

## Editorial

### La vía de abordaje de la histerECTOMÍA radical

Pluvio J. Coronado Martín

Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Universidad Complutense de Madrid

Dr. Pluvio J. Coronado Martín: La vía de abordaje de la histerectomía radical.

Seclaendosurgery.com (en línea) 2010, nº 33. Disponible en Internet.

[http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=91&Itemid=93](http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=93). ISSN: 1698-4412

La histerectomía radical clásicamente se ha considerado como el tratamiento estrella del cáncer de cérvix en estadio inicial y representa el procedimiento quirúrgico sobre el útero más complejo de la ginecología. Consiste en la extirpación del útero (con o sin anejos) con extensión del tejido paracervical, que incluye los parametrios, los ligamentos uterovesicales (parametrio anterior) y uterosacros (parametrio posterior). Este acto quirúrgico no está exento de morbilidad por la proximidad de estructuras vecinas que pueden lesionarse en su realización, como es el caso del uréter, el recto y la vejiga, así como el sistema nervioso autónomo representado por el nervio hipogástrico, cuya afectación puede ocasionar disfunción urinaria.

La historia de la histerectomía radical se remonta a la última década del siglo XIX cuando Clark en 1895 estableció el primer procedimiento quirúrgico radical abdominal para tratar el cáncer de cuello uterino. Más tarde, en 1902, Schauta desarrolló la técnica de la histerectomía vaginal radical, con una amplia morbimortalidad. Wertheim 10 años después fue quien estableció la técnica definitiva de la histerectomía abdominal radical y aun está vigente. La extirpación ganglionar se añadió más adelante cuando se demostró la evidencia de los patrones de diseminación ganglionar, siendo en la actualidad un procedimiento obligado. Hoy en día, las distintas sociedades científicas están de acuerdo en que la histerectomía radical más adecuada para el tratamiento del cáncer de cérvix precoz (estadios FIGO Ia1 con invasión vasculolinfática al IIa1) y para el cáncer de cuerpo uterino con afectación cervical es la

denominada tipo II de Piver o Tipo B de la nueva clasificación vigente de Querleu/Morrow. Este tipo de histerectomía radical implica la disección del uréter en el punto de entrada en vejiga, la exéresis de vagina superior, el tejido paracervical y mitad medial de parametrio y uterosacro preservando la innervación vesical (“nerve-sparing”). Esta técnica permite una menor morbilidad con un buen control de la enfermedad, lo cual ha desplazado la clásica histerectomía radical de Wertheim (tipo III de Piver) a casos seleccionados. La necesidad de reducir la morbilidad ha impulsado la búsqueda de técnicas y procedimientos quirúrgicos con mayor control de las estructuras vecinas. Además otro aspecto importante a destacar es la tardía maternidad de las mujeres de este siglo, que permite plantear la cirugía conservadora de la fertilidad en el cáncer de cérvix mediante la conización cervical o la traquelectomía

La reducción del daño al paciente y el concepto de cirugía mínimamente invasiva han incitado la búsqueda de nuevas vías de abordaje. Esto sumado a la introducción de la laparoscopia ha permitido una reducción significativa de la morbilidad de este tipo de cirugía radical. La escuela francesa de Dargent modificó la clásica cirugía vaginal de Schauta para permitir un abordaje combinado vaginal y laparoscópico mediante la denominada histerectomía radical vaginal asistida por laparoscopia o “Celio-Schauta”. Con esta técnica, se mejoraba el dolor y la recuperación de la mujer, pero no se controlaba bien la preservación nerviosa. En este sentido, la histerectomía radical realizada completamente por laparoscópica (histerectomía radical laparoscópica) tiene como ventaja con respecto a la vía vaginal la mejor visión de las estructuras anatómicas permitiendo un mejor control del sangrado y la posibilidad de evitar la incisión de Schuchardt, realizada en la vía vaginal para ampliar la vagina, que conlleva mayor dolor y complicaciones postoperatorias. Adicionalmente, la mejor visión anatómica puede reducir el riesgo de lesión ureteral y de las lesiones del plexo hipogástrico.

La introducción de la cirugía robótica en ginecología ha ofertado la posibilidad de optimizar muchos aspectos dificultosos en la técnica de la histerectomía radical. Así, la visión tridimensional permite al cirujano una mejor apreciación de las estructuras vasculo-nerviosas pélvicas, evitando su lesión. Además, la posibilidad de manejar unas pinzas articuladas da una mayor precisión y versatilidad a la cirugía, pudiendo realizarse mejor las preservaciones nerviosas y la disección del uréter, pasos complicados en esta técnica quirúrgica. Estudios recientes han demostrado la ventaja de la cirugía mínimamente invasiva sobre la convencional laparotómica, y sobre todo de la robotizada. Un reciente estudio que compara la histerectomía radical laparotómica con la laparoscopia convencional y la cirugía robótica ha demostrado las ventajas de la realización de una histerectomía robotizada frente a las demás vías, sobre todo a la laparotómica convencional. La menor estancia hospitalaria y la menor pérdida de sangre, asociadas a la mayor ergonomía y precisión de la disección hacen de la histerectomía radical realizada mediante cirugía mínimamente invasiva, y sobre todo de la asistida por robot, el paradigma de la cirugía del cáncer de cérvix. Por otro lado se ha

demostrado que la cirugía robótica, no solo es mejor y más versátil, sino que el control de la enfermedad es adecuado. No obstante, la decisión de la vía abdominal, vaginal, laparoscópica o robótica, deberá establecerse de acuerdo a las características del paciente y a la experiencia del cirujano para poder así ofertar las mayores garantías en el control de la enfermedad oncológica a tratar.

### Referencias

Cibula D, Velechovska P, Sláma J, Fischerova D, Pinkavova I, Pavlista D, Dundr P, Hill M, Freitag P, Zikan M. Late morbidity following nerve-sparing radical hysterectomy. *Gynecol Oncol*. 2010 Mar;116(3):506-11. Epub 2009 Nov 10.

Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *BMJ*. 2008 Sep 18;337:a1343. Doi: 10.1136/bmj.a1343.

Querleu D. Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy. *Ginecol Oncol* 1993;51:248-54

[Zakashansky K, Lerner DL](#). Total laparoscopic radical hysterectomy for the treatment of cervical cancer. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008 May-Jun;15(3):387-8.

Javier F. Magrina, Rosanne M. Kho, Amy L. Weaver, Regina P. Montero, Paul M. Magtibay. Robotic radical hysterectomy: Comparison with laparoscopy and laparotomy. *Gynecologic Oncology* 2008;109:86–91.

Cantrell LA, Mendivil A, Gehrig PA, Boggess JF. Survival outcomes for women undergoing type III robotic radical hysterectomy for cervical cancer: a 3-year experience. *Gynecol Oncol*. 2010 May;117(2):260-5. Epub 2010 Feb 13.