

Traquelectomía radical

Roberto Orti, Myriam Perrotta y Roberto Testa

INTRODUCCIÓN:

Tradicionalmente, el cáncer de cuello uterino ha sido tratado mediante dos modalidades terapéuticas: la cirugía radical y la radioterapia pélvica, con o sin braquiterapia. La histerectomía total radical con la disección de los ganglios pelvianos fue realizada por primera vez por Wertheim en el año 1898. Con posterioridad, Schauta desarrolló la histerectomía radical por vía vaginal.

Está reconocido que el uso de cualquiera de estas dos modalidades de tratamiento para las etapas iniciales de invasión del cáncer cervical (Estadios IB-IIA) aseguran excelentes resultados de supervivencia, pero su aplicación también significa la pérdida completa de la fertilidad.

Es una realidad creciente que muchas parejas, por motivos laborales, económicos o socioculturales, postergan su paridad hasta edades más avanzadas. Si consideramos, por otro lado, que el 15% de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino tiene menos de cuarenta años de edad, nos encontramos con una proporción importante de pacientes con este diagnóstico que no han asegurado aún su descendencia. Los cambios recientes en el enfoque quirúrgico de los cánceres ginecológicos han enfatizado el empleo de técnicas mínimamente invasivas en la reducción de las discapacidades postoperatorias y en la preservación de las funciones.

El concepto de cirugía "menos radical" es aceptado actualmente en oncología, y ya se aplica a varios tumores ginecológicos. Las cirugías conservadoras de la fertilidad son indicadas en los tumores germinales del ovario y en estadios muy tempranos de los tumores ováricos epiteliales.

El microcarcinoma de cuello uterino (Estadio FIGO IA) es una neoplasia con invasión microscópica del estroma que no supera los 5 mm en profundidad y los 7 mm de extensión superficial. Hasta hace poco, el tratamiento conservador en el Estadio I de cáncer de cuello uterino se limitaba a los microcarcinomas que no superaban en profundidad los 3 mm de invasión (Estadios IA1), ya que en ellos la posibilidad de propagación ganglionar es despreciable (menor al 1%) y para los casos seleccionados de pacientes jóvenes con deseos de paridad futura, dado que los mismos pueden ser tratados en forma segura mediante la conización del cuello uterino. Para todos los otros Estadios I la opción era la histerectomía radical con linfadenectomía pelviana o la radioterapia pelviana, tratamientos que llevaban en forma indefectible a la esterilidad definitiva.

En 1987 Daniel Dargent y colaboradores iniciaron el desarrollo de una técnica: la "traquelectomía radical vaginal", que consiste en la extirpación radical por vía vaginal del cuello del útero y los parametrios, combinada con la linfadenectomía pelviana; sus primeros resultados fueron explicados por primera vez en 1994. Desde entonces, se han publicado numerosas series de casos empleando distintas variantes técnicas con resultados similares. Las indicaciones actualmente aceptadas para esta alternativa son:

- Deseo de preservar la fertilidad.
- Estadios FIGO IA 2 – IB.
- Estadios II A exofíticos.
- Lesiones menores de 2 cm.
- Compromiso limitado del endocervix.
- Ausencia de metástasis ganglionares.
- Adecuada información y consentimiento de la paciente sobre la naturaleza del procedimiento.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS:

Traquelectomía radical vaginal y linfadenectomía pelviana laparoscópica

Es una variante de la operación clásica de Schauta, descrita por Dargent. Se realiza inicialmente una linfadenectomía pelviana laparoscópica. Los ganglios se envían para su estudio por congelación y, si son negativos, se continúa el procedimiento. Para ello, se siguen los pasos de la histerectomía radical vaginal realizándose la colpotomía, la disección de los espacios vesicouterinos, la apertura de los espacios paravesicales y pararectales, la localización del ureter, la ligadura de las ramas descendentes de la arteria uterina, la ureterolisis y la sección de los ligamentos cardinales y úterosacros, completándose con la sección de la porción distal del cuello uterino, dejando un remanente cervical de 1 cm.

La pieza obtenida se envía para estudio histopatológico por congelación y evaluación de los márgenes internos de resección, que deben ser negativos para continuar con el procedimiento; de lo contrario, se convierte la operación a una histerectomía radical vaginal. Al final del procedimiento, se realiza un cerclaje a la altura del remanente uterino y se coloca un drenaje de goma en el canal para prevenir la formación de adherencias.

Se han descrito otras variantes donde se realiza parte de este procedimiento asistido por laparoscopia.

