

Hemipelvectomía ampliada: calidad de vida 20 años después

Quality of life after extended hemipelvectomy: 20 years later

M. Echenique-Elizondo*, J. Corcuera**, J. Usabiaga***, P. Armendáriz****

* Profesor Titular de Cirugía. UPV-EHU. Unidad Docente de Medicina de Donostia-San Sebastián

** Médico Adjunto. Servicio de Traumatología. Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián

*** Catedrático de Traumatología y Ortopedia. Universidad del País Vasco. Jefe de Servicio de Traumatología. Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.

**** Jefe de Sección de Traumatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia

RESUMEN

Se presenta un caso de osteoclastoma maligno recidivado localmente en dos ocasiones y tratado mediante hemipelvectomía ampliada, con cistectomía total y neovejiga rectal, controlada durante 20 años. La paciente conduce su propio vehículo, desempeña una labor administrativa en una institución pública y se encuentra libre de enfermedad pasado éste tiempo.

PALABRAS CLAVE: Hemipelvectomía, Neoplasia, Pelvis, Calidad, Vida.

SUMMARY

A case of malignant osteoclastoma recurrent locally after surgery and radiation therapy is presented. An extended hemipelvectomy was done including hysterectomy, anexectomy and cistectomy and uretero-rectal anastomosis. After 20 years follow-up patient drive her own vehicle has a public administrative job and is free of disease.

KEY WORDS: Hemipelvectomy, Neoplasms, Pelvis, Quality, Life.

LABURPENEA

Osteoklastoma gaizto kasu bat aurkeztzen da, bi aldiz zati mugatu batean beragertua eta hemipelbektomia zabaldu bidez tratatua, zistektomia total eta ondesteko neomaskuriarekin, 20 urtean zehar kontrolatua. Pazienteak gai da bere autoa gidatzeko eta erakunde publiko batean administrari lanetan jarduteko, eta gaixotasuna ez da oztopo bizi-kalitate egokia edukitzeko.

HITZ NAGUSIAK: Hemipelbektomia, Neoplasia, Pelbis, Bizi-kalitatea.

Correspondencia.

Prof. Miguel Echenique-Elizondo
Unidad Docente de Medicina de Donostia-San Sebastián.
Paseo Dr. Beguiristain, 105
20014 Donostia-San Sebastián
Tel.: 943017319
Fax: 943017330
Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es
Recibido: 13-12-02
Aceptado: 01-10-03

Las primeras descripciones de la hemipelvectomía hacían énfasis en la cuidadosa selección de pacientes y la importancia de la pérdidas hemáticas y su reemplazo. Posteriores descripciones se refieren a nuevas técnicas quirúrgicas (1). Las publicaciones recientes muestran tasas bajas de morbi-mortalidad y una calidad de vida aceptable en pacientes seleccionados (2). Estos estudios de calidad sugieren que la morbilidad a largo plazo que acompaña a éstos procedimientos radicales no es mayor que la que se aprecia en otros tratamientos radicales en otras formas de cáncer. El presente caso es ilustrativo y apoya éstas afirmaciones (3).

Caso clínico

Mujer de 20 años tratada con anterioridad por tumor en rama horizontal de pubis –couretage y relleno de esponjosa–, presentó recidiva local siendo tratada con radioterapia externa –110Gy– que determinó importantes alteraciones cutáneas junto con un linfedema masivo de extremidad inferior derecha. Ante la existencia de una nueva recidiva es vista en nuestro hospital (Figura 1). Fue intervenida practicándosele una hemipelvectomía, ampliada, con colgajo posterior, dada la mala situación de la piel radiada anteriormente, cistectomía total y anastomosis uretero-rectal bilateral, anexectomía derecha e hysterectomía –Figuras 2 y 3–. El postoperatorio transcurrió sin inci-

dencias. No se realizó tratamiento complementario. La paciente se encuentra libre de enfermedad pasados 20 años (Figura 4). No ha presentado episodios de miembro fantasma, ni hernia a través del colgajo con el que se reparó el defecto. Ha presentado tres episodios de litiasis reno-ureteral solucionados con litotricia extracorpórea y medicación de mantenimiento, conduce su propio vehí-



Fig. 2: Pieza de Resección (Año 1982).



Fig. 1: Paciente en el momento de ser atendida (Año 1982).



Fig. 3: Resultado funcional a los 6 meses.

culo adaptado, desempeña su labor administrativa en una institución pública y se encuentra adaptada a su situación vital con una calidad de vida que considera gratificante.

