

I/134/76

VACIAMIENTO INGUINO ILIACO EN LESIONES MALIGNAS DE GENITALES  
EXTERNOS Y MIEMBROS INFERIORES.

Por Hernando Maldonado Bernal.

Trabajo efectuado en el Instituto Nacional de Cancerología  
en 1.974 para obtener el título de especialista en Cirugía  
Gral.

Fecha de entrega: Abril 2 de 1.976.

VACIAMIENTO INGUINO ILIACO EN LESIONES MALIGNAS DE GENITALES EXTERNOS  
Y MIEMBRO INFERIOR !

Por Hernando Maldonado Bernal !!

Historia.- En 1.908 Pringle describió la extirpación de los ganglios inguinales, femorales e ilíacos para el tratamiento del melanoma maligno, con una supervivencia de 30 años. Basset describió, en 1.912, su técnica operatoria con disección de los ganglios inguinales, en el tratamiento del carcinoma del clítoris. Pack y Recker publicaron en 1.942, un relato de su experiencia en 122 casos de disección inguinal describiendo su método detalladamente. Daseler y Col en 1.948 pasaron revista a la anatomía quirúrgica de la zona inguinal en 450 piezas anatómicas y describieron la técnica quirúrgica que más tarde desarrollaron. En 1.948 Baronofsky describió, en detalle, la técnica para la disección de los ganglios inguinales sin intentar la extirpación de los ganglios ilíacos u obturadores. Frieden describió en 1.949 la técnica que empleaba la vía inguinal para llegar al espacio retroperitoneal haciendo notar que el ligamento inguinal podía ser dividido si fuera necesario. Mendelsohn y Mansfield conservaban el ligamento y llegaban al espacio retroperitoneal a través de una incisión separadora del músculo por encima de aquel. Hovnanian describió, en 1.952, una nueva técnica en la cual se trepanaba la espina iliaca anterior y superior, se la legraba y desviaba hacia la línea media conjuntamente con el ligamento interno adherido a la misma para tener acceso a los ganglios retroperitoneales. La disección inguinal superficial y profunda era lograda con igual técnica que los otros autores. Hovnanian volvía a reconstruir el ligamento uniendo la espina iliaca anterior y superior al hueso mediante un alambre. Landry, Wall y Arnold, así como Woodhall y también Gumport y Meyer describieron sus respectivas técnicas y en cada una de ellas se asignaba un lugar destacado a la conservación del ligamento inguinal. Pachon entre nosotros y Gray y Bailey describieron por la misma época 1.957, su técnica y cuyo mérito radica en la forma de abordar los linfáticos retroperitoneales, desprendiendo la arcada inguinal en toda su longitud y seccionándola un cms por dentro de su inserción en la espina iliaca anterior y superior. En los últimos 15 años numerosos autores han descrito técnicas similares basadas en los principios fundamentales de las técnicas anteriores en las cuales los autores modifican algún detalle.

## Anatomía de los ganglios linfáticos de la región inguino iliaca.-

La detallada descripción de Rouviere de la anatomía del sistema linfático y, más recientemente, el tratado de Daseler han contribuido grandemente a mejorar la técnica quirúrgica de la disección inguinal. Hablando en términos generales, los ganglios linfáticos inguinales se hallan situados en la zona limitada en su parte superior por el ligamento inguinal; por debajo por una línea que cruza el punto de intersección de los músculos sartorio y adductor largo, en su parte externa por una vertical que pasa por la espina iliaca anterior y superior y por su parte interna por una vertical que pasa por la tuberosidad del pubis. Los ganglios pueden ser divididos en dos grupos: Ganglios inguinales superficiales y ganglios inguinales subinguinales. Los primeros se encuentran por debajo del ligamento inguinal y por encima de la unión safeno femoral. Los ganglios subinguinales están por debajo de la unión safeno femoral y, a su vez, se dividen en dos grupos: superficiales y profundos. Los ganglios subinguinales superficiales están colocados a cada lado de la parte superior de la safena interna y por fuera de la fascia lata. Los ganglios subinguinales profundos se hallan situados por debajo de la fascia lata y junto a la vena femoral, en continuidad con los ganglios femorales e iliacos. Los ganglios inguinales superficiales varían en número de 4 a 25 y de 0.6 a 10 cms en tamaño, estando ese tamaño generalmente en proporción al número total de ganglios, excepto en los casos de invasión maligna.

Rouviere divide los ganglios inguinales en 5 grupos, trazando líneas imaginarias horizontales y verticales a través de la unión safeno femoral, creando así cuatro cuadrantes y un área central en dicho lugar, generalmente se encuentran de 3 a 4 ganglios linfáticos en cada sector, aunque en ciertas ocasiones se encuentran hasta 9.

El cuadrante superior lateral contiene un mayor número de ganglios linfáticos que los restantes. Se considera que reciben los linfáticos aferentes de la región glútea superior, de la parte lateroposterior del abdomen, por debajo del nivel del ombligo y ocasionalmente de la piel del pene.

En cuanto al cuadrante superointerno se ha observado que un extremo contiene 7 ganglios linfáticos, y ninguno en el otro. Recibe linfáticos cutáneos aferentes de las porciones umbilical e infraumbilical del abdomen, periné y área cutánea del ano, escroto, piel peneana, clítoris, vulva y parte de los genitales externos fuera del himen y, raramente del grande del pene y del clítoris. Daseler y Col. hallaron que estos ganglios del cuadrante superior pueden estar hasta un cms por encima del nivel del ligamento inguinal.

El cuadrante infero interno contiene así mismo un número variable - de ganglios linfáticos. Los mismos reciben linfáticos aferentes generalmente de la piel del periné, área anal cutánea, escroto, vulva cara interna de muslo, pierna y pie, y, raramente del glande del pene y zonas adyacentes.

El cuadrante infero externo puede contener hasta 9 ganglios o no contener ninguno. Recibe conductos aferentes principalmente de la piel de la superficie anterior, externa y posterior del muslo, pierna y pie, de la piel de la porción caudal de la región glútea y, ocasionalmente de la piel del periné.

La región central situada inmediatamente por encima de la unión safeno femoral, contiene solo 1 ganglio, aunque a veces éste se halla ausente. Cuando existe, el mismo recibe linfáticos aferentes directamente de la piel del escroto y pene y vulva. También puede drenar el periné y cualquier otra zona.

Los ganglios inguinales superficiales son drenados mediante linfáticos aferentes especialmente hacia el grupo de ganglios ilíacos externos situados a lo largo del curso de la arteria y venas ilíacas externas. Sin embargo, los mismos pueden también volcarse en los ganglios inguinales profundos que se hallan situados por debajo de la fascia lata en el triángulo femoral.

Los ganglios inguinales profundos se hallan localizados a lo largo del curso de la arteria femoral, así como de la arteria y vena femorales profundas. Se encuentran subyacentes a la fascia lata, principalmente en el triángulo femoral. La cadena puede extenderse hacia el interior del canal de los aductores y por dentro, se prolonga por debajo del ligamento inguinal para fusionarse con ganglios del grupo ilíaco externo. Los ganglios profundos se hallan alojados dentro de la capa adiposa de la vena femoral. Esta vaina deriva de las capas faciales abdominal y pelviana, de la fascia del trasverso abdominal y del ileopectíneo respectivamente. Desciende el muslo por debajo del ligamento inguinal a medida que los vasos ilíacos externos se convierten en femorales. El miembro más constante y generalmente el más grande de ésta cadena profunda de ganglios, es el ganglio de Rosenmuller o Cloquet que se halla situado en el conducto femoral por debajo del ligamento inguinal y en posición interna respecto a la vena.

Los ganglios linfáticos ilíacos se hallan asociados con los vasos ilíacos externos, hipogástricos o ilíacos internos, e ilíacos primitivos y reciben los mismos nombres. Los ganglios colocados en la parte distal continúan con los del grupo inguinal, mientras que los ganglios proximales continúan a los aórticos o lumbares. Los ganglios -

iliacos externos suelen ser de 8 a 10, los hipogástricos alrededor de 8 y los iliacos primitivos de 4 a 6. Los ganglios de estos tres grupos se encuentran principalmente a lo largo de los vasos; se hallan situados en el tejido graso retroperitoneal que forma una lámina entre el peritoneo y la fascia parietal. Por regla general son más fáciles de extirpar quirúrgicamente que los ganglios del triángulo femoral.

Los ganglios obturadores se originan en medio de los músculos aductores del muslo y se convierten en eferentes de los ganglios iliacos internos. Conducen linfa de la región glútea y de la parte posterior del muslo.

Indicaciones del vaciamiento inguino-iliaco.- En base a las precedentes observaciones ha sido posible elaborar técnicas quirúrgicas exactas y razonables para la extirpación total de los ganglios inguinales e iliacos. El conocimiento de la extensión del área a disecar, además de la observación del alojamiento de estos ganglios en una capa fascial definida, forma la base sobre la cual fueron ideadas las numerosas técnicas quirúrgicas enumeradas al comienzo.

La disección inguino iliaca radical resulta de valor como parte importante del tratamiento de procesos cutáneos y superficiales malignos de las extremidades inferiores, el ombligo y la pared abdominal infraumbilical, los genitales externos, la región glútea y la región perineal.

De las lesiones malignas más comunes de estas regiones, aquellas en las que la técnica puede ser de valor son el melanoma, el carcinoma escamo celular, el linfoma y en forma ocasional el adenocarcinoma.

El vaciamiento inguinal simple o inguino-iliaco puede ser curativo o profiláctico. Recibe este último nombre el vaciamiento ganglionar realizado cuando no hay evidencia clínica de metástasis y según Pack es imperativo en todo melanoma maligno y en todas las neoplasias de genitales externos.

Se describirán brevemente las principales neoplasias donde está indicado el vaciamiento ganglionar, ya sea inguinal o inguino iliaco.

Melanoma Maligno.- La extraordinaria malignidad de este tumor hace que su pronóstico sea gravísimo, a lo que se añade la baja incidencia de diagnósticos oportunos fuera de los servicios especializados. En el Instituto Nacional de Cancerología se tiende a diagnosticarlos clínicamente, recurriendo solo a la biopsia cuando se presume un mínimo riesgo de diseminación sanguínea.-

El ojo experimentado suele reconocerlos con relativa facilidad, debiendo procederse sin demora a su resección amplia, con un margen de seguridad de 5 cms por lado y llevando la disección en profundidad por lo menos 2 cms. Si la piel no alcanza para un cierre primario sin tensión, se procede a colocar un injerto libre, generalmente tomado de la piel del abdomen. El melanoma casi siempre es un tumor relativamente pequeño, que no justifica la amputación, además que con ella no se mejoran los resultados de supervivencia. Tres a cuatro semanas después de la extirpación del tumor primario se procede a practicar el vaciamiento inguino-iliaco, sin ninguna excepción. Se cree que la propagación linfática se hace lentamente y en ese periodo las células desprendidas van a ser captadas por los ganglios linfáticos, evitándose la melanosis casi segura al realizar las dos operaciones al mismo tiempo.

**Cáncer de la vulva.** Este tumor se presenta casi siempre en mujeres de más de 50 años y comprende todas aquellas neoplasias situadas por fuera del himen. Puede ser a) escamocelular, originado en labios, clítoris, regiones periuretral y perihineal, con ductos glandulares y zona perianal; comprende la gran mayoría e invade precozmente los linfáticos; b) Adenocarcinomas, cuyo origen esta en las glándulas de Bartolin, sudoríparas y/o sebáceas. Su hallazgo es rarísimo.

Por sus características y localización el cáncer de esta región brinda la oportunidad de realizar la que sería operación ideal del cáncer: la extirpación en bloque, es decir, el tumor, sus vías linfáticas y los sitios ya o potencialmente metastásicos. La operación radical tipo Basset Taussing es la única aceptada.

Taussing divide el cáncer de la vulva en cinco estados diferentes, siendo los tres primeros susceptibles de cirugía radical.

