

## RIESGOS DE LA CIRUGIA DEL CARCINOMA VULVAR

Dr. ROGELIO A. BELLOSO

Queremos inicialmente plantear, en forma breve, la profilaxis del riesgo quirúrgico en el tratamiento del carcinoma vulvar; consiste en inculcar a los médicos en general, las nociones fundamentales para evitar el diagnóstico erróneo de lesiones consideradas y tratadas como benignas, cuando en realidad son precancerosas, potencialmente malignas o realmente malignas. Esto gravita sobre la eficacia y resultados del tratamiento.

Fuera de las lesiones comunes atribuibles localmente a tuberculosis, sífilis, etc., o a enfermedades generales (diabetes, arterioesclerosis, obesidad), existe un grupo de dermatosis vulvares con la categoría de lesiones precancerosas. Y, dentro de él, se destaca fundamentalmente la *leucoplasia*. Todo el mundo debería tener el concepto que la leucoplasia no es una enfermedad focal, sino que toma la vulva; aunque aparentemente las lesiones formen islotes, desde el punto de vista anatomopatológico y, en base a conceptos específicos de esta región que más adelante veremos, la leucoplasia se caracteriza por tener focos multicéntricos y por su difusibilidad. Se ha establecido, en estudios serios, que en el 20 % de los casos de leucoplasias que habían precedido al neoplasma, existían zonas múltiples de carcinomas independientes.

El leucoverruga, la *leucoplasia*, la *eritroplasia*, son lesiones precancerosas que tienen como carácter especial mantener una basal intacta. Otro tanto puede decirse de los cánceres superficiales, "in situ", donde con una histología confusa que no ha podido ser definida en su verdadera estirpe para las distintas lesiones, se agrupan la enfermedad de Paget y la de

Bowen de la vulva; el llamado *ulcus rodens superficial*, que es para unos un epiteloma pagetoide y para otros un epiteloma eritematoide de la vulva. Repetimos que el denominador común, histológico de estas lesiones, es basal intacta.

Y, terminando con este introito, destacamos ante los clínicos, las demoras inexplicables de enfermas presentando lesiones como las reseñadas y a veces típicos carcinomas de vulva, que han sido sometidas a tratamientos inoperantes, postergando así la oportunidad de ser sometidas a la cirugía, cuya eficacia es real y llamativa.

No hay atenuantes ni excusas, frente a lesiones objetivas, superficiales, en las cuales una biopsia fácil y oportuna, permite hacer diagnóstico.

Ahora, en obsequio a la brevedad del tiempo, vamos a citar algunos conceptos de anatomía.

Nos referiremos a los riesgos específicos, propios de esta operación, cuyos fundamentos son los de la anatomía quirúrgica y patológica regional:

#### 1º) CONCEPTO DE UNIDAD VULVAR

La vulva es una unidad anatomopatológica y trófica, como lo viene sosteniendo entre nosotros Stajano, desde hace varias décadas. Siendo un órgano cutáneo, su cáncer se distingue de otros cáncer de la piel, por: a) invade total y difusamente el órgano; b) se propaga por continuidad no respetando territorios ni barreras (uretra, vagina, recto, fosa isquiorrectal); c) coloniza precozmente en los ganglios (dos veces más frecuentes que en el cáncer del cérvix). Además su marcha escalonada, por etapas, da tiempo para actuar (tiempo a menudo desaprovechado por la enferma o su médico).

#### 2º) CONCEPTO DE UNIDAD REGIONAL

Nuestra región operatoria comprende, por un lado, la región vulvar y perianal; y, por otro, la región femoral y la ilíaca. La continuidad de la fosa ilíaca interna con el triángulo de Scarpa, se evidencia por las formaciones anatómicas que le son comu-

nes: psoas iliaco, nervio crural, paquete vascular, vaina célulo-ganglionar perivascular, pasando todos por debajo de la arcada crural. Esta última es una dependencia de la pared abdominal, y su verdadera continuidad anatómica son los órganos genitales externos.

Como nuestra operación es también y fundamentalmente una exéresis ganglionar, diremos dos palabras acerca de los ganglios. La escuela anatómica uruguaya, viene enseñando desde Quintela, May, que los ganglios de la región inguinal forman un solo block con el tejido celular del triángulo de Scarpa. Este block, apoya y desliza sobre la aponeurosis femoral, disponiéndose alrededor del paquete vascular. Es cierto que los ganglios están a distintos niveles, pero no separados por fascias artificiosas, que el cirujano ni ve ni disecciona en su exéresis. Los ganglios crurales son pues, supraaponeuróticos: los más profundos afincan contra las venas, los más superficiales contra la piel. Los ganglios realmente profundos son los ilíacos: retrocrurales, ilíacos externos e internos, obturadores. Todos estos ganglios están alojados en las vainas céluloadiposas perivenosas, definidas y en continuidad; hecho que indica el rumbo de su correcta exéresis en un solo block o en continuidad.