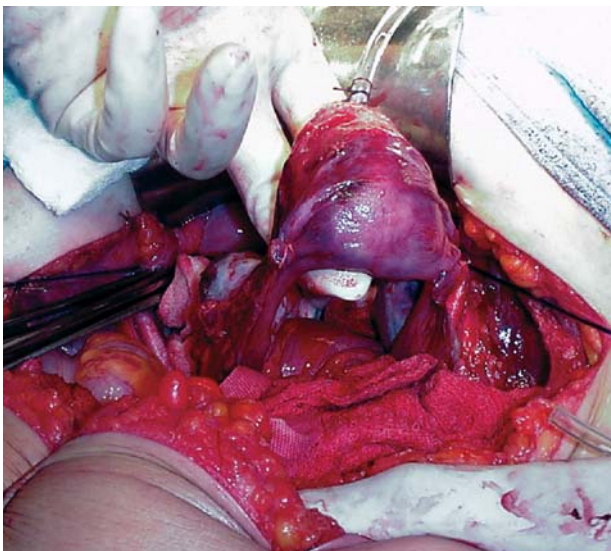
Traquelectomía radical abdominal con linfadenectomía pelviana

Es una variante de la operación de Wertheim Meigs, descrita por Smith y colaboradores en 1997. Aquí también se comienza por la linfadenectomía pelviana y, si los ganglios son negativos, se continúan los pasos de la histerectomía radical. Se conservan los vasos ováricos, se ligan las arterias uterinas a la altura de su nacimiento (la técnica inicial comprendía la sección y reanastomosis de la arteria uterina) y se disecan los uréteres hasta su desembocadura en la vejiga. Se ligan y seccionan los ligamentos cardinales y úterosacros, se realiza la colpotomía y la sección del extremo distal del cuello uterino, quedando el cuerpo uterino junto con los anexos suspendidos por los vasos del pedículo ovárico y el ligamento redondo (Figura 1).

El cuello extirpado se envía para el estudio por congelación de los márgenes, que definirán la continuación o no del procedimiento; se hará histerectomía radical si el margen estuviera comprometido. Si el margen es negativo, se reinserta el cuerpo uterino en el mangito vaginal (Figura 2).

Hay controversia en cuanto al empleo del abordaje abdominal o vaginal. A favor de la vía abdominal se argumenta que esta técnica permite una más amplia resección parametral, que tiene una menor tasa de complicaciones intraoperatorias y que es más familiar para la mayoría de los ginecólogos oncólogos, facilitando su acceso a mayor cantidad de pacientes. Los defensores de la vía vaginal argumentan que no se requiere para estos tumores una disección parametral tan amplia y que la vía abdominal produciría mayor cantidad de adherencias peritoneales postoperatorias, provocando dificultades para el logro de un embarazo posterior.

Figura 1: Cuerpo uterino suspendido por el pedículo ovárico.



RESULTADOS ONCOLÓGICOS

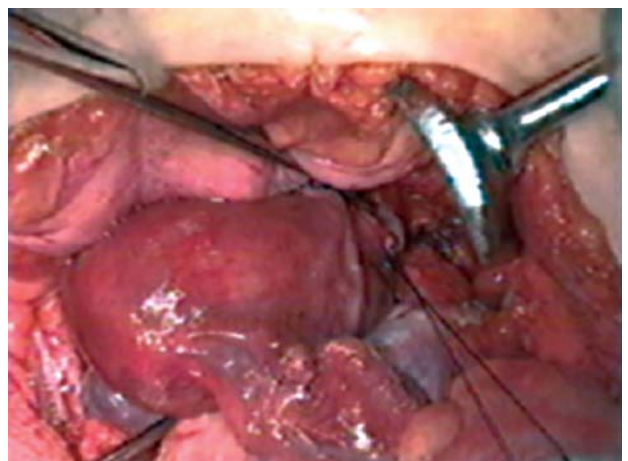
Luego de más de 350 casos de traquelectomías (vaginal y abdominal) publicados en la literatura, se ha observado que los índices de curación son semejantes a los obtenidos con la cirugía radical en pacientes de igual estadio. La supervivencia actuarial publicada en revisiones recientes, con un seguimiento promedio de 60 meses, fue de 95%. Los índices de recurrencia comunicados oscilan entre el 3% y 4%, con un seguimiento medio de cuarenta meses. Sin embargo, debemos considerar que el seguimiento de muchos de los casos comunicados es aún insuficiente. La mayoría de las recidivas tuvo localización en parametrio/pared pelviana, ganglios, intraabdominales y centropelvianas. Estos tipos de recurrencia presentan una frecuencia y localización similares a las encontradas en las pacientes tratadas en la forma convencional y en ningún momento han generado dudas acerca de la seguridad de la técnica conservadora. El riesgo de recurrencia se asocia de manera significativa con tumores mayores a 2 cm.

Lo que ha generado inquietud al respecto, son cuatro casos recientes de recurrencias centropelvianas que involucran al útero preservado. La publicación de éstos generó algunos cuestionamientos sobre la técnica conservadora, especialmente referidos a la distancia segura entre el tumor y el margen de sección. Los datos en la literatura resultan insuficientes para dar respuesta a este interrogante, aunque algunos autores requieren un margen de tejido sano de entre 8 mm y 10 mm.