Estado I . Tumor menor de 3 cms, sin metástasis.

Estado II. Tumor entre 3 y 7 cms. sin infiltración ni metástasis.

Estado III. Tumor primario mayor o menor de 7 cms. con infiltración profunda o ganglios positivos.

Estado IV. Tumor extendido a la vagina, el espacio subpúbico o la uretra. Ganglios adheridos a la piel o al plano profundo.

Estado V. Compromiso total de la vulva con infiltración de vagina, o ganglios inguinales ulcerados.

La supervivencia de cinco años en ausencia de metástasis ganglionares se eleva, según Taussing a 63.6 %.

**Cáncer del pene y del escroto.** - Por muchos aspectos análogos al de la vulva, el cáncer del pene, casi siempre escamo celular, no muestra la misma tendencia a la invasión

ganglionar precoz del primero, aunque por la infección concomitante suelen ser enormes (linfadenitis). Se recomienda la penectomía total en todas las lesiones con un diámetro superior a 3 cms. y el vaciamiento inguinal bilateral en la misma sección cuando haya adenopatías sospechosas o no sea posible controlar al enfermo periódicamente. No se justifica en caso contrario.

Los tumores del escroto, conocidos anteriormente como "cáncer de los deshollinadores" son afortunadamente raros y poseen una gran malignidad que obliga a resecciones amplísimas con vaciamiento completo bilateral.

Cáncer de extremidades inferiores.- Nos referimos casi de manera exclusiva al Ca escamocelular de los miembros inferiores, ya que la otra neoplasia relativamente frecuente, el melanoma maligno fue vista atrás.

No puede considerarse al carcinoma Escamo celular de esta localización como de un gran poder metastasiante, pero sí de gran poder invasivo, alcanzando proporciones realmente monstruosas. El diagnóstico es fácil, pudiendo confundirse con el melanoma cuando es pequeño. Lo mismo que en los dos últimos la biopsia diagnóstica es imperativa, aclarando que cuando el tumor está muy infectado puede ser negativa en repetidas ocasiones, procediendo al aseo y desinfección diarios de la lesión antes de tomar una nueva muestra, ahora sí positiva.

Por esa gran infección las adenopatías suelen ser tremendas, debiéndose realizarse el tratamiento quirúrgico en dos tiempos: resección amplia de la lesión (margen de 5 cms) cuando no tiene más de 3 cms. o amputación al nivel ideal inmediatamente superior. Luego antibioterapia masiva y nueva valoración de los ganglios poplíteos e inguinales cuando el muñón este bien cicatrizado. La presencia de una adenopatía sospechosa constituye indicación para el vaciamiento de una o ambas regiones.

Otros tumores que pueden requerir la linfadenectomía.

Carcinoma del ano.- Casi siempre escamocelular requiere un completo estudio con tacto rectal, rectoscopia y biopsia, antes de decidirse por la resección local seguida de radioterapia o lo que parece mejor, la resección abdominoperineal de Miles. En este caso o en el adenocarcinoma rectal propagado al ano, debe supeditarse la linfadenectomía inguinoliliaca a la aparición de nódulos metastásicos.

Sarcomas.- Nos referimos a los tumores mesodérmicos desarrollados

sobre tejidos blandos y sobre los cuales es común la creencia de que solo se diseminan por vía sanguínea cuando en realidad pueden hacerlo por la linfática, constituyendo un factor que nunca se debe descuidar. Son los más comunes: el liposarcoma que se presenta en cualquier lugar con tejido adiposo compromete los ganglios regionales en un 3 a 5 %. Sólo debe intervenir con ganglios sospechosos. Otro es el sarcoma sinovial o sinovioma maligno, cuyo diagnóstico exacto sólo es posible mediante una biopsia adecuada y que invade los ganglios en proporción más alta: 10 a 16 %. A diferencia del anterior y del rhabdomiosarcoma, no está indicada la resección amplia, cortando lejos del tumor, sino la amputación. La presencia de nódulos sospechosos indica la disección ganglionar. El rhabdomiosarcoma es otro tumor, que a pesar de su origen y localización tiene una capacidad menor para dar metástasis. Tampoco se justifica el vaciamiento profiláctico. Desafortunadamente todos estos tumores son de una gran malignidad y la supervivencia a 5 años, con cualquier tratamiento que se haga es mínima, especialmente el sarcoma sinovial.

Por último hemos dejado al linfosarcoma que a pesar de ser una enfermedad sistémica, en ocasiones se inicia por localización única, que intervenida oportuna y correctamente cura la enfermedad.

Se ha omitido hablar del papel de la radioterapia y en algunos casos, especialmente en carcinomas escamo-celulares, se han tratado con buenos resultados. Berven y Taussig dan valor a la radioterapia, con muy buenos resultados paliativos en el carcinoma de la vulva. Por supuesto cuando se trata de un melanoma maligno y en general los sarcomas, la radioresistencia es absoluta.

Condiciones básicas a seguir para realizar un vaciamiento inguinal o inguino-iliaco.- La variedad y el proteiforme comportamiento de los tumores que hacen sus metástasis a la región inguino-crural hacen imposible una esquematización que pueda ajustarse a todos los casos, pero la observación cuidadosa de algunas consideraciones generales va a librarnos muchas veces de realizar operaciones inútiles o perjudiciales. Son ellas:

- 1.- El carcinoma primitivo debe suponerse controlado al iniciar la linfadenectomía; bien porque se operó previamente en forma radical, o en la misma intervención antes de efectuar el vaciamiento.
- 2.- No deben haber metástasis a distancia.
- 3.- No debe haber extensión retrograda.
- 4.- La extirpación de los ganglios linfáticos debe ser posible en su totalidad.

- 5.- La extirpación de dichos nódulos debe suponer que la diseminación linfática se bloquea.
- 6.- El paciente debe hallarse en condiciones de soportar la intervención.

Otras consideraciones tales como adherencias, ulceración, etc, son contraindicaciones relativas y el tratamiento quirúrgico puede dar buenos resultados en casos escogidos y con técnica adecuada.

El vaciamiento inguino-iliaco nunca debe ser previo a la extirpación de un melanoma y en general a la de cualquier otro tipo de tumor, ya que las células malignas al llegar conducidas por los linfáticos seccionados se van a acumular en el sitio de la operación produciendo una enorme recurrencia incurable, o bien la herida y los conductos han cicatrizado, bloqueando el camino se va a producir una permeación linfática retrógrada haciendo inoperable el tumor primario.

Principales técnicas quirúrgicas que se realizan en el I.N.C. para el vaciamiento inguino-iliaco.-

Vaciamiento inguino-iliaco para lesiones de miembros inferiores.-  
Incisión de Espina iliaca anterior y superior a cara interna tercio medio de muslo y la cual lleva un amplio losange de piel. Se tallan colgajos semidelgados el externo hasta la fascia lata, y vasto externo, el interno hasta el recto interno, el superior hasta unos 8 cms por encima de la arcada crural. De manera subfacial se comienza el vaciamiento llevando consigo de afuera hacia dentro la fascia lata, la fascia del vasto externo, la del aductor mediano, la del aductor menor, la del aductor mayor, pectineo y recto interno. Se disecciona en tercio medio cara interna del muslo la safena interna, la cual se secciona y liga con seda. Se continua el vaciamiento de abajo arriba liberando completamente los vasos femorales desde su entrada en el canal de Hunter y ligando las colaterales vasculares correspondientes con seda. Se reseca toda la adventicia que cubre los vasos hasta que se pierden por debajo de la arcada. Se aísla el cordón espermático resecando los vasos pubianos y llevando en bloque todo el tejido celuloganglionar de la región inguinal hasta terminar ligando el cayado de la safena interna por trasficción con seda. Apertura de la arcada a unos dos cms de la espina iliaca anterior y superior, ligando los vasos epigástricos, la subcutanea abdominal y circunfleja con seda. Con disección roma se separa el tejido celuloganglionar del peritoneo parietal y se procede a practicar vaciamiento en bloque de los vasos iliacos hasta la bifurcación y de la fosa obturatriz, ligando los vasos obturadores -

pero conservando el nervio obturador. Reconstrucción de la arcada con catgut cromado, dejando dren de penrosse en fosa iliaca que se saca por contraabertura superior externa. Hay varias técnicas para cubrir los vasos femorales y protegerlos en caso de que se presente esfacele, que es lo corriente. Unos utilizan la técnica de Pack, disecando el músculo sartorio en su parte superior y rotandolo sobre los vasos para cubrirlos, fijando el músculo con puntos a los músculos vecinos. Otros utilizan la técnica de Schweitzer, en la cual se saca un triangulo de base inferior con la fascia del oblicuo mayor colgajo que se dobla hacia abajo fijandolo al pectineo, recto interno y sartorio cubriendo los vasos en el triangulo de Scarpa. Algunos dejan tubos de caucho No 22 o 24 (dos tubos) y otros drenes anillos de penrosse que se abocan por contraabertura. Cierre de la piel con puntos de Korachan en seda. Vendaje compresivo. Los tubos se colocan a succión continúa desde la sala de cirugía para evitar que se tapen y se formen seromas.

Vaciamiento en Ca. de vulva.- Incisión en mariposa que consiste en una incisión trasversa y concava hacia arriba decuna espina iliaca anterior y superior a la otra pasando por el pubis, incisión complementaria en U en la parte central de esta herida para practicar vulvectomia. Disección de colgajos semidelgados disección de todo el tejido celular del abdomen inferior, disección del tejido celulo-ganglionar de todo el triangulo de Scarpa previa disección y ligadura de la vena safena interna. a unos 8 cms. del cayado, disección, sección y ligadura de los vasos colaterales de la femoral a nivel de la fosa oval, extirpando todos los ganglios inguinales superficiales y profundos. Apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor a nivel del anillo inguinal, hacia arriba y hacia afuera como para una herniorrafia inguinal. Sección del plano muscular, sección y ligadura del ligamento redondo y vasos epigástricos; rechazo del peritoneo parietal y disección del tejido celulo-ganglionar de la cadena iliaca primitiva, externa, interna y fosa obturadora. Reconstrucción del plano musculo-aponeurotico y piel. Se dejan tubos o drenes según la preferencia del cirujano. Vendaje compresivo.

En carcinoma de pene se siguen los mismos principios de las técnicas anteriores, pero practicando solamente en la generalidad de los casos vaciamiento inguinal bilateral, ya que no se ve la necesidad en la mayoría de los casos de practicar vaciamiento ilioobturador.