### 3º) VALOR DE LAS ADENOPATIAS

Otro concepto muy importante para no incurrir en errores diagnósticos y terapéuticos, concierne a las adenopatías. La adenopatía es positiva, en el 67 % de los casos; bilateral, en el 53 %; contralateral frecuentemente. Way, sostiene, con opiniones en contra, haber encontrado 3 % de ganglios profundos sin que los superficiales estuvieran tomados.

La palpación como elemento diagnóstico no sirve: es falaz; el 18 % de los ganglios palpables no son neoplásicos; pero entre los no palpables, el 43 % son neoplásicos. Lo importante es pensar en el porcentaje de metástasis posibles cuando la enferma consulta, y no cuando se hace la autopsia. . .

En cuanto a las vías linfáticas diremos sumariamente que todo el avenamiento de la "vertiente marginal" llega a los ganglios del triángulo de Scarpa y de allí pasa a los retrocrurales, hipogástricos y lumboaórticos:

- la red emanada del glande clitorídeo, sigue un trayecto profundo y ascendente para constituir el plexo presinfisiario, que desagua por dos troncos: superficial o superior, que sigue con el ligamento redondo y va al retrocruel externo, por fuera de la arteria ilíaca; el tronco inferior, va al triángulo de Scarpa, cruza el anillo crural, desagua en el Cloquet y el retrocruel interno;
- la red perimeáticovestibular, recoge la linfa de una zona limítrofe entre lo mucoso y lo cutáneo. La porción vestibular es tributaria de los ganglios inguinales superficiales. La porción meática, interna, da linfáticos profundos, retroúbicos; unos van al ganglio retrocruel interno; otros repuntan por la cara anterior de la vejiga y terminan en los ilíacos internos y medios; otros, siguiendo el curso de la arteria pudenda interna, desaguan en los ganglios presacros, vecinos al promontorio.

#### RIESGOS PROPIOS AL ACTO OPERATORIO

La cirugía del carcinoma vulvar, insuficiente en sus comienzos, completada con la adenectomía inguinocrural después, se realiza hoy como una cirugía mayor ensanchada; el tipo, tamaño y grado microscópico de la lesión tienen poco valor frente a la propagación linfoganglionar posible, la que se pretende vencer con una adecuada y amplia operación. Ciñéndonos puramente a los riesgos propios de la misma diremos: a) la vulvectomía por lesiones precancerosas y cancerosas debe ser muy amplia, como lo exige la universalidad aparente o potencial de la lesión; es inadmisibles cometer el error de exéresis parciales, origen de las recidivas "in situ" o marginales que todos hemos visto cuando el cirujano opera más con criterio cosmético que curativo. Frente a un mal despiadado no hay que vacilar en reseca uretra o vagina en la proporción necesaria, si el caso lo exige.

Como principio general aplicable a las técnicas que más adelante veremos, sostenemos que la disección de los colgajos debe llevarse lo más lejos posible, procurando dejar contra la piel algo de grasa y separando junto con la grasa areolar más profunda, todos los ganglios inguinales que se encuentran, como lo vimos

antes, en su espesor; hay diferencias entre delgadas y obesas. Procediendo así se minimiza el riesgo de abandonar o seccionar ganglios, con el peligro de las recidivas "in situ", pero, si los colgajos son excesivamente desollados, su necrosis es la regla.

El curaje del triángulo de Scarpa, se hace por disección concéntrica hacia el paquete vascular; seccionar por fuera, la aponeurosis del sartorio y psoas iliaco, evitando lesionar el fémorocutáneo y el femoral; llegados al ángulo inferior se liga abajo la safena y troncos linfáticos ascendentes si los hay; luego extirpamos por dentro la fascia del adductor medio y la más resistente del pectíneo, cuya disección nos lleva por detrás de la vena femoral, riesgo que evitamos cuidadosamente. Llegados al paquete tenemos en un solo block grasa y todos los ganglios inguinales, centrados alrededor del pedículo de la safena cuyo cayado ligamos y seccionamos ahora, lo mismo que las pequeñas venas superficiales de la región; el paquete vascular y los músculos deben quedar limpios de fascia y tejido areolar; la aponeurectomía busca evitar el edema postoperatorio de los miembros inferiores.