Discusión

Actualmente existen varias posibilidades alternativas a la hemipelvectomía en pacientes seleccionados, lo que no estaba establecido hace dos décadas y las indicaciones no se encontraban bien establecidas, tal y como sucede en el caso presente. Técnicas quirúrgicas para la excisión de la hemipelvis con preservación de la extremidad se encuentran en fase de desarrollo (4,5). El empleo de un colgajo anterior para el cierre del defecto resultante debe ser considerado siempre por resultados cosméticos y funcionales, siempre que sea posible. Asimismo deben respetarse dos principios quirúrgicos esenciales: (A) Mantener el movimiento de la extremidad ante resecciones en tensión y (B) Los músculos deben ser divididos lo más cerca posible de su inserción ósea con el fin de minimizar las pérdidas hemáticas y mantener márgenes adecuados de resección. La hemipelvectomía es requerida a menudo ante recidivas locales tumorales en extremidades tratadas por resección seguida de radioterapia. En estas circunstancias debemos seleccionar cuidadosamente la forma de elaborar los colgajos cutáneos para asegurar la viabilidad de los mismos. Como en el presente caso, un gran tumor recidivado puede ser tratado mediante un colgajo posterior y resultar adecuado (6). Otros posibles beneficiarios de éste proceder podrían ser casos de carcinomas recidivados de recto, ano o pene que afecten la pared lateral pelviana. La incisión ósea debe pasar a través de los orificios neurales sacros y todas las estructuras invadidas adyacentes deben ser extirpadas, pudiendo incluir vejiga, recto y genitales internos en el caso de la mujer. Las técnicas actuales de imagen, TAC y RMN proporcionan datos adecuados para la determinación del grado de afectación tumoral de dichas estructuras y la existencia de diseminación a distancia y descartar metástasis ganglionares retroperitoneales, hepáticos y/o pulmonares. El enema opaco y la rectosigmoidoscopia deben emplearse para descartar afectación rectal. La cistoscopia, cistografía y pielografía deben completar el estudio en caso de afectación pelviana. La hernia a través del cierre del defecto ocurre ocasio-



Fig. 4: Paciente (Año 2002)

nalmente y se encuentra relacionado con el desarrollo de obesidad que se produce en éstos pacientes al disminuir su movilidad. El mantenimiento de una porción del glúteo mayor y de la fascia glútea en el colgajo posterior minimizan estas complicaciones. El encamamiento en el período postoperatorio ayuda a disminuir la aparición de éste problema. La elección del momento para la intervención es importante. (7) para que los efectos tanto psicológicos como fisiológicos pueden ser optimizados. Debido a problemas de cicatrización posibles tanto la fascia como la piel deben ser meticulosamente suturados.

Estos pacientes cancerosos presentan enormes problemas psicológicos ante la hemipelvectomía. No existe solo una amenaza de la extremidad, sino una amenaza vital. El proceso rehabilitador debe comenzar incluso en el momento de la estadificación. Un equipo médico multidisciplinar debe desarrollar una relación honesta y franca con el paciente e incluirlo en el proceso de toma de decisiones lo que facilita la adopción de medidas radicales de forma satisfactoria. La mayoría de los pacientes sometidos a hemipelvectomía

experimentan una sensación importante de miembro fantasma (8), que en series amplias supone un grave problema invalidante sobre todo durante el primer año. No existe una solución definitiva para éste problema. La estimulación transcutánea nerviosa puede ser eficaz en ocasiones, así como medicación anticonvulsivante como la difenilhidantoína. La alcoholización ó fenolización de los troncos nerviosos seccionados ha sido recomendada, aunque los resultados registrados no han sido concluyentes. Todo ello resulta en un grave problema tras la hemipelvectomía (9) y representar un problema mayor para el paciente que la propia pérdida de la extremidad.

El proceso rehabilitador está claramente influenciado por la actitud del paciente y el papel del psiquiatra en éste sentido puede suponer una tremenda ayuda. La rapidez de la recuperación y ambulación son profundamente estimulantes para en éstos casos así como el contacto con pacientes en la misma situación, como ha sido demostrado (10).

Referencias bibliográficas

1. Persson B. Lower limb amputation. Part 1: Amputation methods--a 10 year literature review. *Prosthet Orthot Int* 2001;25:7-13.
2. Somville J, Van Bouwel S. Surgery for primary bone sarcomas of the pelvis. *Acta Orthop Belg* 2001;67:442-7.
3. Boyle MJ, Hornicek FJ, Robinson DS, Mnaymneh W. Internal hemipelvectomy for solitary pelvic thyroid cancer metastases. *J Surg Oncol* 2000;75:3-10.
4. Wirbel RJ, Schulte M, Maier B, Mutschler WE. Megaprosthesis replacement of the pelvis: function in 17 cases. *Acta Orthop Scand* 1999, 70:348-52.
5. Pant R, Moreau P, Ilyas I, Paramasivan ON, Young D. Pelvic limb-salvage surgery for malignant tumors. *Int Orthop* 2001;24:311-5.
6. Caceres E, Leon L. Modified hemipelvectomy. *J Surg Oncol* 1999;71:66-7.
7. Wirbel RJ, Schulte M, Mutschler WE. Surgical treatment of pelvic sarcomas: oncologic and functional outcome. *Clin Orthop* 2001;390:190-205.
8. Zaffer SM, Braddom RL, Conti A, Goff J, Bokma D. Total hip disarticulation prosthesis with suction socket: report of two cases. *Am J Phys Med Rehabil* 1999;78:160-2.
9. Fainsinger RL, de Gara C, Perez GA. Amputation and the prevention of phantom pain. *J Pain Symptom Manage* 2000;20:308-12.
10. Short CA, O'Connell CM, Kirby RL, de Saint-Sardos JJ, Reid CA. Prostheses for persons with lower-limb amputations: an extra joint increases range of motion. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:854-6.