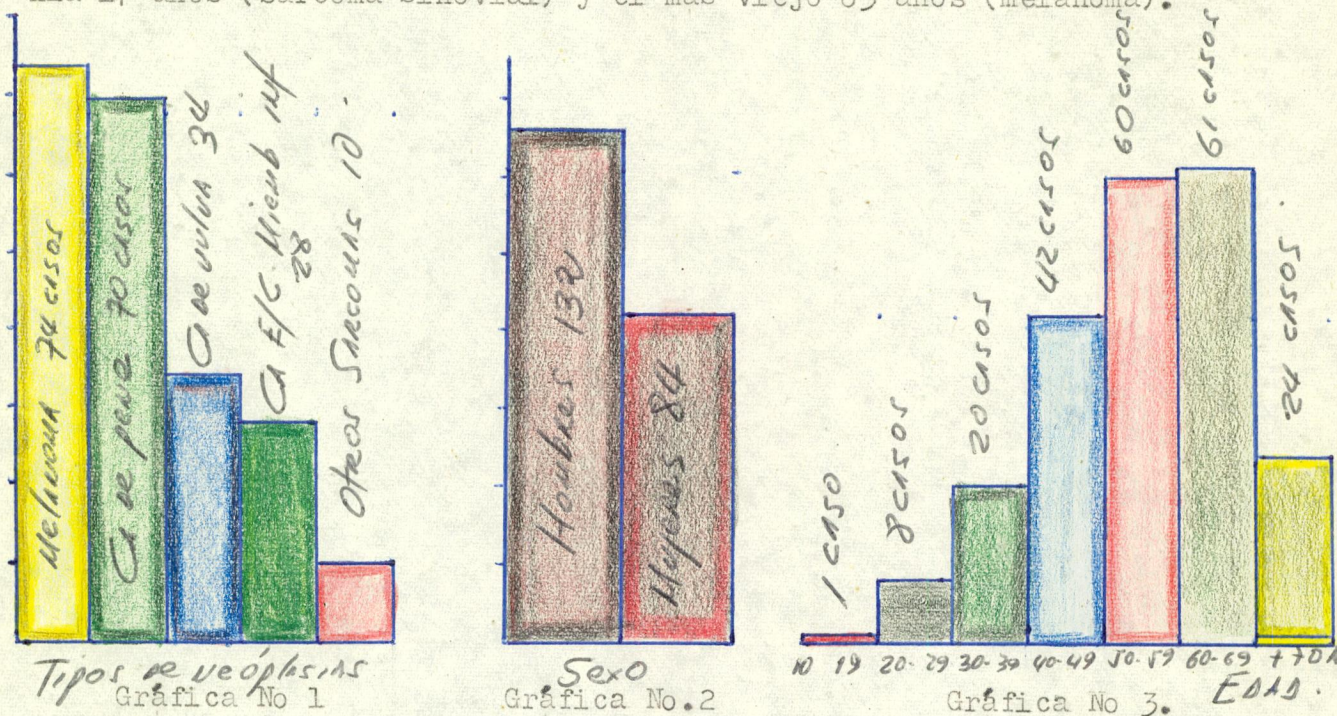
#### Análisis Clínico y Estadístico de 216 historias.-

Se revisaron las historias de vaciamiento inguinal o inguino-iliaco

practicados en el Instituto Nacional de Cancerología del 1 de Enero de 1.963 al 31 de Diciembre de 1.972. Se revisaron en total 216 historias discriminadas así: Por melanomá maligno 74 34.3%; Ca de Pene - 70 casos 32.4 % ; Ca de vulva 34 casos 15.7 % ; Ca E/C. de miembro inferior 28 casos 13 % ; Otros tumores 10 casos 4.6 % . (Ver gráfica No. 1 )

En cuanto a sexo la proporción fué de 6 a 4 a favor de los hombres - 132 de sexo masculino por 84 de sexo femenino. Gráfica No 2.

EDAD.- el 86.6 % ocurrió en pacientes mayores de 40 años, siendo la incidencia mayor en la 5a. y 6a decada de la vida con el 56 % de todos los casos. (Gráfica No.3 ). El paciente más joven tenía 17 años (sarcoma sinovial) y el más viejo 83 años (melanoma).



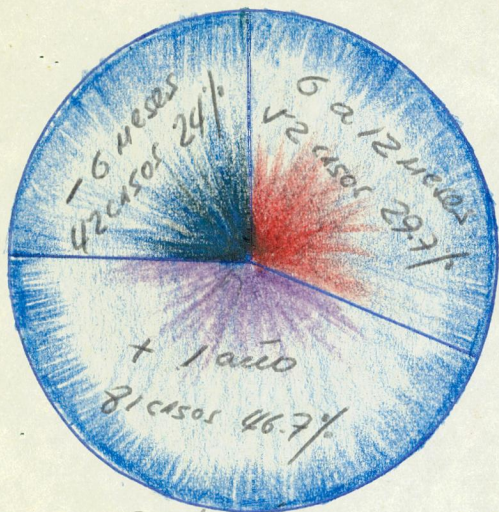
DIAGNOSTICO.- Se hizo el diagnóstico correcto en el momento del ingreso en 203 pacientes o sea el 94 % . En 13 pacientes el diagnóstico de ingreso fué diferente al diagnóstico definitivo.

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.- Se tabularon 175 historias en donde aparecía el tiempo de evolución, con los siguientes resultados: Menos de 6 meses 42 casos 24 % De 6 meses a un año 52 casos 29.7 % y más de un año 81 casos 46.3 % . Como se vera más adelante en las fotografías de algunos casos, la mayoría llegan al Instituto en estado muy avanzado.(Gráfica No.4)

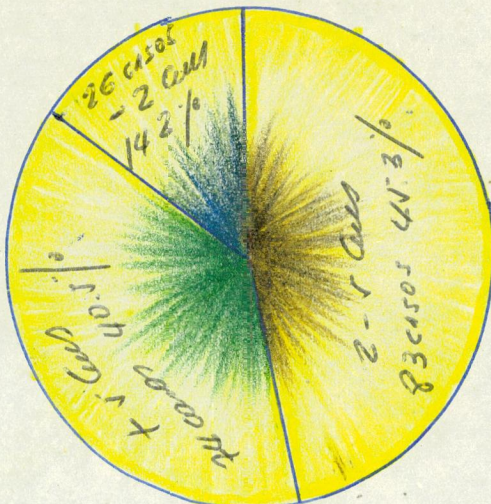
TAMAÑO DEL T PRIMARIO.- De 183 historias donde aparece el tamaño del T primario en 26 casos media menos de 2 cms. 14.2 %; en 83 casos media de 2 a 5 cms. 45.3 % y mayor de 5 cms. 74 casos 40.5 % . ( Gráfica No 5)

TIEMPO ENTRE CONSULTA INICIAL Y CIRUGIA DEL T PRIMARIO.- De 181 historias los resultados son los siguientes: Menos de 15 días 31 casos 17.1 %; entre 15 y 30 días 94 casos 51.9 %; más de 30 días 56 casos 31 % . (Gráfica No 6.) Lo anterior tiene gran significado en tratamiento del cán

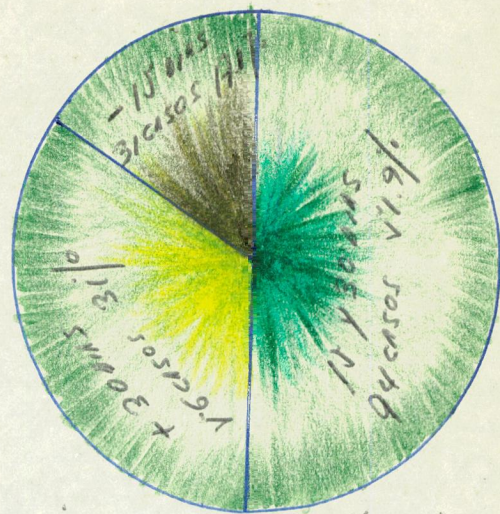
cer, ya que entre más pronto se intervenga, más probabilidades de supervivencia se tienen. Claro que debido a la gran demanda de pacientes que tiene el I.N.C. es imposible atenderlos todos a tiempo.



EVOLUCION  
Gráfica No 4



TAMAÑO T PRIMARIO  
Gráfica No 5



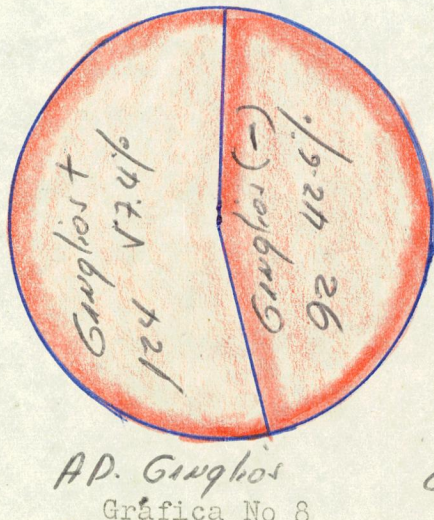
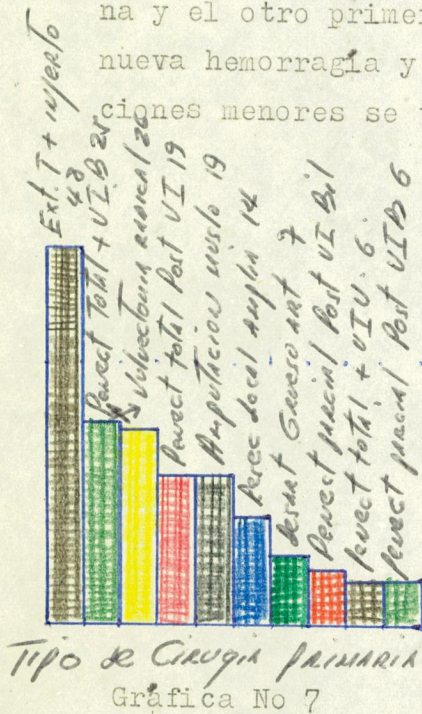
Tiempo entre Consulta y Cirugía  
Gráfica No 6

TIPO DE CIRUGIA PRIMARIA.- Debido a los diferentes tipos de neoplasias que se analizan en este trabajo, son numerosas las técnicas o tipos de cirugías realizadas. Las llevadas a cabo en mayor número de casos son las siguientes: Extirpación T más injerto 48 casos 22.2 % ; penectomía total más Vaciamiento inguinal bilateral 25 casos 11.5 % ; Vulvectomía radical 26 casos 12.1 % ; Penectomía total, posterior V.I.B. 19 casos 8.8 % ; Amputación por tercio inferior de muslo 19 casos 8.8 % ; Resección local amplia 14 casos 6.5 % ; Desarticulación metatarso falangica grueso artejo 7 casos 3.2 % ; Penectomía parcial más V.I.B. 9 casos 4.1 % ; Penectomía total más V.I.U. - 6 casos 2.7 % ; Penectomía parcial, posterior V.I.B. 6 casos 2.7 % ; Los otros casos seran analizados en forma individual cuando se hable en particular de cada tipo de tumor. (Gráfica No 7 )

RESULTADO A.P. DE LOS GANGLIOS EXTIERPADOS.- De los 216 vaciamientos - 124 dieron ganglios positivos al examen de anatomía patológica ó sea el 57.4 % ; y 92 negativos 42.6 % . ( Gráfica No 8 )

COMPLICACIONES OPERATORIAS.- En realidad fueron mínimas a pesar del - peligro potencial que conlleva el trabajar en íntimo contacto con los paquetes vasculares. En total fueron siete 3.2 % discriminadas así: Ruptura vena iliaca y vena cava inferior 1 caso; Desgarro vena iliaca externa 1 caso; Ruptura vena femoral 2 casos; Ruptura arteria femoral 1 caso; Ruptura peritoneo 2 casos En todos los casos se reparo el daño iatrogénico y no se presentó ninguna muerte durante el acto operatorio.(Gráfica No 9)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.- La gran mayoría de vaciamientos se infectan y esfacelan y principalmente se debe a la formación de seromas que posteriormente se infectan macerando la piel que previamente ha sido traumatizada y generalmente ha quedado a tensión. Esto conlleva una gran estadía de estos pacientes como veremos más adelante. La gran mayoría cierra por segunda intención y es muy raro el caso que necesite posterior injerto. De los 216 casos 170 presentaron esfacelo que vario de pequeño a amplio ó sea el 78.7 %. Otras complicaciones importantes son: Linfoedema de escroto, grandes labios y miembros inferiores 66 casos 30.5 % Cicatriz queloide importante que necesita radioterapia 10 casos 4.6 % ; Eventración postoperatoria 3 casos - 1.4 %. Sin embargo la complicación postoperatoria más grave y que afortunadamente se presenta en raras ocasiones es la perforación de la arteria femoral alrededor del 20 avo día y que se presenta en pacientes con gran infección y esfacelo, quedando la arteria al descubierto. Por eso se trata siempre de cubrir los vasos con algún músculo. Esta complicación se presentó en 3 casos 1.4 % ; Uno de los casos murio en Shock hemorrágico al 16avo día de operado; otro hubo necesidad de ligarle la A. femoral primero, luego ligarle la A. Iliaca externa por nueva hemorragia y posteriormente amputación por tercio superior de muslo por gáangrena y el otro primero sutura de la arteria, posteriormente ligadura por nueva hemorragia y por último amputación por gáangrena. Otras complicaciones menores se trataran al analizar cada tumor en particular.



