

Exenteración pélvica en cáncer de recto: Un paradigma que debe cambiar

Pelvic Exenteration in Rectal Cancer: A Paradigm That Must Change

Señor Editor:

La exenteración pélvica es una de las cirugías oncológicas más desafiantes, concebida inicialmente como un procedimiento de rescate con intención paliativa. Sin embargo, en las últimas décadas, debido a avances técnicos y multidisciplinarios, su indicación se ha ampliado considerablemente, contándose hoy como una alternativa curativa. Esto ha sido particularmente relevante para pacientes portadores de tumores localmente avanzados o recidivados de la pelvis que hace pocos años se consideraban fuera del alcance quirúrgico. En nuestro país, a pesar de la evidencia actual, la cultura de ofrecer estas opciones terapéuticas es extremadamente limitada, lo que subraya la necesidad de concientizar sobre su potencial beneficio en la sobrevida y calidad de vida de los pacientes.

La exenteración pélvica, del latín *ex* (hacia afuera) y griego *énteron* (vísceras), en el contexto del cáncer de recto puede definirse como la resección en bloque del tumor y dos o más estructuras pélvicas comprometidas (como órganos genitourinarios, estructuras óseas o neurovasculares), con el objetivo de alcanzar un margen de resección negativo (R0). La evidencia internacional, liderada por el grupo colaborativo PelvEx, reporta tasas de resección R0 del 70-85%, con una sobrevida global a 5 años cercana a 50% en pacientes seleccionados^{1,2}. Además, aunque estas cirugías presentan hasta un 70% de morbilidad en series

con resecciones óseas³, la calidad de vida de los pacientes mejora progresivamente tras el primer año postoperatorio, llegando a superar las expectativas y resultados de los cuidados paliativos convencionales⁴. El grupo PelvEx también ha destacado que estas cirugías se realicen en un entorno multidisciplinario, donde especialistas en cirugía, oncología, anestesia, fisiatría y en manejo del dolor trabajen en equipo para optimizar los resultados perioperatorios y funcionales.

A pesar de que la exenteración pueda representar una alternativa curativa para un grupo de pacientes, en Chile no existe una centralización, ni canales de derivación establecidos para estos casos, lo que limita el acceso oportuno a estas cirugías. Es importante destacar que, hace 21 años, el grupo pionero del Hospital San Borja publicó la primera serie nacional de exenteraciones por tumores digestivos⁵ y recientemente, el Hospital Sotero del Río publicó su serie de casos, reportando una adecuada tasa de R0 y destacando un 50% de pacientes con resecciones óseas⁶. Sin embargo, series así son anecdóticas en el medio nacional y el número de pacientes incluido, escaso para la incidencia de enfermedad localmente avanzada que se reporta en la literatura. Esto evidencia una preocupante falta de adopción de esta técnica en nuestro medio, en contraste con el panorama internacional. Si bien existen dificultades en su implementación y un probable sesgo de publicación asociado a la alta morbilidad que presentan estos pacientes, resulta necesario abordar esta realidad con desde una perspectiva país.

Nuestra experiencia en un hospital académico de alta complejidad, que atiende población del sistema público y privado, es de 33 exenteraciones pélvicas en un período de nueve años representando una curva de aprendizaje institucional. La mayor parte de nuestros pacientes han tenido una resección ósea o vascular mayor, el porcentaje de R0 ha sido de 80% y no hemos tenido mortalidad operatoria. Respecto a la morbilidad, si bien existieron complicaciones mayores (Clavien-Dindo mayor a III) en 60% de los casos, estas cifras son comparables a series con altos porcentajes de resecciones óseas y todas fueron manejadas

y resueltas adecuadamente a nivel institucional. Así, estos resultados son comparables con los estándares internacionales y subrayan la importancia de que el tratamiento se lleve a cabo en centros especializados donde los equipos estén altamente entrenados para enfrentar la complejidad técnica de las cirugías y un postoperatorio desafiante a nivel intra y extra hospitalario. Si bien, se trata de procedimientos de alto riesgo quirúrgico, este lo hemos que asumimos como equipo junto a nuestros pacientes, basados en la sobrevida y calidad de vida reportada por series internacionales y apoyada por datos locales.

A la fecha, no existen cifras oficiales respecto a la frecuencia y manejo oncológico de quienes serían potenciales candidatos a exenteraciones pélvicas en nuestro país. Sin embargo, a nivel societario y académico se ha percibido una brecha importante entre la indicación formal de este tipo de cirugías y el acceso de los pacientes a su realización. Es por ello, que considerando la mejor evidencia disponible y la experiencia internacional, resulta fundamental generar un diagnóstico de situación mientras se implementan cambios estructurales en el sistema de salud chileno que permitan garantizar el acceso oportuno y equitativo a estas cirugías.

Proponemos

1. Centralización: Establecer centros de referencia especializados en exenteración pélvica. Los centros de referencia y el volumen aseguran los mejores resultados posibles en estos escenarios tan complejos¹.
2. Cultura de derivación: Crear canales claros de derivación que permitan la evaluación temprana y multidisciplinaria

de pacientes con tumores localmente avanzados o recidivados. Para ello resulta fundamental que los flujogramas de gestión oncológica se alineen a la mejor decisión oncológica dictada por los comités institucionales y que estos a su vez dialoguen por vías formales.

3. Formación de especialistas: Fomentar la capacitación de más cirujanos/as en estas técnicas mediante programas nacionales e internacionales. Esta estrategia ha demostrado ser exitosa en nuestro y otros medios.
4. Colaboración público-privada: Promover alianzas entre los sistemas de salud público y privado para optimizar los recursos y ampliar el acceso a estas cirugías. Esto sigue a los ejemplos de modelos exitosos implementados en Chile en trasplante hepático, cardíaco y emergencias vasculares, por mencionar algunos.
5. Auditoría prospectiva de implementación: Establecer registros centralizados que permitan no solo un análisis desde la gestión económica, sino una mirada científica desde instituciones académicas a los resultados oncológicos y de calidad de vida.

Estos cambios no solo podrían aumentar la sobrevida de los pacientes, sino también favorecer su reintegración social y laboral, considerando que son con frecuencia adultos en plena etapa productiva.

Finalmente, si bien estas cirugías podrían representar una inversión significativa en salud pública, existe evidencia suficiente que respalda el beneficio oncológico y en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Gonzalo Urrejola Schmied^{1,2,*}, José Tomás Larach Kattan^{1,2}, Cristián Jarry Trujillo^{1,2}, