

VACIAMIENTO PELVICO EN DOS TIEMPOS *

(Nueva técnica y tácticas quirúrgicas)

DR. CARLOS ALBORES CULEBRO
Torreón, Coah.

SI LOS GRANDES centros médicos se encuentran casi desarmados para curar o aliviar los cánceres avanzados —y muy particularmente el frecuentísimo del cuello de la matriz en sus estadíos III y IV— en las pequeñas poblaciones donde carecemos de elementos físicos tan importantes para esta terapéutica, estamos completamente inermes, pero sentimos la necesidad de hacer algo por estas infelices enfermas, aunque nuestros esfuerzos están siempre supeditados a las escasas posibilidades técnicas, hospitalarias, de equipo, conocimientos, etc. Esta impotencia fué el estímulo que nos alentó para que en 1946 practicásemos atrevidamente el primer vaciamiento pélvico reportado en la revista Torreón Médico.¹ Seguimos trabajando durante varios años en el mismo problema, pero la mortalidad operatoria era desalentadora, el 24% aunque similar a la reportada por otros cirujanos de centros importantes. Preocupados por este hecho y convencidos de la bondad del procedimiento, en lugares dónde no contamos con otros elementos, hemos tratado de modificar la táctica quirúrgica que hoy presentamos y con la que hemos logrado disminuir notablemente la mortalidad operatoria.

El vaciamiento pélvico como tratamiento paliativo en el cáncer del cervix en sus estadíos III y IV, parcial o total, según se extirpen todos los

* Leído el 21 de noviembre de 1956.

órganos pélvicos o bien se deje el recto-sigmoide, principió a practicarse con técnica más sistematizada en 1946 por Brunschwig en el Hospital Memorial de Nueva York,⁵ nos satisface por el momento y estamos convencidos de su utilidad porque hemos logrado sobrevidas hasta de tres años en condiciones casi normales y porque en todas las enfermas que soportan la operación se obtiene una mejoría inmediata al lograr disminución del dolor, de la hemorragia, de la infección y aun mejoría de la función renal.

Aunque el objeto de este trabajo no es justificar la cirugía tan amplia y agresiva en el cáncer del cuello, quiero aducir los hechos siguientes que la explican en parte.

1. El 25% de mujeres enfermas de cáncer del cuello mueren de uremia; el 20% por complicaciones sépticas; el 10% por anemia y el resto por causas diversas.⁸

2. En el 40% de enfermas con cáncer de cervix en los estadios III y IV no se encontraron metástasis ganglionares intra-pélvicas.¹³

3. Muchas enfermas hacen metastasis distantes tardíamente, de tal manera que en autopsias de 65 muertas con cáncer de cuello, encontraron solamente a 32 con metastasis extra-pélvicas.¹²

4. Que las enfermas con cáncer de cuello uterino se mueren principalmente por uremia, infecciones y anemia, o más bien por la combinación de éstos tres factores.

Desde el año de 1946 hasta fines de 1952 practicamos esta intervención en un solo tiempo en 34 enfermas del Hospital General de Torreón, con una mortalidad quirúrgica de 20.5%. Significamos, al decir mortalidad quirúrgica, los decesos ocurridos en la sala de operaciones o durante los 30 días siguientes a la intervención siguiendo la tabulación arbitraria de Brunschwig, pero muy de tomarse en cuenta por ser un plazo razonable para imputar la muerte al acto quirúrgico.

A fines de 1951, practicamos por primera vez el vaciamiento en *dos tiempos*, es decir, en la primera intervención se practicó ligadura de ambas hipogástricas, extirpación de ambos anexos y anastomosis de los uréteros al sigmoide, y en un tiempo posterior se extirparon los órganos pélvicos.

En los años de 1952 a 1953, estuvimos operando en un tiempo a las enfermas que eran buenos riesgos quirúrgicos y en dos tiempos a aquellas que representaban riesgo mayor, pero en vista de los resultados mejores operando en dos tiempos, desde mediados de 53 hasta la fecha todos los vaciamientos los hacemos en dos tiempos. Desde la fecha antes señalada hasta mayo de 1956, hemos practicado 41 vaciamientos pélvicos en dos

tiempos, habiendo tenido cuatro muertes imputables a la operación, es decir un 9.5%.

Esta baja notable hasta 9.5% de mortalidad quirúrgica justifica plenamente el cambio de táctica, aunque las cifras no sean considerables para deducir porcentajes definitivos.

INCIDENCIA DE "MORTALIDAD QUIRURGICA" EN EL VACIAMIENTO PELVICO

<i>Cirujano</i>	<i>Técnica un tiempo</i>	<i>Técnica dos tiempos</i>	<i>Fecha de Reporte</i>	<i>% Mortalidad Operatoria</i>
Brunschwig ⁷	100		Nov. 1950	20 %
Brunschwig y Dadiel ⁶	315		Sep. 1954	18 %
Parson y Taymor ¹²	86		Oct. 1955	28 %
Albores Culebro	35		Ene. 1954	20.5%
Albores Culebro		41	Mayo 1956	9.5%

Hemos logrado disminuir el choque quirúrgico y la mortalidad operatoria dividiendo la agresión en dos partes, el primer tiempo es una operación relativamente poco traumática ya que puede hacerse en un tiempo promedio de hora y media, y es tolerada perfectamente aún por las enfermas en mal estado general; el segundo tiempo un poco más largo y más chocante se practica en una paciente que se ha recuperado bastante pues ya no tiene hemorragias, ni infección y su riñón funciona mejor. Por eso creemos que hacer esta operación en dos etapas es el mejor camino para tener menos fracasos.

Si las enfermas de cáncer de cuello se mueren principalmente por las complicaciones, uremia, la más frecuente, originada por el sufrimiento de los riñones por la presión retrógrada que produce la estenosis ureteral, se impone que antes de todo tratemos el estado urémico, y esto se logra frecuentemente al liberar al urétero ahogado y practicar la anastomosis uretero-cólica.

La hemorragia casi constante y la anemia consecutiva la combatimos con transfusiones, pero principalmente suprimiendo —hasta donde es posible— la irrigación del tumor, ligando las hipogástricas. Esta maniobra no solamente yugula la hemorragia sino que desvitaliza al tumor —desiderátum de todo tratamiento anti-canceroso— al empobrecer su irrigación y privarlo de la nutrición necesaria.

Se han practicado en el Hospital General de Torreón una serie de aortografías, por el Dr. Raúl Alcántara C. en enfermas de cáncer avan-

zado antes y después del primer tiempo operatorio, y éstas demuestran claramente la diferencia de la vascularización después de la ligadura de ambas hipotricas, y frecuentemente demuestran vascularización importante por anastomosis colaterales de otras tributarias.

Castramos en este primer tiempo a nuestras enfermas para disminuir los estrógenos y su acción carcinogénica.

TÉCNICA Y TÁCTICA SEGUIDAS:

La técnica propiamente dicha no la hemos modificado sino en detalles pequeños que se han ido perfeccionando, en general seguimos los mismos pasos que cuando hacíamos la operación en un tiempo; pero lo importante, como anteriormente señalamos es que hemos dividido el procedimiento operatorio en *dos etapas* con un intervalo de dos a seis semanas entre ambas y llamamos *primer tiempo* a: la ligadura de los pedículos tubo-ováricos y la extirpación de ambos anexos; ligadura de las arterias hipogástricas derechas e izquierdas y la anastomosis de los dos ureteres al sigmoide.

La preparación pre-operatoria de estas enfermas que casi siempre representan un gran riesgo quirúrgico, es de capitalísima importancia y debe satisfacer todos los requisitos que actualmente exige la cirugía, en términos generales tratamos de: nivelar las proteínas sanguíneas, mejorar la anemia, disminuir la infección, normalizar el balance electrolítico y acuoso, desinfectar el tracto digestivo bajo, e influir cariñosamente en el estado psíquico de estas enfermas siempre angustiadas.

Siendo la intención de este trabajo presentar principalmente la nueva táctica seguida, solamente delinearemos los tiempos de la técnica.

PRIMER TIEMPO:

- a) Anestesia general, de preferencia con intubación. En algunas ocasiones raquia-anestesia.
- b) Incisión abdominal media del borde superior del pubis hasta tres centímetros arriba del ombligo.
- c) Se coloca la enferma en posición de Trendelenburg y se explora manual y cuidadosamente los órganos abdominales, muy principalmente el hígado y se buscan ganglios peri-aórticos. Exploración de los órganos intra-pélvicos para ratificar o rectificar la gradación clínica.