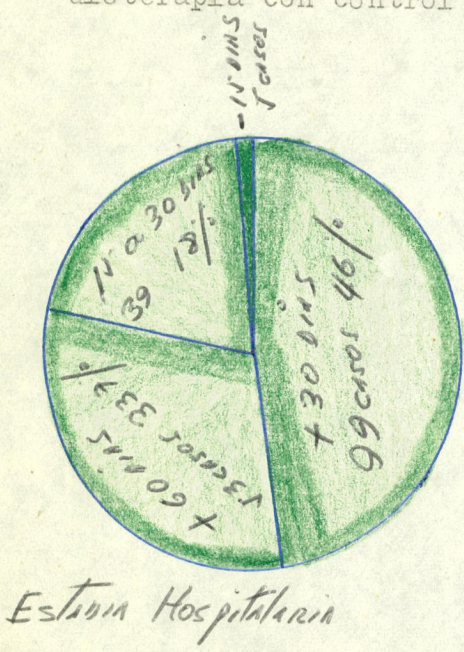
ESTADIA HOSPITALARIA.- Por lo anteriormente expuesto la estadía hospitalaria de los pacientes es muy larga, pero afortunadamente esta cirugía es altamente especializada y se realiza en muy pocas ocasiones en forma particular. De 196 historias en donde figura este dato solamente 5 pacientes estuvieron hospitalizados menos de 15 días 2.3 % ; 39 de 15 a 30 días 18 % ; 99 más de 30 días; 46 % ; y 53 más de 60 días 33.7 % . ( Gráfica No 10.)

CONTROLES. SUPERVIVENCIA SIN TUMOR EVIDENTE .- La gran dificultad que -

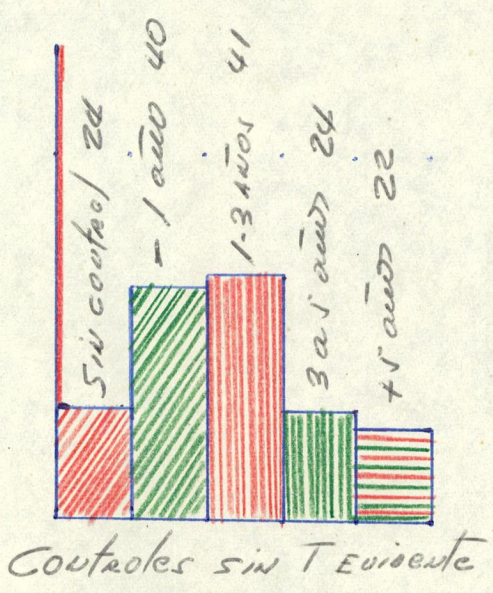
se tiene para hacer un trabajo científico en Colombia, es la poca posibilidad de tener un control adecuado de los pacientes, ya que la mayoría se pierden, sin saber a ciencia cierta cual es el resultado verdadero de cualquier tratamiento y especialmente tratándose de cáncer - donde la supervivencia valora la bondad o no de determinada terapia. - Desafortunadamente en esta revisión dicha anomalía también es frecuente y los controles como se vera más adelante son relativamente escasos. De los 216 casos 24 no volvieron después de salir del hospital - ó sea 11.1 % ; 40 tuvieron control menor de un año 18.5 % ; 41 control de 1 a 3 años 18.9 % ; 24 de 3 a 5 años 11.1 % y 22 control mayor de 5 años 10.2 %. Las cifras anteriores se refieren a pacientes sin T evidente. La más larga supervivencia la tiene un paciente con melanoma que está bien después de 9 años. ( Gráfica No 11 ).

MORTALIDAD. - 55 casos murieron "algunos de estos fueron declarados in-tratables" por diseminación de la enfermedad. De estos 50 murieron directamente a causa de la enfermedad y 5 por otras causas. La mortalidad por enfermedad tumoral globalmente fué del 23.1 % ( Gráfica No 12.)

REPRODUCCION TUMORAL. - En 18 pacientes se presentó recidiva tumoral - 8.3 %. Algunos se reoperaron o recibieron radioterapia con control de la enfermedad. Otros no volvieron a control.



Gráfica No 10



Gráfica No 11



Gráfica No 12

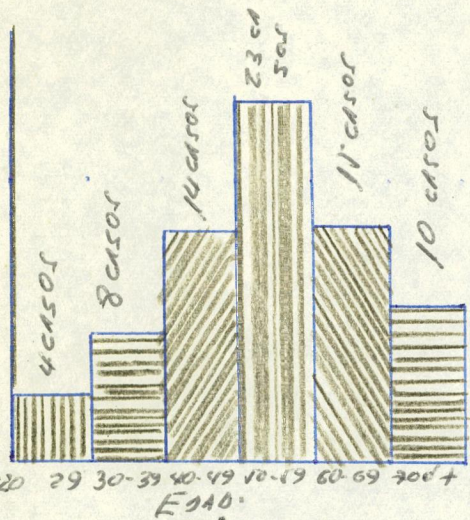
ANALISIS INDIVIDUAL DE CADA TIPO DE TUMOR

MELANOMA MALIGNO. - 74 Casos.

EDAD. - Se presentaron casos desde los 25 años hasta los 83, con predominio entre la 4a. a 6a. decada de la vida con 53 casos ó sea el 71.6 %. ( Gráfica No 13 )

SEXO. - No hubo diferencia entre hombres y mujeres, 38 mujeres 51.4 % 36 hombres 48.6 %. ( Gráfica No 14.).

EVOLUCION.- De 57 casos donde aparece el tiempo de evolucion, 15 te-  
nían menos de 6 meses 26.3 %; 12 de 6 a 12 meses 21 % y -  
30 más de un año de evolucion 52.6 %. Más de la mitad de los casos -  
presentaban una evolucion larga mayor de un año, desde que aparecio el  
T primario o se comenzó a notar cualquier cambio en un nevus. ( Gráfi-  
ca No 15. ).

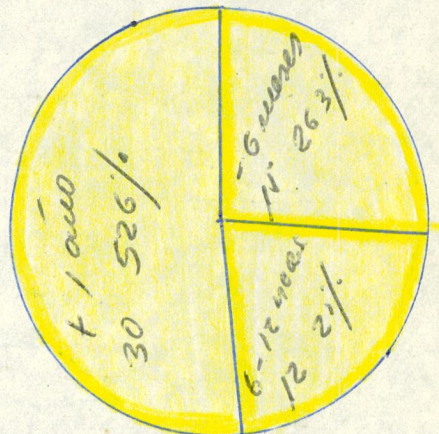


Gráfica No 13



Sexo

Gráfica No 14



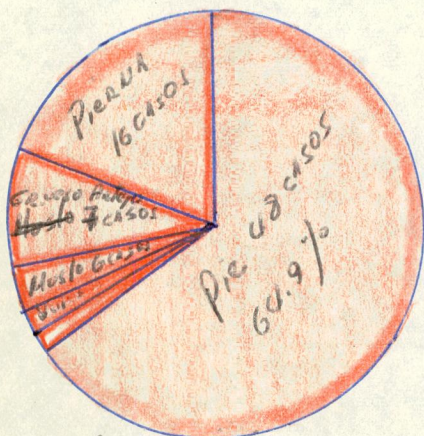
Evolucion

Gráfica No 15

LOCALIZACION.- Pie 48 casos divididos así: Talon 25; Pie (otras region-  
es) 15 Grueso artejo 7; V dedo 1; Pierna 16; Muslo 6 -  
Vulva 2 ; región glutea 1; Piel de ano 1. El 64.9 % de casos se presen-  
taron en el pie. ( Gráfica No 16. ).

TAMAÑO T.- Menor de 2 cms. 8; De 2 a 5 cms 43. Mayor de 5 cms 10 casos.  
En 13 casos no aparecia en la historia el tamaño del T pri-  
mario. ( Gráfica No 17. ).

TIEMPO ENTRE PRIMERA CONSULTA Y CIRUGIA INICIAL.- Menos de 15 días 14  
casos; entre 15 y 30  
días 33 casos, y más de 30 días 20 casos. En 7 casos no aparecia dicho  
dato. ( Gráfica No 18. ).



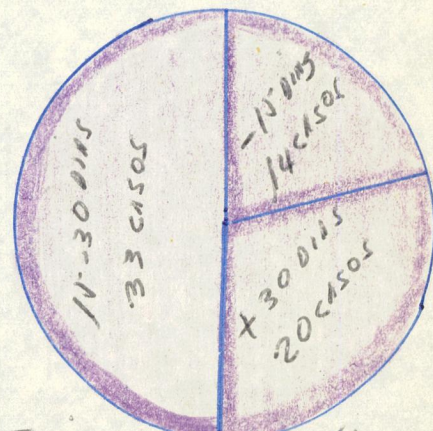
Localizacion

Gráfica No 16.



Tamaño T

Gráfica No 17



Tiempo entre Consulta y Cirugía

Gráfica No 18

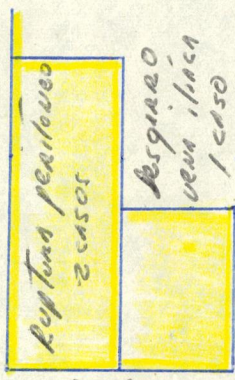
TIEMPO ENTRE CIRUGIA INICIAL Y VACIAMIENTO.- Menos de un mes 29 casos  
De 30 a 60 días 32 casos -  
más de 2 meses 10 casos. En tres casos se hizo simultaneamente; una -

vulvectomía radical; un T de muslo y un paciente que volvió a los 13 meses de la primera consulta con un T del V dedo y metástasis inguinales. El tiempo más largo fué de 10 años después de la cirugía inicial. ( Gráfica No 19 )

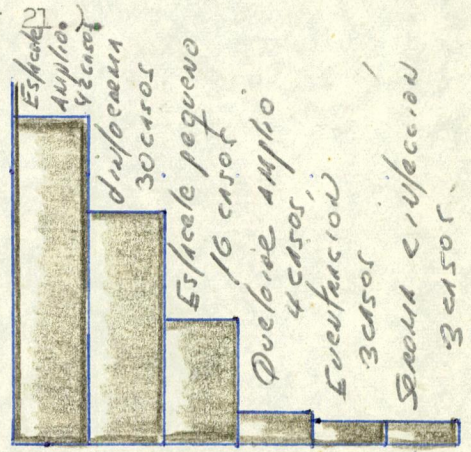
COMPLICACIONES.- Sólo se presentó un caso de complicación operatoria grave que fué el desgarro de la vena iliaca, la cual se suturo sin complicaciones posteriores. También se presentaron dos rupturas del peritoneo sin problemas posteriores. En cuanto a complicaciones postoperatorias se presentaron las siguientes: Esfaclele amplio (mayor de 5 cms) 42 casos; esfaclele pequeño ( menor de 5 cms)16 casos; Linfoedema 30 casos; Queloides amplio 4 casos; Eventración 3 seroma e infección ligera 3; linfangitis 1 caso; ruptura arteria femoral al 17avo día 1 caso; atrofia muscular por desuso 1 caso. Nota. aparecen más casos, pero es que en algunos pacientes se presentaron varios tipos de complicaciones.(Gráficas 20 y 21)



Gráfica No 19



Complicaciones Operatorias  
Gráfica No 20



Gráfica No 21

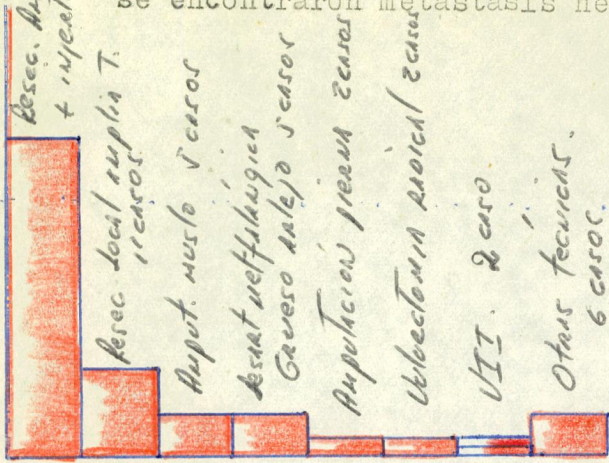
TIPO DE CIRUGIA PRIMARIA.- Resección amplia T más injerto 41 casos - Resección local amplia T 11 casos; Amputación tercio inferior de muslo 5 casos ; Desarticulación metatarsofalangica grueso artejo 5 casos; Amputación tercio medio pierna 2 ; Vulvectomía radical 2; Directamente V.I.I. 2; Resección abdomino perineal 1; Desarticulación tarso-metatarsiana grueso artejo 1; Desarticulación metatarso falangica V dedo 1; desarticulación de Chopart 1; desarticulación atípica antepie 1; amputación antepie tipo Sharp-Jagier 1 caso. ( Gráfica No 22.)