RESULTADOS REPRODUCTIVOS

En una revisión reciente de los casos publicados, se lograron recopilar los datos de 355 pacientes tratadas con traquelectomía radical (vaginal o abdominal). De éstas, sólo 155 (el 43%) intentaron quedar embarazadas. Durante un período de seguimiento de 1 mes a 144 meses, se embar-

Figura 2: Cuerpo uterino reinsertado en el fondo vaginal.



zaron 107 de las 155 mujeres (70%), pero en total lograron quedar embarazadas 161 pacientes. El número total de abortos en el primer trimestre fue de 34/161 (21%). El número de abortos en el segundo trimestre fue de 13/161 (8%). Ocurrieron partos de pretérmino (≤ 36 semanas de amenorrea) en 33/161 (29%) del total de los embarazos. Algunos de estos partos de pretérmino se debieron a incompetencia ístmico-cervical; sin embargo, en la mayoría de los casos se debió a la ruptura prematura de membranas. Por lo tanto, el 42% de estos embarazos resultó en partos de término (Tabla 1).

Tabla 1: Evolución obstétrica sobre 161 embarazos recopilados de la literatura

Evolución	Nº	%
Aborto 1º trimestre	34	21
Aborto 2º trimestre	13	8
Parto pretérmino	33	29
Parto término	81	42
Total	161	100

Si bien estas cifras son bajas al compararlas con la población general, debiéramos considerarlas alentadoras en una población de pacientes que tradicionalmente serían tratadas con histerectomía radical.

NUESTRA EXPERIENCIA

En nuestro Servicio realizamos la traquelectomía por vía abdominal desde diciembre de 2002. Hasta la fecha, han sido operadas un total de ocho pacientes, no presentando hasta el momento actual ninguna recidiva. De todas ellas,

dos buscaron el embarazo, lográndolo hasta el momento actual sólo una, en forma espontánea, 8 meses después de la cirugía. Este es el primer embarazo comunicado en el país de una paciente con diagnóstico de cáncer de cuello uterino tratada mediante esta técnica. En el momento de escribir el presente artículo, cursa 28 semanas de su embarazo.

CONCLUSIONES

Para poder ser considerado como *gold standard*, un procedimiento quirúrgico debe ser factible, efectivo y seguro. Además, si se utiliza para el tratamiento de pacientes con cáncer, no debe comprometer los estándares de supervivencia. Si bien la traquelectomía radical reúne los primeros criterios, aún faltan datos definitivos en cuanto a la supervivencia. Esto se debe al insuficiente número de casos publicados y al corto seguimiento de muchos de ellos. La condición especial de esta situación hace dificultosa la realización de protocolos prospectivos y aleatorizados con adecuada cantidad de pacientes para detectar diferencias pequeñas en la supervivencia.

Los buenos resultados obtenidos hasta el momento, comparables con la cirugía tradicional y los resultados obstétricos satisfactorios, hacen que la traquelectomía radical sea actualmente, en manos de cirujanos experimentados y en centros especializados, un procedimiento realizable y seguro y que puede ser considerado en pacientes con deseos de fertilidad y tumores pequeños, aclarándose siempre que no es un tratamiento estándar y que se realiza bajo condiciones especiales.

BIBLIOGRAFÍA

- Boss EA, van Golde RJ, Beerendonk CC, et al. Pregnancy after radical trachelectomy: a real option? *Gynecol Oncol* 2005;99(3 Suppl 1):S152-6.
- Burnett AF. Radical trachelectomy with laparoscopic lymphadenectomy: review of oncologic and obstetrical outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18(1):8-13.
- Burnett AF, Roman LD, O'Meara AT, et al. Radical vaginal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy for preservation of fertility in early cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2003;88(3):419-23.
- Covens AL, Shaw P. Is radical trachelectomy a safe alternative to radical hysterectomy for early stage IB carcinomas of the cervix? *Gynecol Oncol* 1999;72(3):443-4.
- Dargent D, Burn JL, Roy M, et al. Pregnancies following radical trachelectomy for invasive cervical cancer. *Gynaecol Oncol* 1994;52:105 [Abstract 14].
- Dargent D, Martin X, Sacchetoni A, et al. Laparoscopic vaginal radical trachelectomy: a treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. *Cancer* 2000;88(8):1877-82.
- Koliopoulos G, Sotiriadis A, Kyrgiou M, et al. Conservative surgical methods for FIGO stage IA2 squamous cervical carcinoma and their role in preserving women's fertility. *Gynecol Oncol* 2004;93(2):469-73.
- Plante M, Renaud MC, Francois H, et al. Vaginal radical trachelectomy: an oncologically safe fertility-preserving surgery. An updated series of 72 cases and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2004;94(3):614-23.
- Schlaerth JB, Spirtos NM, Schlaerth AC. Radical trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine preservation in the treatment of cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(1):29-34.
- Shepherd JH, Mould T, Oram DH. Radical trachelectomy in early stage carcinoma of the cervix: outcome as judged by recurrence and fertility rates. *BJOG* 2001;108(8):882-5.