- d) Se abre el peritoneo a nivel de la bifurcación de la íliaca primitiva, sub-peritoneal, se liga el pedículo tubo-ovárico.
- e) Se aísla cuidadosamente la arteria hipogástrica a nivel de su nacimiento y se coloca allí doble ligadura.
- f) Prolongamos la incisión peritoneal hacia adelante y de tal manera que ésta quede a unos dos centímetros hacia afuera del uretero, llegando hasta la base del ligamento ancho. En este nivel la incisión la hacemos transversal para formar después un colgajo peritoneal que servirá para recubrir el uretero, sobre el sigmoide. Es muy importante conservar la circulación ureteral y una pequeña arteria constante que penetra a la altura de su cruce con la íliaca primitiva.
- g) Liberación del uretero en su parte más anterior hasta donde se encuentre sano; tomamos con una pinza su parte más distal y lo cortamos tomando el cabo proximal en su borde con una pinza de mosquito. Se liga el cabo distal.
- h) Anastomosis de uretero a colon. Cuando el uretero está muy dilatado —ocurrencia muy frecuente— usamos la técnica de Nesbit de abocamiento de borde ureteral a mucosa sigmoidea, es decir, una anastomosis término-lateral de uretero con mucosa sigmoide y a veces tunelizamos la parte final del uretero como lo hace Leadbetter.¹⁰ Cuando uno o ambos ureteros son de calibre normal, la técnica anterior es difícil y entonces preferimos la de Coffey, es decir el hundimiento del cabo ureteral a través de la apertura de colon poniendo una puntada en su extremo distal. En ambos casos cubrimos con un colgado peritoneal la anastomosis.
- i) Se repiten todos los tiempos anteriores en el lado izquierdo.
- j) Peritonizamos cuidadosamente las brechas peritoneales.
- k) Lavamos con suero la cavidad pélvica y la recubrimos con el epiplón mayor.
- l) Cierre por planos de la pared abdominal, sin canalización.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS:

Antes de salir de la sala de operaciones se coloca una sonda rectal, N° 22 para evitar la presión intra-rectal sobre el abocamiento ureteral.

Tratamos de mantener lo mejor posible el equilibrio acuoso y electrolítico en nuestra enferma y al día siguiente se levanta e inicia su alimentación normal lo más rápidamente posible.

SEGUNDO TIEMPO:

La segunda intervención está condicionada al estado general de la enferma después del primer tiempo, pero casi siempre es posible de dos a seis semanas después de la primera, que es cuando se ha logrado una notable recuperación del estado físico y psíquico de la paciente.

El segundo tiempo tiene por objeto lo siguiente: extirpación de la vejiga, la matriz, dos tercios superiores de vagina, recto-sigmoide —cuando es vaciamiento total— y todo el tejido celular pelviano y los ganglios.

Este segundo tiempo es largo y laborioso, aunque ya no tenemos la preocupación de los ureteros (anastomosados en el primer tiempo), pero la hemostasia que debe ser meticulosa, es difícil por los plexos venosos múltiples, muy principalmente en las paredes laterales de la pelvis.

A) VACIAMIENTO PARCIAL.

Debemos practicar la excisión de la vejiga, matriz, vagina, hasta tercio inferior y todo el tejido celular pelviano de la pared y el que rodea a sus órganos incluyendo los ganglios.

Guión de la técnica seguida:

- a) Anestesia, posición e incisión igual que durante el primer tiempo.
- b) Liberación cuidadosa de adherencias y exposición del campo operatorio que será toda la pelvis.
- c) Con pinzas rectas de Kocher colocadas en ambos bordes de la matriz nos servirán como tractores.
- d) Comenzando del lado derecho ligando el ligamento redondo hacia afuera de la línea iluminada y abrimos el peritoneo desde el promontorio hasta el borde externo de la vejiga colocando hilos en sus bordes que nos servirán de tractores.
- e) Iniciamos la disección del tejido celular que cubre y rodea la arteria ilíaca primitiva y seguimos hacia adelante y hacia abajo tratando de extirpar en un solo bloque tejido y ganglios, profundizando nuestra disección hasta el parametrio y la fosa obturatriz; hacia adelante seguimos hasta el anillo inguinal interno y luego pasamos a cara anterior de vejiga hasta llegar a la uretra. La hemostasia debe ser meticulosa durante este tiempo y al terminarlo deberá estar íntegro el nervio obturador y toda la parte externa de la pelvis limpia de ganglios y tejido celular.

- f) Se repite la misma técnica del lado izquierdo y cuando están liberados lateralmente todos los órganos se inicia la disección de los ligamentos útero-sacros que se cortan lo más atrás posible. Después de incidir el peritoneo posterior se inicia la separación de recto y vagina y al terminar ésto se ligan hacia afuera los ligamentos cardinales.
- g) Se incinde la vagina a nivel de su tercio inferior y la uretra lo más adelante posible.
- h) Puntos separados en la cúpula vaginal y canalización con Penrose.
- i) Lavado y revisión cuidadosa de la cavidad pelviana y hemostasia final usando si es necesario Gelfoam y compresión cuando hay puntos que no pueden ligarse.
Frecuentemente no se puede peritonizar completamente y entonces se cubre la superficie cruenta con epiplón mayor.

B) VACIAMIENTO TOTAL.

Cuando la invasión tumoral se prolonga hacia el recto se deberá practicar un vaciamiento *total*, extirpando la parte terminal del colon con los otros órganos pélvicos y hacer una colostomía definitiva con el cabo proximal.

En este caso la técnica varía en lo siguiente:

- a) Se coloca una pinza de Payr en el punto elegido del colon; se coloca otra pinza inmediatamente abajo y se corta.
- b) Se inicia la disección de tejido celular pélvico detrás del recto-sigmoide, ligando toda su vascularización hasta llegar cerca del ano. Después se continúa la disección hacia adelante como se hace en el vaciamiento parcial y al terminar se extirpan en bloque todos los órganos.
- c) La colostomía o permanencia la usamos en el cuadrante inferior izquierdo y a través de los músculos oblicuo y transverso, dejando unos cinco centímetros de colon fuera de la piel y colocando una sonda de Petzer en su interior que es retenida por una jareta en bolsa de tabaco.

RESUMEN

El vaciamiento pélvico es un buen tratamiento paliativo para las enfermas con cáncer de cuello en los estadios III y IV, que en ocasiones da

sobrevidas hasta de cinco años y procedimiento heroico en poblaciones donde no se cuenta con terapéutica física.

Practicando el vaciamiento pélvico en *dos tiempos* encontramos las siguientes ventajas:

- a) Disminución notable de la mortalidad quirúrgica, que en nuestras manos ha llegado al 9.5% en vez del 21% y más que acusan los cirujanos de centros especializados.
- b) *El primer tiempo* es perfectamente tolerado por las pacientes que casi siempre tienen un postoperatorio normal, es decir, semejante al de cualquier intervención ginecológica mayor.
- c) Las cifras de urea sanguínea comienzan a bajar en la primera semana y en ocasiones llegan a la normalidad.
- d) Se suprime o disminuye notablemente la hemorragia.
- e) Disminuye la infección.
- f) El estado psíquico de la enferma mejora grandemente.

El segundo tiempo más largo y más traumático que el primero podemos practicarlo en mejores condiciones y disminuyendo la magnitud de la agresión quirúrgica, es mejor soportado por las enfermas.

Nuestra estadística corta, aunque importante para nosotros, no es lo suficientemente numerosa para deducir conclusiones más sólidas, pero en los 35 casos operados en dos tiempos, con una mortalidad quirúrgica de 20% y 41 casos en dos tiempos con mortalidad quirúrgica de 9.5% es demostrativo de la bondad de la modificación que presentamos en este trabajo.*

CONCLUSIONES

Se presenta una nueva técnica y táctica para el vaciamiento pélvico en los cánceres avanzados de la matriz, practicando la intervención en *dos tiempos*.

Se presenta una pequeña estadística de 41 casos operados con mortalidad quirúrgica de 9.5%.

Se esbozan los principales tiempos de la intervención.

Torreón, Coah., a 5 de junio de 1956.

* Las enfermas que se refiere en este trabajo fueron operadas en el Hospital General de Torreón en los Servicios de Ginecología del Dr. Carlos Albores Culebro y el Dr. Luis Arenal Camargo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Alborez Culebro Carlos*. "Cáncer avanzado de la matriz. Vaciamiento pélvico". *Torreón Médico*, 1949, 4:21.
2. *Alborez Culebro Carlos*. "Vaciamiento pélvico en el cáncer avanzado de la matriz". *Torreón Médico*, 1951, VI: 12.
3. *Arenal Camargo Luis*. "Evolución y estado actual del tratamiento del cáncer del cérvix". *Torreón Médico*, 1950.
4. *Arenal Camargo Luis*. "Vaciamiento pélvico en cánceres cérvico-uterino avanzados". *Torreón Médico*, 1951, VI: 15.
5. *Brunschwig and W. Daniel*. "*Total and anterior pelvic exeteration*". *Sur Gynec. Obs.*, 1954, 99:324.
6. *Brunschwig*. "Complete excisión of pelvic viscera for advanced carcinoma". *Cáncer*, 1948, I: 177.
7. *Brunschwig, A. and Pierce, V.* "Partial and complete pelvic exenteration a progress report based upon the first 100 operations". *Cáncer*, 1954, III: 972.
8. *Brunschwig, A. and Pierce, V.* "Necropsi findings in patients with carcinoma of the cervix". *A. J. Obst. Gynec.*, 1950, 59:233.
9. *Crile J. Jr.* "Do ultraradical operations for cancer more harm than good?" *Sur. Gynec. Obst.*, 1955, 100, 755.
10. *Leadbeter, W. F.* "Technique of ureteroenterostomy". *Jour. Urology*. 1951. 65:818.
11. *Meigs, J. V.* "Surgical treatment of cancer of the cervix, 1954". Grune Stratton. New York.
12. *Parson, L. and Bell, W. J.* "An evaluation of the pelvic exenteration-operation". *Cáncer*, 1950, III: 205.
13. *Parson, L. and Taymor, M.* "Longevity following pelvic exenteration. por carcinoma of the cervix". *A. J. Obst. & Gynec.*, 1955, 70:774.

*COMENTARIO AL TRABAJO DE INGRESO DEL
DOCTOR ALBORES CULEBRO*

Por el Académico
DR. JOSÉ RÁBAGO CH.

TÓCAME dar la bienvenida a esta Corporación como socio correspondiente al distinguido cirujano de Torreón don Carlos Albores Culebro. Su trabajo de ingreso se refiere al tratamiento del cáncer uterino en sus estados avanzados III y IV o sea a los cánceres que antiguamente se consideraban inoperables.

En la época moderna, debido a los avances de la anestesia y del cuidado pre y postoperatorio de los enfermos, los cirujanos se han vuelto cada vez más atrevidos y para calmar las molestias de las enfermas en estas condiciones se han ideado operaciones en las cuales no se podía soñar.

Para practicarlas se necesita un cirujano y ayudantes entrenados en este tipo de operaciones, un anestesista perfectamente competente y un servicio de operaciones de primera categoría; así como poder disponer de grandes cantidades de sangre para transfundirla durante la operación.

No en todas partes ni en todos los hospitales pueden disponerse de los recursos de los grandes centros quirúrgicos y teniendo en cuenta que la mortalidad operatoria, es decir, la mortalidad durante el acto operatorio y en el primer mes después de él, es bastante elevada aún en esos centros quirúrgicos, con mayor razón será en los lugares en donde no se dispone de todas las facilidades de sangre, plasma, sueros y enfermeras que puedan vigilar correctamente a las operadas. El doctor Albores ha tenido entonces la idea de hacer el vaciamiento pélvico en dos tiempos, en vez de hacerlo en un tiempo como es habitual.

Al invadir el tejido canceroso, al tejido conjuntivo del ligamento ancho, comprime los uréteros estorbándose el libre escurrimiento de la orina, dilatándose los uréteros y las pelvisillas renales y dificultando la función renal y originando un grado más o menos avanzado de uremia, debido al cual mueren una parte de estas enfermas. Así pues, el Dr. Albores ha pensado que lo primero que habría que hacer sería la derivación de la orina hacia el intestino, haciendo una urétero-colo-anastomosis bilateral. Aprovecha también esta operación para hacer la ligadura de la arteria hipogástrica de ambos lados, de manera que entonces la irrigación de la zona tumoral disminuye notablemente y, por lo tanto, piensa él, que si no se detiene, por lo menos se hace más lento el avance del cáncer.

Practica además de esta intervención, la extirpación de los anexos con objeto, según él, de impedir la producción de estrógenos del ovario que aumentarían el desarrollo del cáncer. Yo pienso que también la ligadura de la arteria útero-ovárica, que se hace para extirpar el anexo, priva al aparato genital de este aporte sanguíneo que no depende de la arteria hipogástrica sino de la arteria ovárica.

Esta primera intervención es relativamente sencilla y de poca duración y, por lo tanto, puede ser soportada por pacientes con estado general poco satisfactorio. Transcurrido un plazo de seis semanas, en las cuales se tratara de mejorar al paciente por medios adecuados, el Dr. Albores procede a la segunda operación que consiste en la extirpación, ya sea de todos los órganos pélvicos, útero, vejiga y recto, ya sea cuando el recto no está invadido, únicamente el útero y la vejiga.

Ahora bien, ¿vale la pena realmente, emprender una operación de tanta envergadura en enfermas de cáncer avanzado?

¿Es preferible según lo opina el Dr. Albores hacer la operación en dos tiempos?

A mí sí me parece lógica la idea del Dr. Albores, pensando sobre todo en que la operación en un solo tiempo es una operación que es menos tolerada por una enferma cuyo estado físico general la convierte en un mal riesgo quirúrgico. Por tanto, creo que vale la pena de que otros cirujanos ensayen la idea del Dr. Albores de ejecutar esta operación en dos tiempos, a fin de que, con una casuística más amplia y de varias personas, poder juzgar si efectivamente es mejor hacer la operación en dos tiempos que en uno solo.

La operación radical en sí, puede ser tema, como ha sido de controversia. Algunos cirujanos opinan que no debe someterse a una enferma ya digamos así, sentenciada a muerte, al trauma y a la molestia y al dolor

de una operación de éstas, que es puramente paliativa; pero en cambio, los partidarios de ella opinan que la mayor parte de las molestias que tiene una enferma cancerosa en estas condiciones cesan o cuando menos es aminoran con este temperamento.

Realmente no sé yo qué será preferible: si dejar morir a la enferma con fenómenos de estenosis rectal, de estenosis uretral y grandes dolores, o tener una especie de cloaca en la ese iliaca en la cual la orina y el excremento se mezclan y salen al través de una fistula de colon a pared abdominal. En otras ocasiones y con otros motivos por los cuales se hacen abocamientos del intestino a la pared abdominal la vida de los enfermos se les hace difícil y eso suponiendo que el excremento de estos pacientes sea de consistencia suficiente para poder ser contenido, hasta cierto punto dentro del intestino de la ese iliaca y expulsado solamente con el esfuerzo del enfermo; pero en el caso del cáncer en el cual se han abocado los dos uréteros al intestino grueso el contenido está demasiado líquido, es decir, que la orina licúa el excremento, lo ablanda, y que la fistula del intestino a la pared puede resultar incontinente y estar la mujer expulsando constantemente sus materias fecales mezcladas con orina hacia el exterior de su pared abdominal.

Felicito sinceramente al Dr. Albores Culebro por haber pensado en esta operación en dos tiempos; teniendo en cuenta:

1º Lejos de los grandes centros de población en lugares en que la educación médica es todavía menor, se presentarán numerosos casos de cánceres de grado 3 y 4, en los cuales no se pueda hacer la operación clásica de histerectomía con vaciamiento ganglionar o la irradiación con las cantidades de radium necesarias para tratar de obtener una curación del cáncer.

2º El hecho como él lo asienta y lo recalca en su trabajo de que hay medios quirúrgicos pobres, en los cuales no se tienen a la mano todos los elementos que serían de descarse para garantizar el éxito feliz de una operación de esta envergadura y que por lo tanto este modo de proceder en dos tiempos quizá facilite el tratamiento de las enfermas que de otra manera no podrían ser sometidas a la operación porque si no se operan llenando todas las condiciones y teniendo en abundancia los elementos principalmente sangre para sacar a la enferma del shock operatorio, pues entonces o se opera con una mortalidad muy elevada o se desiste de operar y se abandona a las enfermas a su suerte en vez de tratar de buscarles un poco de alivio en sus sufrimientos finales.