ANATOMIA Y PATOLOGICA DE LOS GANGLIOS.- Positivos 36 48.6 % Negativos 38 51.4 %. ( Gráfica No 23.)

ESTADIA.- Menos de 15 días 3 casos; de 15 a 30 días 16 casos; de 31 a 60 días 31 casos; más de 60 días 15 casos. En 9 casos no aparecía este dato en las historias. ( Gráfica No 24.).

MORTALIDAD.- De los 74 casos 30 murieron o fueron declarados intratables por diseminación de la enfermedad ó sea el 40.5 %. Un caso murio por hemorragia retroperitoneal pero a la necropsia

se encontraron metástasis hepáticas.



Gráfica No. 22



A.P. Ganglios

Gráfica No. 23



Edad

Gráfica No. 24

CONTROLES.- De los 74 pacientes, 3 no volvieron a control; 22 menos de un año; 28 de uno a tres años; 11 de tres a cinco años y 10 más de cinco años. ( Gráfica No. 25 )

Los pacientes sin tumor evidente y que en el último control en el Instituto se encontraban en buena salud fueron: 12 menos de un año; 9 de uno a tres años; 6 de tres a cinco años y 9 más de cinco años. La supervivencia neta a cinco años fué de 12.2 % ( Gráfica No. 26 ).

RECIDIVA.- En 13 pacientes 17.6 % se encontró recidiva local, desde los tres meses a los 6 años. Cinco murieron, cuatro no volvieron después de nueva resección local y cuatro estaban bien hasta el último control.

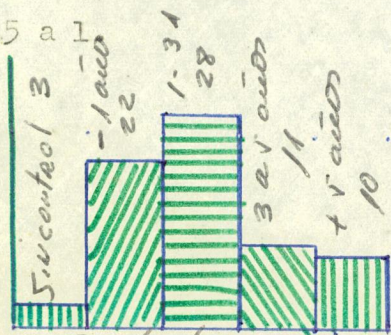
ANALISIS DE SUPERVIVENCIA ENTRE PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

	G. Positivos	G. Negativos
Menos de un año	5	9
De uno a tres años	4	7
De tres a cinco años	2	5
Más de cinco años	3	7

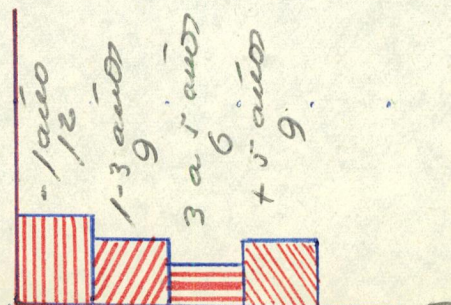
ANALISIS DE MORTALIDAD E INTRATABLES POR DISEMINACION EN PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

	G. Positivos	G. Negativos
Menos de un año	10	1
De 1 a 3 años	9	5
De 3 a 5 años	3	2
Más de 5 años	0	1

Como se ve claramente en los dos cuadros anteriores la supervivencia con gánglios negativos en el momento del V.I.I. es el doble a los pacientes con gánglios positivos. En cuanto a mortalidad la proporción es de 2.5 a 1



Controles Gráfica No 25



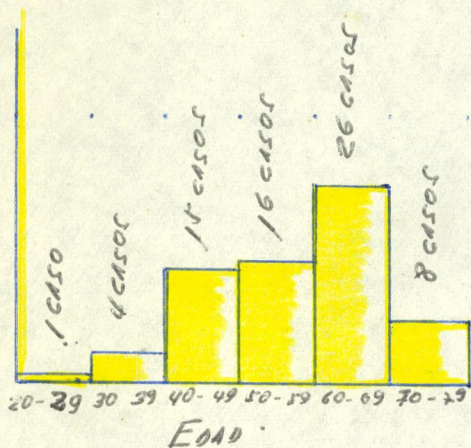
Controles sin T evidente Gráfica No 26

CA DE PENE. - 70 casos.

EDAD. - Se presentaron casos desde los 27 años hasta los 79, en gran predominio despues de la 5a. decada 92.8 %. ( Gráfica No. 27 )

EVOLUCION. - De 60 historias: Menos de 6 meses 16 casos 26.6 %; Entre 6 meses y un año 27 45 %; más de un año 17 28.3 %. ( Gráfica No 28.)

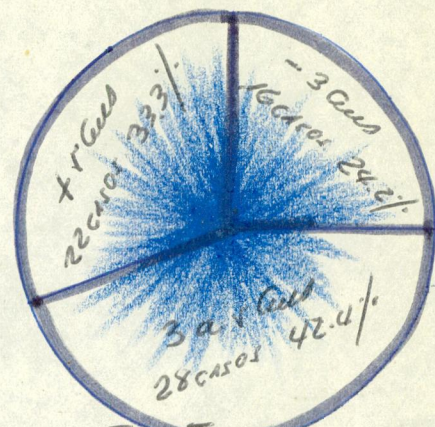
TAMANO T. - De 66 historias: Menor de 3 cms 16 casos 24.2 %; de 3 a 5 cms. 28 42.4 %; Más de 5 cms 22 33.3 %.(Gráfica No.29.)



Gráfica No.27



Gráfica No. 28



Gráfica No 29.

TIEMPO ENTRE PRIMERA CONSULTA Y CIRUGIA. - De 63 historias: Menos de 15 días 10 casos 15.9 %; de 15 a 30 días 38 casos 60.3 %; más de 30 días 15 casos 23.8 %.(Gráfica No 30.)

TIPO DE CIRUGIA. - De 69 historias: Penectomía total más vaciamiento inguinal bilateral 25 casos 36.2 %; Penectomía total, posterior V.I.B. 19 casos 27.5 %; Penectomía parcial más V.I.B. 9 casos 13.0 %; penectomía total más vaciamiento inguinal unilateral 6 casos - 8.7 %; Penectomía parcial, posterior V.I.B. 6 casos 8.7 %; Penectomía parcial más V.I.U. 3 casos 4.4%; Circuncisión, posterior V.I.B. 1 caso 1.4%.

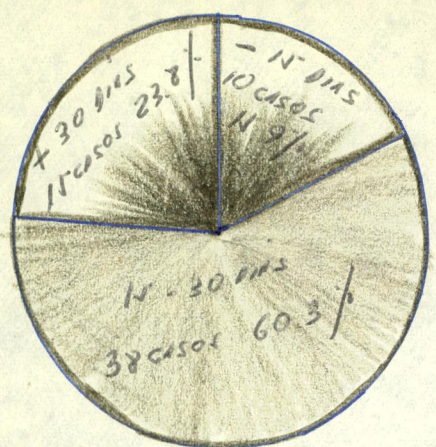
RESULTADO A.P.DE LOS GANGLIOS. - Negativos 71 % 49 casos; positivos 21 - casos 29 %. ( Gráfica No. 31.)

COMPLICACIONES OPERATORIAS. - Ruptura vena femoral dos casos 2.7 %. Su tura en el mismo acto quirúrgico.

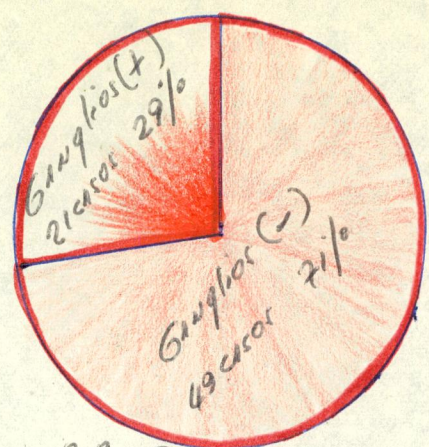
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. - Esfaclele 67 casos 95.7 %; Linfoedema escroto y/o miembros inferiores 20 - 29%; Fibrosis uretral, reimplantación 3 casos 4.3 %; Ligadura femoral superficial e iliaca externa por perforación en el postoperatorio 2- casos 2;9 %; tromboflebitis 1 caso 1.4 %. (Gráfica No 32.)

CONTROLES. - 13 pacientes no volvieron después de salir del hospital - 18.8 %; 23 menor de un año 32.8 %; 14 de 1 a 3 años 20 % 12 de 3 a 5 años 17.1 %; y 8 más de 5 años 11.6 %.

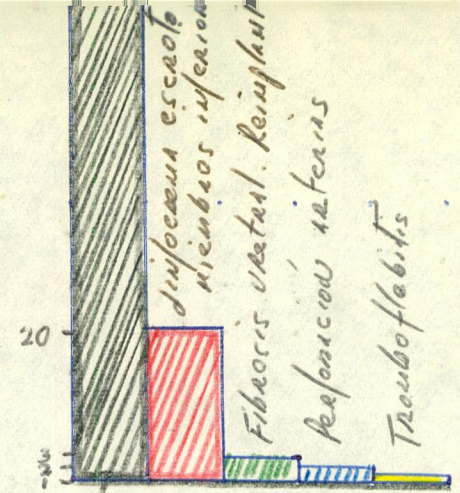
RECIDIVA TIMORAL. - Se presentó en 7 pacientes 10 %. En 6 se presentó antes de los 6 meses. En uno a los 13 meses.



Tiempo entre Consulta y Cirugía  
Gráfica No. 30



A.P. Ganglios  
Gráfica No. 31



Complicaciones Postoperatorias  
Gráfica No. 32

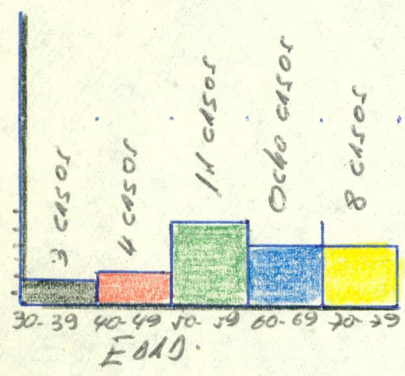
MORTALIDAD.- 6 casos 8.6 %. 4 por carcinomatosis, 1 sin causa aparente a los 2 meses de salir del hospital y 1 por shock hemorrágico por ruptura de arteria femoral. De los 7 que presentaron recidiva tumoral 4 murieron, 2 no volvieron y uno recibió radioterapia y fundió la reproducción, pero después no volvió.

CA DE VULVA.- 34 casos.

EDAD.- Se presentó de los 30 a los 77 años con predominio a partir de la 5a. década 27 casos 79.4 %.(Gráfica No. 33.)

EVOLUCION.- De 30 historias: Menos de 6 meses 6 casos 20 %; entre 6 meses y un año 6 casos 20 %; Más de 1 año 18 casos 60 %. En este T. es en donde la paciente consulta más tarde, como lo comprueban las cifras anteriores, llegando los casos muy avanzados.(Gráfica No. 34).

ESTADO.- En 32 historias aparece este dato: In situ 1 caso 3.1 %; Estado I 1 caso 3.1 %; Estado II 8 casos 23.5 %; Estado III - 18 casos 52.9 %; Estado IV 3 casos 8.4%; Estado V 1 caso 3.1%.(Gráfica No. 35.)



