bilateral pelvic lymphadenectomy.

Conclusions: Pelvic exenteration is a therapeutic alternative for the treatment of neoplastic tumors compromising pelvic organs.

Key words: pelvic exenteration, adenocarcinoma, urinary bladder.

Recibido: 09/11/2021

Aceptado: 23/12/2020

Introducción

Las neoplasias de vejiga ocupan el segundo lugar en frecuencia dentro del sistema urinario a nivel mundial y constituye la decimotercera causa de muerte. En Cuba, tienen el décimo lugar de incidencia en población femenina. El adenocarcinoma

vesical es una lesión relativamente rara que ocurre en menos del 2 % de los tumores de vejiga y suele presentarse entre la quinta y sexta décadas de la vida.^(1,2,3,4)

Una de las alternativas quirúrgicas a utilizar, cuando otros órganos pélvicos están comprometidos, es la exenteración pélvica (EP). Esta técnica fue descrita por primera vez en 1948 por *Brunschwig*, como la escisión completa de las vísceras y el peritoneo pélvicos en los cánceres avanzados y recurrentes del cérvix, la vagina, la vulva, el útero y el rectosigmoide. Relató su experiencia en 22 pacientes sometidos a esa cirugía ultra radical que llevó a cabo con mayor frecuencia en cánceres localizados en el cérvix, la vagina y la vulva. Fue concebida inicialmente con intención puramente paliativa. Este es el principal motivo por lo que algunos estudios publicados informan de una mortalidad perioperatoria del 25 % y de una supervivencia a 5 años del 17 %. En los últimos años ha habido un cambio en la indicación, con el fin de intentar una cirugía curativa.^(5,6)

La exenteración consiste en la exéresis de todos o de parte de los órganos pélvicos (recto, vagina, vejiga y uretra) en pacientes con cáncer localmente avanzado o recurrente de cérvix, endometrio, vulva o vejiga. Se realiza derivación o restauración de la porción anterior del tracto urinario y digestivo y la reconstrucción de la vagina con paredes propias o con injertos miocutáneos.⁽⁷⁾

Puede ser total o parcial. La primera implica la exéresis de la vejiga, la uretra, el útero y los anejos -en caso de no haber sido extirpados antes- de los parametrios hasta la pared pélvica lateral, el peritoneo pélvico, la vagina, la vulva, el rectosigmoide y el ano. La segunda puede ser anterior, cuando se limita a los genitales internos, la vejiga y la uretra; o posterior: si con los genitales se resecan el rectosigmoide y el ano; y en ambos casos, la vagina y/o la vulva. Si lo requiere el caso, se realiza también linfadenectomía pélvica y/o disección ganglionar inguinocrural bilateral; y, además, una derivación urinaria y/o colostomía, con o sin reservorios. Cuando sea necesario, la intervención quirúrgica se complementará con radioterapia intraoperatoria o radioquimioterapia adyuvante.^(6,8,9)

Representa la mejor alternativa curativa en tumores primarios localmente avanzados o metástasis pélvicas recurrentes en órganos adyacentes, cuando no es factible una cirugía menos invalidante u otra opción oncoespecífica (quimioterapia, radioterapia).^(7,10)

Por tanto, el objetivo del artículo fue presentar el caso de una paciente con adenocarcinoma de vejiga e infiltración vaginal, operada con la técnica de exenteración pélvica.

Presentación del caso

Se trata de una paciente femenina de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial tratada con captopril e hidroclorotiazida, historia obstétrica de dos partos eutócicos. En octubre de 2019, acude a consulta en su provincia de origen (Camagüey) aquejándose dificultad para la micción, que se acompañaba de dolor bajo vientre, ardor y distensión. Al estudiarla, se determinó la presencia de un tumor de vejiga, por lo que se realizó biopsia incisional. El resultado de la biopsia reveló que se trataba de un adenocarcinoma vesical. Se decide entonces remitirla al Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) para tratamiento radical quirúrgico.

Examen físico (datos positivos)

Al realizarse el tacto vaginal se detectó el cuello atrófico, fondo de saco posterior libre, anterior tomado por tumor sin poder precisar origen uretral, extensión vesical o primario de vagina, útero pequeño.

Cuando se le realizó el examen con espéculo se manifestó el cuello sin lesión, en pared de vagina anterior, hacia tercio medio, lesión exofítica de aproximadamente 3 centímetros, friable, de la que se toma muestra para biopsia. El tacto rectal reveló sin alteraciones, parametrios libres.