El vaciamiento ilíaco ensanchando la operación del carcinoma vulvar, la transformó en una operación más importante, más exigente en la anatomía y permitió mejorar los índices de supervivencia prolongada. Realizado siempre por vía extraperitoneal, corresponde a Pringle el mérito de emplearlo por primera vez hace cincuenta años; su enferma sobrevivió treinta años. Superada la etapa de los cirujanos que sólo se contentaban con el vaciamiento inguinal y la ablación del Cloquet, podemos definir las preferencias actuales en tres maneras de proceder para penetrar en el Bognos: a) al través del canal inguinal; b) los que seccionan el oblicuo mayor por encima del canal inguinal; c) los que seccionan o desinsertan la arcada femoral o ligamento inguinal.

Las incisiones más empleadas son las de: Taylor-Nathanson, la de Ruprecht-Kehrer; la incisión arciforme, ya empleada en el siglo pasado por Berkeley-Bonney y, actualizada por Ulfelder, Parson, Green, Meigs; la incisión en triángulo de Way, cuyo antecedente histórico está en el colgajo oblicuo ovalar de Pack y Recker, colocada sobre la zona inguinal; la muy reciente de Gray y Bayler (1956).

La incisión de Taylor-Nathanson, muy buena para el vaciamiento del triángulo de Scarpa, aborda los ganglios ilíacos, por herniolaparotomía, ésta tiene que ser muy amplia, para dar buena luz, creando dificultades en lo profundo; debilita además una zona abdominal importante; requiere una reparación completa; la herniorrafia debe ser similar a la cura de una hernia crural, suturando las aponeurosis al Cooper; soporta además el riesgo de las eventraciones postoperatorias.

Empleando la incisión arciforme, que va de espina iliaca anterior de un lado a la del otro, el vaciamiento ilíaco se hace a través de una abertura sobre la aponeurosis del oblicuo mayor; con ella se respeta la arcada y el canal inguinal; la brecha amplia facilita la operación; el cierre es sencillo y seguro. Esta incisión es menos buena para el curaje inguinal y las resecciones aponeuróticas: hay que traccionar bastante los colgajos sin que sea un inconveniente mayor; la hemos empleado desde 1954.

Way, a quien consideramos autoridad en esta cirugía, traza un colgajo triangular a vértice en la espina iliaca ánterosuperior y base entre la espina púbica y el nivel de confluencia safenofemoral. Con la resección de este colgajo, Way suprimió el riesgo de la disección del colgajo único y patentizó su conocimiento de la topografía ganglionar. Había observado que si dejaba mucha grasa, con el tegumento le quedaban ganglios que luego recidivaban o se hacían aparentes; si disecaba a fondo, sacaba todos los ganglios, es cierto, pero su colgajo iba a la necrosis y la cicatrización era un desastre. Creo que todos los que hacemos esta cirugía, tenemos algún caso similar para recordar. Way, llega a los ilíacos seccionando la arcada femoral; su experiencia de veinte años en cirugía de equipo, enfrenta con buena estadística este riesgo; no olvidemos, en efecto, el respaldo que da a la fisiología parietoabdominal la conservación anatómica de la arcada, que tutela también la integridad del canal inguinal y sus orificios.

La técnica de Gray-Bayler, cuya incisión se eleva contorneando la cresta iliaca hasta el flanco, como vemos en la proyección, presenta la novedad de seccionar los músculos un centímetro, por dentro de la cresta iliaca y del ligamento inguinal en la espina iliaca anterior; rebate hacia adentro ese gran colgajo obteniendo una amplísima exposición del compás de las ilíacas

primitivas; la disección de la vaina céluloganglionar, comienza desde los ilíacos primitivos, sigue por los externos hipogástricos y obturadores, para continuarse, con los retrocruales e inguinales, hasta la confluencia safenofemoral; allí liga el cayado y completa el curaje del triángulo femoral, colocando una segunda ligadura abajo sobre la safena, cuando ésta aborda su ángulo inferior. Cierra suturando los músculos a la cresta ilíaca en un solo plano; la arcada la sutura al borde interno del sartorio y el ileopectíneo, con puntos separados de catgut fino, irreabsorbible. Hay que evitar el riesgo de hacer esa sutura compresiva para el paquete vascular. Deja dos drenajes: uno subinguinal, y otro en el ángulo inferior de la incisión.