Gráfica No. 33



Evolucion  
Gráfica No. 34



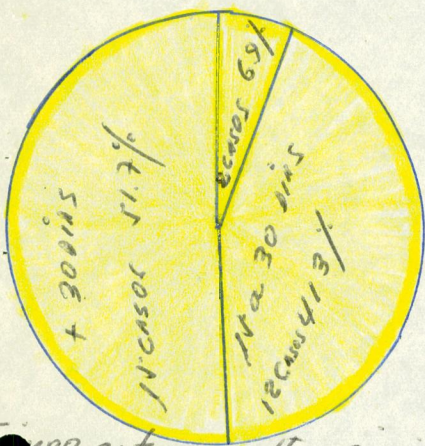
Estado T.  
Gráfica No. 35

TIEMPO ENTRE CONSULTA Y CIRUGIA.- De 29 casos: menos de 15 días 2 casos 6.9 %; de 15 a 30 días 12 casos 41.3 %; más de 30 días 15 casos 51.7 %.(Gráfica No. 36.)

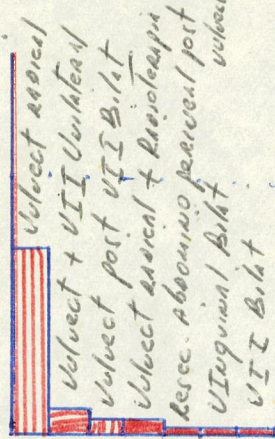
TIPO DE CIRUGIA.- Vulvectomy radical 24 casos 70.6%; Vulvectomy más vaciamiento inguino-iliaco unilateral 3 casos 8.8 %; Vulvectomy posterior V.I.I.B 2 casos 5.8 %; Vulvectomy radical más radioterapia 2 casos 5.8 %; Resección abdominoperineal, posterior vulvectomy 1 caso 3 %; Vaciamiento inguinal bila-

teral 1 caso 3 %; Vaciamiento inguino-iliaco bilateral 1 caso 3%; ( Gráfica No 37.)

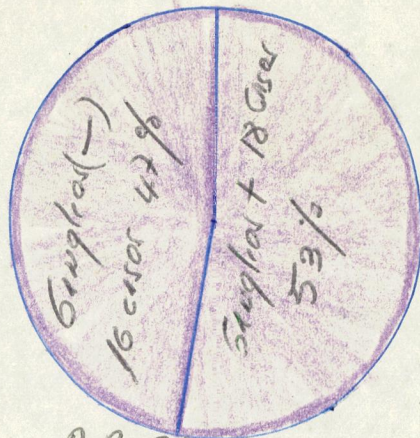
RESULTADO A.P. DE LOS GANGLIOS.- Vaciamientos con gánglios positivos - 18 casos 53.9 %; gánglios negativos - 16 casos 47.0 %; de los casos positivos 13 tenían solamente los gánglios inguinales positivos; 4 casos inguinales y obturadores y 1 inguinales, obturadores e iliacos. ( Gráfica No 38 y 39).



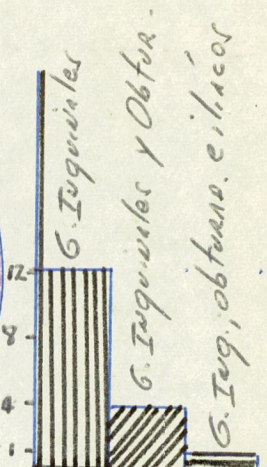
Gráfica No. 36



Gráfica No. 37



Gráfica No. 38



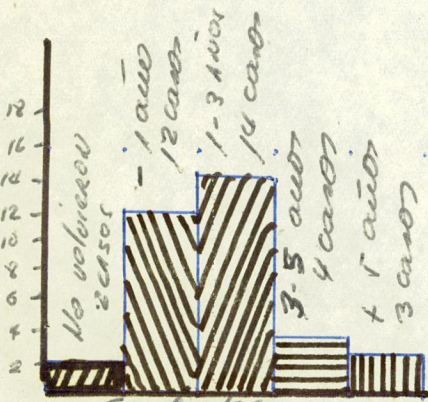
Gráfica No 39.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.- Esfaclele 34 casos 100 %; Linfoedema - 6 casos 17.7 %; es importante anotar que todas las pacientes presentaron esfaclele, generalmente amplio. (Ver fotografías).

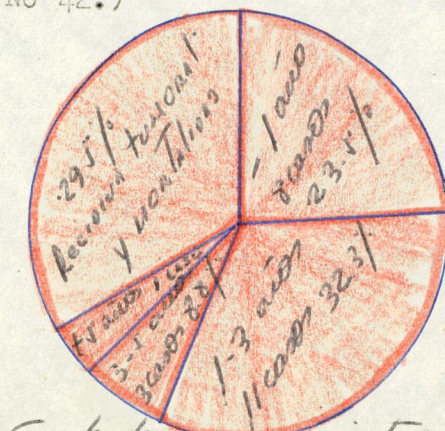
CONTROLES.- No volvieron después de salir 2 casos 5.9 %; Menos de 1 año 12 casos 35.3 %; de 1 a 3 años 14 casos 41.2 %; de 3 a 5 años 4 casos 11.7 %; Más de 5 años 3 casos 8.8 % . (Gráfica No 40.)

CONTROLES SIN T EVIDENTE.- Menos de 1 año 8 casos 23.5 %; de 1 a 3 años 11 casos 32.3%; de 3 a 5 años 3 casos 8.8 %; más de 5 años 2 casos 5.9 % . ( Gráfica No 41 )

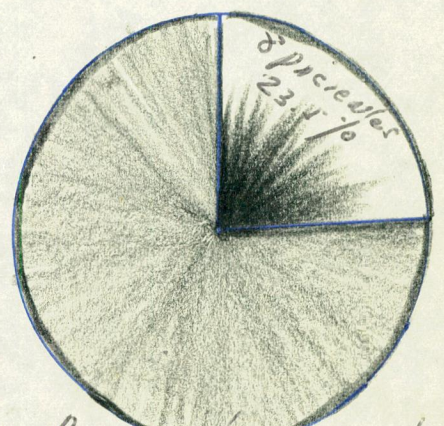
REPRODUCCION TUMORAL.- Se presentó en 8 pacientes 23.5 %; menos de 1 año 4 casos; entre 1 y 3 años 3 casos; más de 5 años 1 caso. ( Gráfica No 42.)



Gráfica No 40.



Gráfica No 41.



Gráfica No 42.

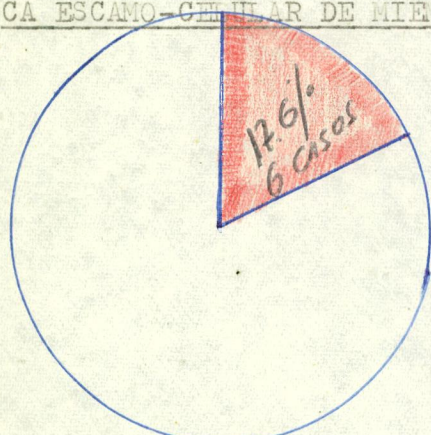
MORTALIDAD.- 6 casos 17.6 %; por carcinomatosis 5 casos 14.7 %; bronconeumonía 1 caso 2.9 % . Gráfica No 43.

ESTADIA.- Menos de 15 días 0 casos; de 15 a 30 días 4 casos 12.1 %  
de 30 a 60 días 17 casos 51.5 %; más de 60 días 12 casos-  
36.4 %. ( Gráfica No 44.)

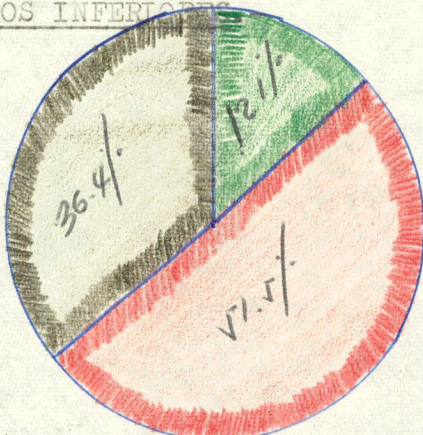
LOCALIZACION INICIAL DEL T.- Este dato aparece en 17 historias 50 %-  
Labio mayor izquierdo 8 casos 47.0 %; -  
labio mayor derecho 6 casos 35.3 %; Uretra 2 casos 11.8 %; Clitoris  
1 caso 5.9 %. ( Gráfica No 45 ).

SINTOMATOLOGIA INICIAL.- A pesar de ser un dato de gran importancia  
solamente aparece en 8 historias 23.5 %; -  
prurito 6 casos; leucoplasia 2 casos.

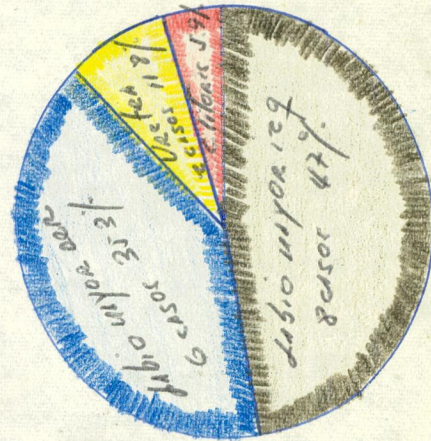
CA ESCAMO-CELULAR DE MIEMBROS INFERIORES



Gráfica No 43  
Mortalidad



Gráfica No 44  
Estadío



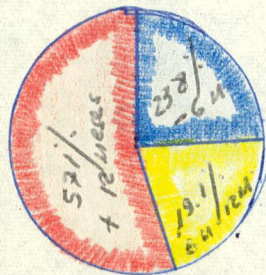
Gráfica No. 45.  
Localización T.

CA. ESCAMO CELULAR DE MIEMBROS INFERIORES.- 28 casos.

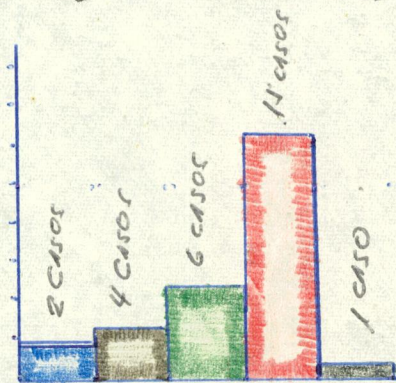
EVOLUCION.- Historias 21. Menos de 6 meses 5 casos 23.8 %; de 6 meses  
a un año 4 casos 19.1 %; Más de un año 12 casos 57.1 % . -  
( Gráfica No 46.)

EDAD.- Se presentaron casos desde los 36 hasta los 73 años, pero con  
gran predominio en la 6a decada de la vida 15 casos 53.5 % -  
Gráfica No.47.)

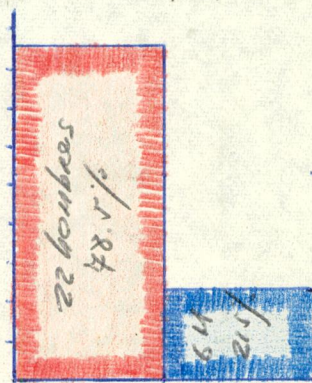
SEXO.- Gran predominio del sexo masculino en proporción de 3.7 a 1 -  
22 hombres 78.5 % Mujeres 6 casos 21.5 %. Gráfica No 48.)



Evolucion  
Gráfica No 46.