Exámenes complementarios

Se le realizó la Hemametría, Hemoquímica, ultrasonido de hemiabdomen superior, Urografía por Tomografía Axial Computarizada (UroTAC), radiografía de

tórax y colonoscopia sin alteraciones. La endoscopia digestiva superior mostró pangastritis eritematosa erosiva moderada, cistoscopia donde se constató lesión extensa desde la vejiga más allá del trigono vesical y hasta tercio inferior de uretra, infiltrándose en la vagina. La biopsia por ponche mostró adenocarcinoma de vejiga bien diferenciado tipo adenocarcinoma vellosa de muy bajo grado.

Informe operatorio

Se realizó exenteración pélvica anterior con colpectomía total, derivación urinaria con intestino por técnica de *Bricker* y linfadenectomía pélvica bilateral. Se abrió por planos hasta cavidad abdominal. Se realizó linfaadenectomía pélvica bilateral (Fig. 1), exéresis de útero, anejos, vejiga y vagina (Fig. 2) con abordaje combinado pélvico-perineal (Figs. 1 y 3). La colpectomía se realizó total por existir solo una pequeña porción del tercio medio inferior de la vagina, después de dar margen oncológico. Se revisó hemostasia y se procedió a formar el conducto ileal de *Bricker* (Fig. 4), se pasó el uréter izquierdo por detrás *sigmoide*. Se comprobó permeabilidad de la anastomosis intestinal ileo-ilial término-terminal. Se colocaron los catéteres ureterales, reimplantación de estos en el intestino aislado y se exteriorizó el extremo del conducto ileal abierto a nivel del flaco derecho del abdomen (Fig. 5).



Fig. 1- Vista abdominal de la exenteración anterior con linfaadenectomía pélvica.



Fig. 2- Vista perineal de la exenteración anterior con colectomía total.



Fig. 3- Estoma del conducto ileal.

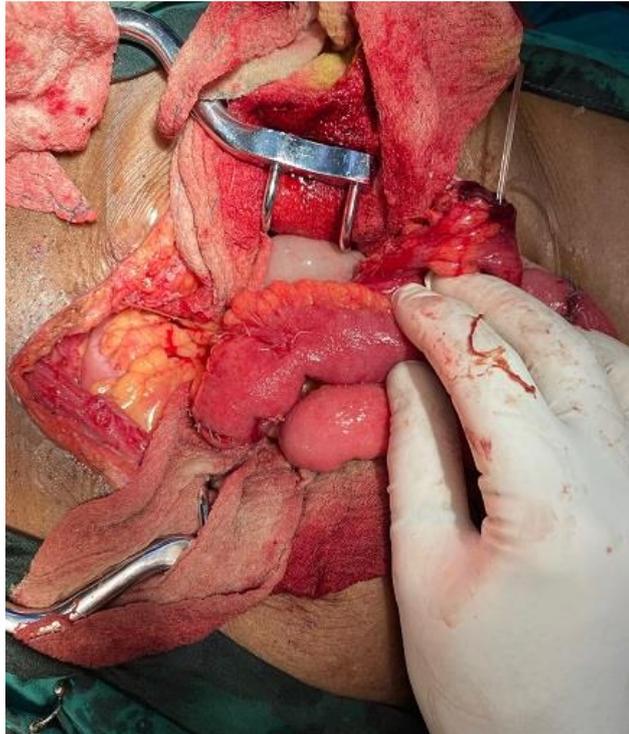


Fig. 4- Ureteroileostomía.

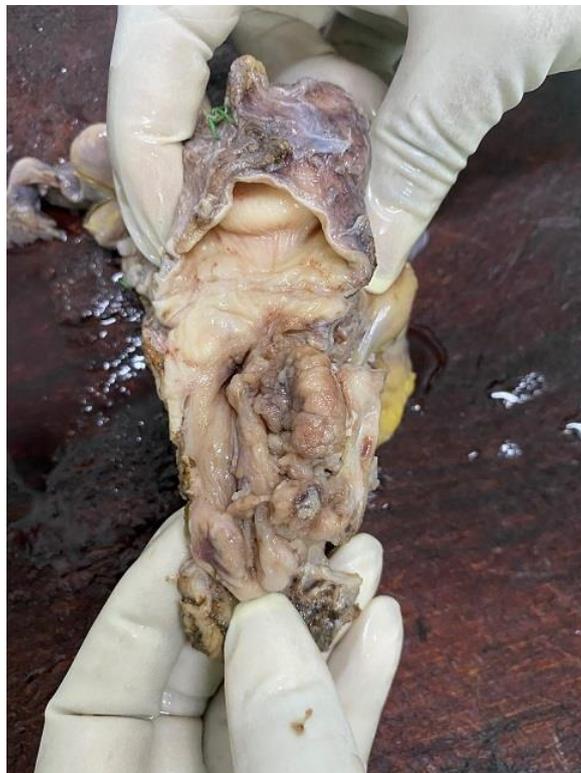


Fig. 5- Espécimen de la exenteración (útero, vejiga, vagina y uretra).