Para terminar este capítulo de riesgos operatorios en la cirugía del carcinoma vulvar, destaquemos que la adenectomía se conduce disecando la vaina celular perivenosa que contiene los ganglios: puede suceder que una adenopatía, muy adherente e infiltrante, obligue a una resección, o se plantee la oportunidad de suturar un desgarró vascular. Este, no es un riesgo propio a la cirugía de esta región: el cirujano debe solventarlos sin apremios. Señalemos la necesidad de conservar la vena circunfleja ilíaca profunda, porque ella es la única capaz de mantener una circulación colateral suficiente en caso de ligadura o resección de la vena ilíaca interna.

El vaciamiento ilíaco exige penetrar en la pequeña pelvis, en la fosa obturadora, albergue de uno de los ganglios centinelas en el carcinoma vulvar; sucede que en el intento de extirpar digitalmente el ganglio obturador, puede producirse hemorragia del delicado e intrincado plexo venoso allí vecino. Sabiendo que en este vaciamiento el límite inferior lo da el nervio obturador, conviene, para mejor exponer la fosa obturadora, traccionar del pedículo ilíaco hacia arriba y adentro, mientras con el dedo o separador adecuado levantamos la arteria y vena ilíacas externas. Esta maniobra facilita mucho la exposición del nervio y la exéresis del ganglio. En caso de hemorragia venosa, profunda y fastidiosa, no apurarse a querer clampear: hacer hemostasis por compresión durante un tiempo y, luego con pinzas curvas romas o pasa hilos, colocar las ligaduras; completando a necesidad y por excepción, con spongostan u oxixel. Los ganglios y el plexo

presinfisiario, deben ser cuidadosamente pesquisados, para evitar las recidivas o aparición del neoplasma en el postoperatorio; si así sucede, deberá reoperarse.

Salvo casos excepcionales, somos partidarios de la operación en un solo tiempo; la adenectomía diferida, es cierto que puede facilitar la llegada a los ganglios de aquellas células neoplásicas residuales de la primera operación; pero se corre el riesgo de diferir la segunda operación por deseo, impedimento, o rémora, tanto del paciente como del cirujano, en el peligro, cierto entonces, de una segura diseminación metastásica.

### RIESGOS EN EL POSTOPERATORIO DEL CARCINOMA VULVAR

Superados el shock y la hemorragia por una técnica atraumática, una hemostasis rigurosa, la protección de las zonas cruentas con compresas de suero tibio; la venoclisis de plasma y sangre a necesidad y, dejando de lado los riesgos comunes a la cirugía mayor, trataremos someramente tres puntos: porvenir del colgajo, edema inmediato y mediato, hemorragias vasculares.

Vimos que el peligro de la necrosis de los colgajos, se previene: no desollándolos excesivamente; dejándolos bien irrigados; no traccionándolos, ni mortificar sus bordes durante la operación; realizar las plastias de deslizamiento que evitan las suturas tensas. El edema del miembro inferior, complicación específica de esta cirugía, se previene durante la operación, reseccando las aponeurosis; evitando la acumulación de linfa y suero mediante la colocación de un vendaje elástico, compresivo, desde el talón hasta la parte superior del muslo; elevación de las extremidades 24 a 72 horas, mediante almohadas; bolsa de hielo inguinal. Reposo en cama de siete a diez días, pero con quinesiterapia pasiva y activa desde los primeros momentos; evitar la infección: antibióticos, curaciones limpias, acortamiento progresivo de los avenamientos; continuar con el vendaje elásticos de cuatro a doce semanas.

El riesgo de las hemorragias postoperatorias por erosión vascular, obedece a un error de técnica; dejar abandonado un ganglio neoplásico junto a los vasos; o falta de protección del paquete vascular superficial, por colgajos insuficientes, mal nu-

tridos, que van al esfacelo. Se evita haciendo la plastia del sartorio: la cinta muscular se desinserta de la espina iliaca, y se sutura a la arcada crural. Hay que pensar en este riesgo: Way, en su serie tiene cinco hemorragias súbitas, con tres fatales; la obliteración del espacio muerto con el sartorio acolchona y protege a los vasos superficiales subyacentes.

Los injertos mediatos o inmediatos pueden exigir la colaboración del cirujano plástico cuando no se domina su técnica.

Las recidivas "in situ" o en los márgenes de los colgajos, evidencian el olvido de la anatomía patológica regional con sus focos multicéntricos, a veces inaparentes; el abandono de ganglios o su fragmentación intraoperatoria; el abandono de los linfáticos perisinfisarios.

Las cicatrices viciosas, estelares, retráctiles y compresivas de los troncos venosos dan edema crónico; su profilaxis, está en la plastia del sartorio y en la movilización de colgajos, con utilización de injertos si fuere necesario. Y, para terminar, no olvidar las gruesas eventraciones postoperatorias, que se previenen o se tratan, suturando el tendón conjunto al ligamento de Cooper.