Gráfica No 47  
EDAD



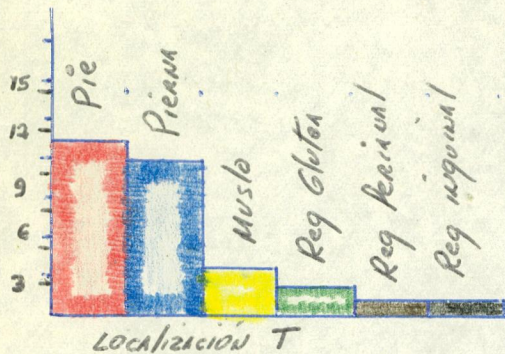
Gráfica No 48.  
SEXO

LOCALIZACION T.- Pie 11 casos 39.3 %; Pierna 10 casos 35.7 %; Mus  
lo 3 casos 10.7 %; Región glutea 2 casos 7.1 %; Re  
gión perianal 1 caso 3.6 %; Región inguinal 1 caso 3.6 %. ( Gráfica  
No 49.)

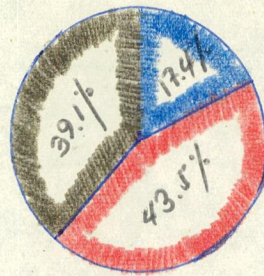
TUMANO.- Aparece en 23 historias; menos de 5 cms 4 casos 17.4 %; de-

5 a 10 cms 10 casos 43.5 %; mayor de 10 cms 9 casos 39.1 %. (Gráfica No.50.)

TIEMPO ENTRE CONSULTA Y CIRUGIA.- 18 historias. Menos de 15 días 4-  
casos 22.2 %; de 15 a 30 días 10-  
casos 55.5 %; más de 30 días 4 casos 22.2 %. (Gráfica No 51.)



Gráfica No 49.



TAMAÑO T  
Gráfica No 50



Tiempo entre Cons y Cirugía  
Gráfica No 51.

TIEMPO ENTRE CIRUGIA PRIMARIA Y VACIAMIENTO.- 20 historias. Menos de  
30 días 8 casos 40 %; -  
de 30 a 60 días 7 casos 35.0 %; más de 60 días 5 casos 25.0 %; Gráfi-  
ca No 52.

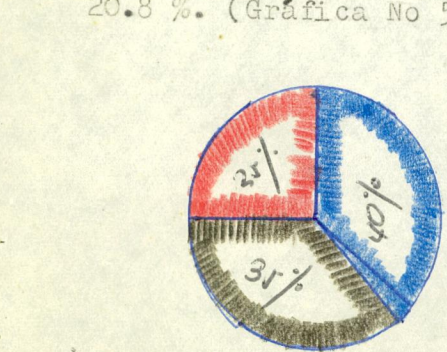
TIPO DE CIRUGIA.- Amputación muslo 12 casos 42.8 %; extirpación T más  
injerto 7 casos 25 %; Desarticulación grueso artejo  
2 casos 7.1 %; desarticulación metatarso falangica V artejo 2 casos -  
7.1 %; desarticulación atípica antepie 1 caso 3.5 %; amputación pier-  
na 1 caso 3.5 %. En 3 casos se trató el T primario con radioterapia -  
10.7 %; ( Gráfica No 53.9).

RESULTADO A.P. DE LOS GANGLIOS.- Positivos 15 53.6 %; Negativos 13 -  
46.4 %.

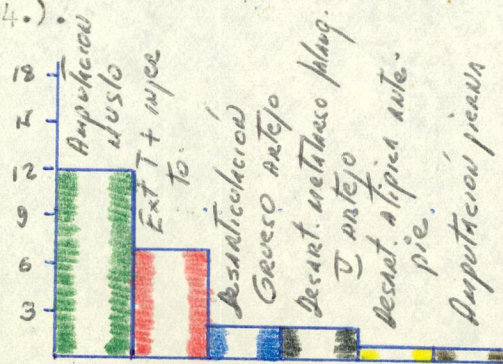
COMPLICACIONES OPERATORIAS.- Se presentaron dos 7.1 %; Undesgarro de  
vena iliaca externa y cava inferior y u-  
na ruptura de arteria femoral. En ambos casos se corrigió el daño.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.- Esfaclele 18 casos 64.3 %; Ruptura -  
arteria femoral 1 caso 3.6 %.

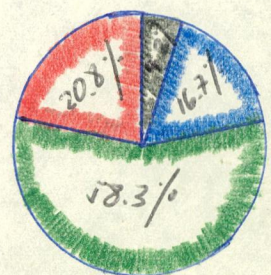
ESTADIA.- Menor de 15 días 1 caso 4.2 %; de 15 a 30 días 4 casos 16.7  
%; de 30 a 60 días 14 casos 58.3 %; más de 60 días 5 casos  
20.8 %. (Gráfica No 54.).



Tiempo entre Cirugía y U.I.  
Gráfica No 52.



Tipo de Cirugía  
Gráfica No 53



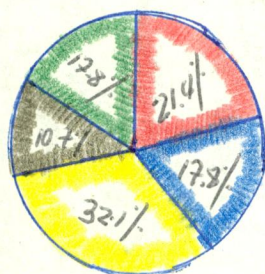
Estadío.  
Gráfica No 54.

CONTROLES.- 6 no volvieron después de salir del hospital 21.4 %; me-

nos de 1 año 5 casos 17.8 %; de 1 a 3 años 9 casos 32.1 %; de 3 a 5 años 3 casos 10.7 %; más de 5 años 5 casos 17.8 %; (Gráfica No 55.)

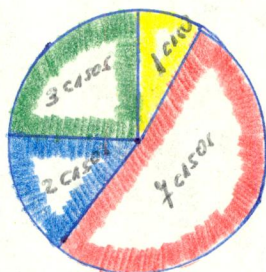
CONTROLES SIN TUMOR EVIDENTE.- Menos de 1 año 1 caso; de 1 a años - 7 casos; de 3 a 5 años 2 casos; más- de 5 años 3 casos. ( Gráfica No 56.)

RECIDIVA TUMORAL.- En 6 pacientes se presento recaída local 21.4 % en dos pacientes antes de un año y los cuatro - restantes entre 1 y dos años. Dos se declararon intratables por di- seminación de la enfermedad. Dos se reoperaron y/o recibieron radio- terapia y estaban bien dos y seis años después, y dos no volvieron- cuando se les propuso nuevo tratamiento. ( Gráfica No 57.)



Controles

Gráfica No 55



Controles sin T Evidente

Gráfica No 56



Recidiva Tumoral

Gráfica No.57

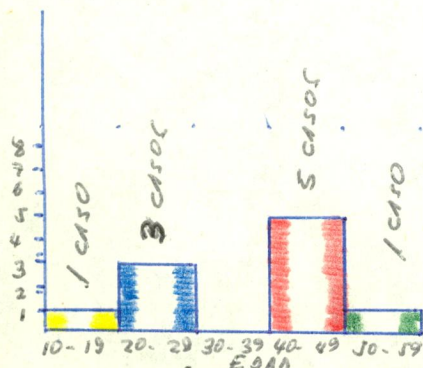
MORTALIDAD.- Cinco pacientes 17.8 % Tres murieron directamente a cau- sa de la enfermedad 10.7 %; 1 murio por gáangrena a los- 3 meses de operado, luego de ligadura de arteria femoral por ruptura; el otro murio a los 5 años por infarto pulmonar.

OTROS SARCOMAS.- 10 casos.

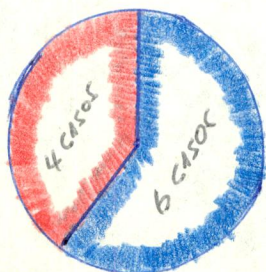
EDAD.- Se presentaron casos desde los 17 años hasta los 53. El 40 % - se presento en pacientes menores de 30 años. ( Gráfica No 58).

SEXO.- 6 mujeres, 4 hombres. (Gráfica No 59.)

EVOLUCION.- Todos los casos tenian evolución mayor de 6 meses. Entre 6 meses y 1 año 3 casos. Mayor de 1 año 4 casos. No apa- rece el tiempo de evolución en 3 historias. (Gráfica No 60.)

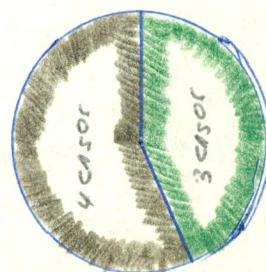


Gráfica No 58.



Sexo

Gráfica No 59



Evolución

Gráfica No 60.

LOCALIZACION.- Pie 3 casos 30 % Cervix 2 casos 20 %; región glutea 1 caso 10 %; región inguinal 1 caso 10 %; Muslo 1 ca

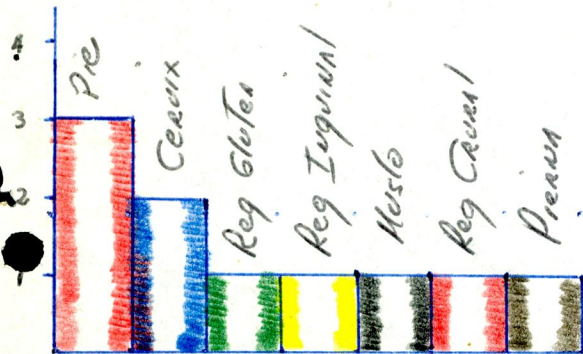
so 10 %; región crural 1 caso 10 %; pierna 1 caso 10 %. ( Gráfica No 61.)

TAMAÑO.- En 7 casos aparece el tamaño del T. En 1 caso media 5 cms; en los otros 6 más de 5 cms.

TIEMPO ENTRE CIRUGIA Y VACIAMIENTO.- Menor de 1 mes 5 casos 55.5 %; de 1 a 2 meses 1 caso 11.1 %; más de 2 meses 3 casos 33.3 %.(Gráfica No 62.)

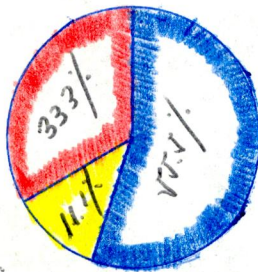
DIAGNOSTICO DEFINITIVO A.P.- Ca E.C. de cervix 2 casos; sarcoma plémor-  
fico 1 caso; Ca. mal diferenciado 1 caso;-  
T. maligno 1 caso; linfoma maligno posible reticulo sarcoma 1 caso; sar-  
coma sinovial 1 caso; fibrosarcoma bien diferenciado 1 caso; Rabdomio -  
sarcoma pleómorfo 1 caso; Histiocitoma maligno 1 caso.

RESULTADO A.P DE LOS GANGLIOS.- 6 positivos 60 %; 4 negativos 40 % . -  
(Gráfica No 63.)



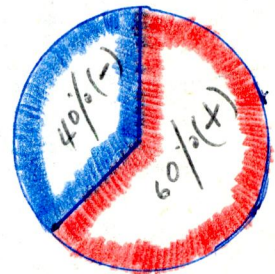
Localización T

Gráfica No 61



Tiempo entre Cirugía y V.I.I

Gráfica No 62



A.P. Ganglios

Gráfica No 63

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.- Esfaclele 6 casos 60 %.

ESTADIA.- Menos de 15 días 1 caso 11.1 % de 15 a 30 días 1 caso 11.1 %  
de 30 a 60 días 5 casos 55.5 %; más de 60 días 2 casos 22.2  
%.(Gráfica No 64.)

TIPO DE CIRUGIA PRIMARIA.- Resección amplia 3 casos 30 %; Amputación  
muslo 2 casos 20 %; Vulvectomía radical 1  
caso 10 %; amputación pierna 1 caso 10 %; directamente V.I.I 1 caso 10  
%; radioterapia 2 casos 20 % . ( Gráfica No 65.)

CONTROLES.- 1 caso no volvió después de ser dado de alta. Se sospecha-  
ba sistematización; menos de 1 año 5 casos; de 1 a 3 años  
3 casos; de 3 a 5 años 1 caso. Cuatro pacientes no presentaban T evi-  
dente en el último control a los 5, 10, 18 y 48 meses respectivamente.  
( Gráfica No 66.)

MORTALIDAD.- Tres pacientes murieron antes de los 6 meses a causa de  
la enfermedad 30 %. Dos pacientes se declararon intrata-  
bles por diseminación de la enfermedad a a los 3 y 14 meses.(Gráfica  
No 67.)