Se colocó catéter peridural en la preparación anestesia para control del dolor *peri* y posoperatorio y se hizo profilaxis de tromboembolismo con Fraxiheparina 0,3 mg, 12 horas antes de la cirugía y se mantuvo 1 mes postquirúrgico. La paciente requirió solo dos unidades de hemoderivados en el transoperatorio. El tiempo quirúrgico fue de 6 horas.

Informe anatomopatológico

Adenocarcinoma bien diferenciado con patrón intestinal colónico recurrente en uretra que infiltra pared vaginal.

Fue cubierta durante 10 días con metronidazol y cefepime. Recibió radioterapia postoperatoria externa a una dosis de 50 Gy. A los 14 días recibió el alta hospitalaria, con la indicación de seguimiento por consulta externa.

Discusión

Han pasado más de 70 años desde que *Brunschwig* describiera la exenteración pélvica y su uso continúa generando controversias.

García-Granero⁽¹⁰⁾ a partir de 111 cirugías de este tipo realizadas en dos centros españoles, observó que las complicaciones y las tasas de mortalidad postoperatorias generales fueron del 64 y del 5,4 %, respectivamente. Las complicaciones postoperatorias más comunes fueron: absceso pélvico, íleo postoperatorio y complicaciones médicas. *Bhangu*⁽¹¹⁾ reporta que la morbilidad varía entre el 37 y el 100 % y la mortalidad postoperatoria varía entre el 0 y el 25 %. *Abduch Haas*⁽¹²⁾ señala que el procedimiento requiere un largo periodo de hospitalización y cuidados especiales.

Debido a la alta morbilidad de la EP, el manejo perioperatorio requiere una optimización completa. La mayoría de las complicaciones precoces son causadas por infecciones. Las pacientes con colocación de catéter a largo plazo, manipulación de vejiga intraoperatoria extensa y creación de conducto urinario son más comúnmente afectadas por infecciones del tracto urinario tempranas y tardías, especialmente pielonefritis.^(5,13)

Por otra parte, *Romeo*⁵ destaca que la EP puede ser a veces la única alternativa terapéutica en pacientes con tumores ginecológicos persistentes o recurrentes. Esta se puede realizar con seguridad y resultados en la supervivencia a largo plazo e incluso puede curarse un grupo seleccionado de pacientes. El objetivo más importante en este tipo de cirugía es obtener márgenes negativos (cirugía resto 0), por lo que la selección de pacientes es la piedra angular y las pacientes deben ser abordadas de manera multidisciplinaria. Este autor también plantea que, debido a la evolución que han experimentado las técnicas reconstructivas en las últimas décadas (desviaciones urinarias ortotópicas y de continencia, reanastomosis primaria del colon rectosigmoide y creación de una neovagina), se puede lograr que la paciente tenga una mejor calidad de vida, además de proporcionarle la oportunidad de una cura.

Los autores comparten el criterio de que, la EP tiene una alta tasa de complicaciones y morbilidad, pero puede ser una oportunidad curativa en pacientes con neoplasias que comprometen varios órganos pélvicos. Por su complejidad, debe ser realizado por equipos multidisciplinarios y experimentados.

En el INOR, la mayoría de las EP en los últimos años se realizan en pacientes con tumores primarios de la vulva y son exenteraciones posteriores, por lo que su utilización en tumores vesicales resulta novedosa.

Se concluye entonces que, la exenteración pélvica constituye una alternativa terapéutica curativa para el abordaje de tumores neoplásicos que comprometan órganos pélvicos. Si se realiza por equipos multidisciplinarios y con experiencia, la morbimortalidad disminuye en gran medida.

Referencias bibliográficas

1. Fernández Báez L, Santana Sarrhy L, Wainshtok Tomás DM. Adenocarcinoma vesical primario de células en anillo de sello. Presentación de un caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2016 [acceso 12/10/2020];15(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000300013&script=sci_arttext&ting=pt

2. Polo Barzallo H, Montesdeoca Aucapiña TE. Derivación urinaria neovejiga ortotópica luego de cistectomía radical por cáncer vesical. Rev. Med. Ateneo. 2019 [acceso 12/10/2020];21(1):63-74. Disponible en: <https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/download/87/94>
3. Reyna-Blanco I, Jiménez-García A, Martínez-Salas A, Muruato-Araiza S, Herrerías Ordoñez A, Morales-Montor G, et al. Tumores de vejiga no uroteliales, como reto diagnóstico y terapéutico. Rev. Mex. Urol. 2019 [acceso 12/10/2020];79(4):1-8. Disponible en: <https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/download/418/975>
4. Sameer MA, Mangal R, Gulati M. Adenocarcinoma of Urinary Bladder in 60 Years Old Female Patient- A Rare Case Report and Literature Review. International Journal of Health Sciences & Research. 2017;7(9):332-7.
5. Romeo A, González MI, Jaunarena J, Zubieta ME, Favre G, Tejerizo JC, et al. Exenteración pélvica para neoplasias ginecológicas: Complicaciones postoperatorias y resultados oncológicos. Actas Urológicas Españolas. 2017 [acceso 12/10/2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Agustin_Romeo/publication/319646616_Exenteracion_pelvica_para_neoplasias_ginecologicas_Complicaciones_postoperatorias_y_resultados_oncologicos/links/5a69d84eaca2728d0f5f25f0/Exenteracion-pelvica-para-neoplasias-ginecologicas-Complicaciones-postoperatorias-y-resultados-oncologicos.pdf
6. Esperón Noa RP, Valdés Jiménez JM, Montero León JF, Bosque Diego OJ, Silveira Pablos JM, Linchenat Lambert A, et al. Exenteración pélvica en el cáncer avanzado de la vulva. Presentación de caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2013 [acceso 07/10/2020];12(4):618-26. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/download/88/203>
7. Esperón Noa RP. Exenteración pélvica. En: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Cirugía. Cap. 76. Tomo II. Afecciones quirúrgicas frecuentes. La Habana: ECIMED [acceso 07/10/2020];2018. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_afecciones_quirurgicas_tomo2/cap_76.pdf

8. Mitulescu G, Ungureanu C, Gluck G, Stîngu C, Mitulescu D, Stănculeanu D, et al. Exenteratia pelvină totală în tratamentul cancerului pelvin avansat. Chirurgia. 2007;102 (2):143-54.
9. Schneider A, Köhler C, Erdemoglu E. Current developments for pelvic exenteration in gynecologic oncology. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009;21(1):4-9.
10. Garcia-Granero A, Biondo S, Espin-Basany E, González-Castillo A, Valverde S, Trenti L, et al. Exenteración pélvica con resección rectal por neoplasias de distinto origen en dos centros de referencia. Cirugía Española. 2018 [acceso 18/09/2020];6(3):138-48. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0009739X17302750.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
11. Bhangu A, Ali SM, Darzi A, Brown G, Tekkis P. Meta-analysis of survival based on resection margin status following surgery for recurrent rectal cancer. Colorectal Dis. 2012 [acceso 11/19/2020];14:1457-66. Disponible en: <http://refhub.elsevier.com/S0009-739X%2817%2930275-0/sbref0195>
12. Abduch Haas S, Centenaro Levandowski D, Nocchi Kalil A. Ansiedad, depresión, percepción y sentimientos de mujeres con cáncer indicadas para cirugía de exenteración pélvica. Psicooncología. 2017;14(2-3):279-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57086>
13. Petruzzello A, Kondo W, Hatschback SB, Guerreiro JA, PanegalliFilho P, Vendrame C, et al. Surgical results of pelvic exenteration in the treatment of gynecologic cancer. World J Surg Oncol. 2014;12:1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7819-12-279.8>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Roberto Pablo Esperón Noa: Conceptualización, trabajo asistencial, selección bibliográfica y redacción del artículo. Revisión crítica y aprobación del artículo.

Antonio Bouzó López: Trabajo asistencial, diseño y corrección del artículo.

Edgar Algarin Villalón: Trabajo asistencial, selección bibliográfica y revisión crítica.

Javier Chamble Castellanos: Trabajo asistencial, revisión crítica.

Ranfis Rodríguez Bueno: Trabajo asistencial, revisión crítica.

Dayné García García: Trabajo asistencial, revisión crítica y aprobación del artículo.