Los pacientes con gánglios positivos al vaciamiento, todos ~~muertos~~ 1 -  
estaban ~~muertos~~ o con sistematización antes de los 16 meses de ope-  
rados. En cambio los 4 pacientes con gánglios negativos, solamente 1  
murio a los 4 meses por metástasis pulmonares. Los otros 3 se encon-  
traban sin T evidente hasta los 48 meses, tiempo del último control.

CONCLUSIONES 1.- El vaciamiento ganglionar inguinal o inguinoiliaco - es el tratamiento de elección y/o complementario en lesiones neoplásicas malignas de miembros inferiores, genitales externos y zonas subyacentes " región perianal, glutea, etc".

2.- El vaciamiento inguinal o inguinoiliaco es de dos tipos: profiláctico " romper la vía ascendente de diseminación ganglionar" como sucede en el melanoma y curativo, cuando por su localización los ganglios inguinoiliacos pueden estar inicialmente afectados " Ca de pene y de vulva".

3.- En terminos generales el vaciamiento debe efectuarse al mismo tiempo en lesiones de pene y vulva, con el tratamiento quirúrgico del T primario. En melanoma se debe realizar al mes de la resección del T primario, para dejar tiempo que células névicas tumorales sembradas durante el tiempo operatorio puedan ser captadas por los ganglios. En Ca E/C. de miembro inferior, la idea es practicar el vaciamiento cuando se palpén adenopatias inguinales. En cuanto a otros sarcomas se ha discutido mucho si tiene valor el vaciamiento, ya que los sarcomas generalmente se diseminan por vía hemática y no linfática.

4.- La mejor técnica quirúrgica es aquella que secciona la arcada crural para exponer ampliamente los vasos y linfáticos retroperitoneales.

5.- Las complicaciones postoperatorias consecutivas a la desnutrición del pueblo colombiano, son superiores en más del 100 % a las más altas encontradas en la literatura.

6.- El vaciamiento inguinoiliaco no es un tipo de cirugía difícil, pero requiere entrenamiento adecuado, tanto para su realización como para sus indicaciones.

7.- La obtención de cifras estadísticas a largo plazo, relacionadas con la supervivencia de los pacientes tratados con cáncer, es muy difícil entre nosotros, porque los pacientes generalmente se pierden.

8.- Es indispensable la divulgación de la patología de tumores entre el cuerpo médico, con el fin de facilitar el diagnóstico precoz y el rápido y adecuado tratamiento del cáncer.

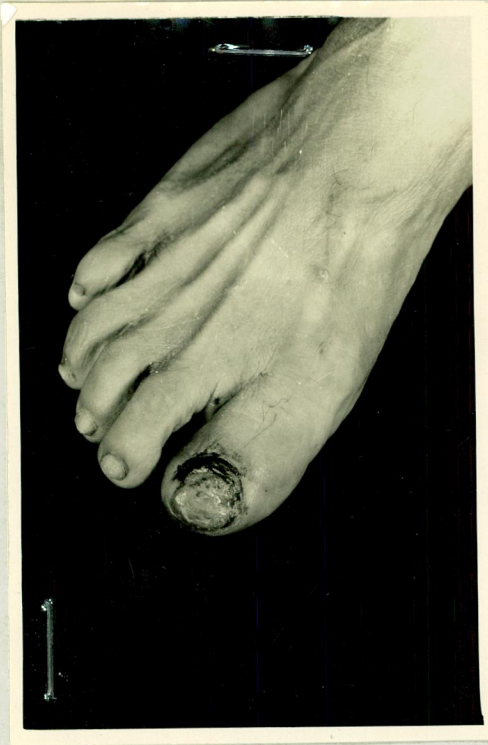
BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Ariel, I.M. The extended radical groin dissection for melanomas of the lower extremity. Srg.Ginec & Obstet, 1.971, 132, 116.
- 2.- Barrera Eduardo. El vaciamiento inguinal e iliaco. Su papel en la cirugía radical de los tumores malignos. Universitas Médica 1.963 5, 285.
- 3.- Block, G.E. and Hartwell, S W. Malignant melanoma; a study of 217 cases. Part II, treatment effect. Ann. Surg, 1.961, 154, 88.
- 4.- Byron et al. Radical inguinal node dissection in the treatment of cancer Sngg.Ginec. Obst, 1.962, 114, 401.

- 5.- Cochran, A.J. Malignant Melanoma. A review of 10 Years. Experience in Glasgow, Scotland, Cancer 23; 1190, 1.969.
- 6.- Das Gupta, T and D Urso, J. Melanoma of female genitalia. Surg, Gyn & Obst, 1.964, 119; 1074.
- 7.- Fortner, J, G, et al. Results of groin dissection for malignant melanoma in 220 patients. Surgery, 1.964; 55; 485.
- 8.- Goldsmith, H, S, et al. Prognostic significance of lymph node dissection in the treatment of malignant melanoma. Cancer 26: 606 1.970
- 9.- Gray D.B. and Bayley, H.A. A new technique for radical ilioinguinal lymph node dissection. An Surg, 1957, 145, 873.
- 10.- Harris et al. Ilioinguinal lymph node dissection for melanoma. Surg Gyn & Obstet 1.973; 136; 33.
- 11.- Hovnamian A.P. The evolution and present status of pelviinguinal-lymphatic excision. Surg. Gyn Obstet 1.967, 124; 851.
- 12.- Merrill, J.A. and Ross, N. L. Cancer of the vulva. Cancer 1.961 - 14; 13.
- 13.- Moore, G.E, and Gerner, R. E. Malignant melanoma. Surg, Gyn, Obst 1.971, 132: 427
- 14.- Mc Neer, G. Malignant melanoma. Surg. Gyn & Obstet. 1.965, 120; - 343
- 15.- Palmer J.P. et al. Carcinoma of vulva; report of 313 cases. Surg. Gyn & Obstet. 1.949, 88, 435.
- 16.- Polk H.C. and Linn B.S. Selective regional lymphadenectomy for melanoma. Ann Surg. 1.971, 174; 402
- 17.- Richards, C.J. et al. Squamous cell cancer of anus, anal canal, - and rectum in 109 patients.. Surg. Gyn & Obstet. 1.962, 104; 475
- 18.- Rutledge, F. et al. Carcinoma of the vulva. Am. J. Obstet Gyn - 1.970; 106; 1117.
- 19.- Spratt J.S. et al. Anatomy and Surgical technique of groin dissection. An Surg 1.965; 194; 864.
- 20.- Tapas K and Das Gupta, T. Radical groin dissection. Surg. Gyn & Obstet 1.969; 129; 1275.
- 21.- Wagner, D.E. et al. A new approach to radical retroperitoneal iliac and femoral node dissection. Arch Surg. 1971, 103; 681.
- 22.- Williams K, and Butcher H.R. Jr. A technique for inguinal and iliac lymphadenectomy. Am Surg. 1.961. 27; 55.
- 23.- Groshong L.E. A technique for radical groin dissection. Surg Gyn & Obstet. 1.973. 136; 986.

FOTOGRAFIAS DE ALGUNOS CASOS CLINICOS

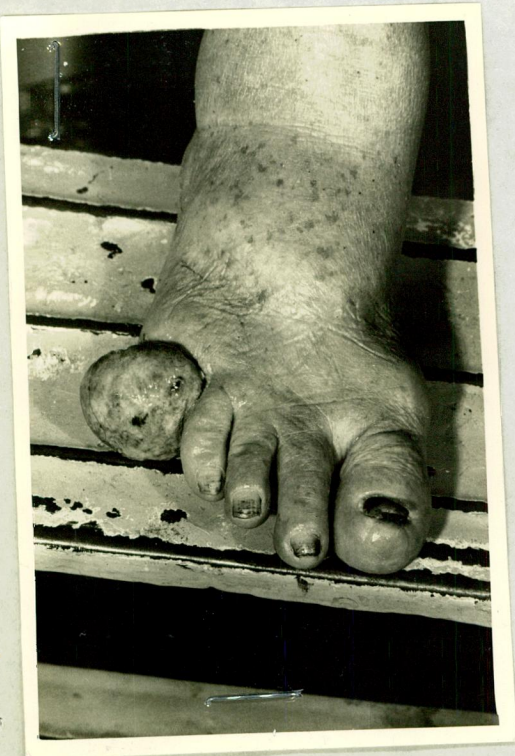
MELANOMA:



Melanoma de Hutchinson



Melanoma interdigital



Melanoma V artejo



Melanoma IV artejo.



Nódulos de permeación



Melanoma en pierna



Resultados postoperatorios.

Cicatriz post vaciamiento



Injertos prendidos

CA E/C DE PENE.



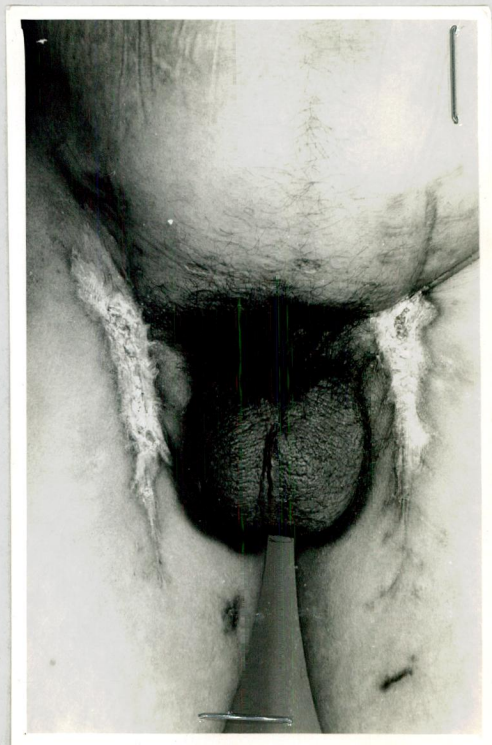
Ca. de pene



Ca de pene.



Resultado postoperatorio

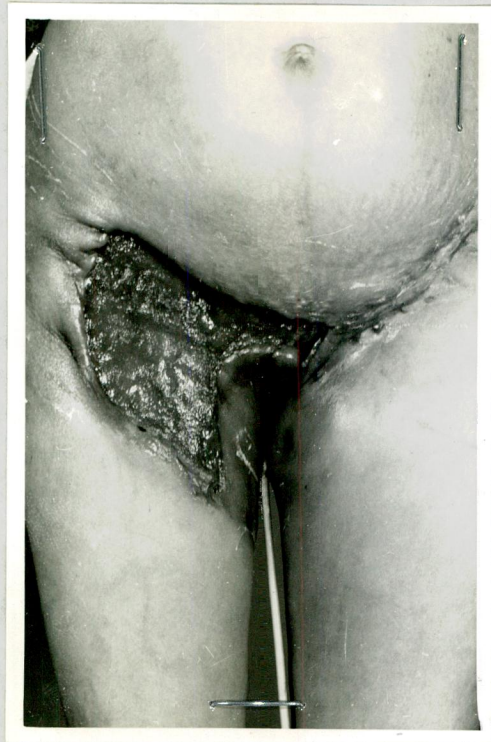


Queloiide moderado

CA E/C DE VULVA. -



Ca de vulva. ( Observese lo avanzado de los casos )



Resultado postoperatorio ( Observese el esfacelo amplio en vias de granulaci3n ).

CA E/C DE MIEMBRO INFERIOR.-



Ca E/C pequeño



Ca E/C que ocupa practicamente toda la pierna.

OTROS SARCOMAS.-



Rabdomiosarcoma pleomórfico



Sarcoma Muslo



Sarcoma muslo ulcerado.

6411

7159

I/134/76

- VARIANTE
- FUSINO ILIACO
- NEOPLASIAS DE LOS GENITALES FEMENINOS
- EXTREMIDADES
- MELANOMA
- SARCOMA

Instituto Nacional de Cancerología



INC002437

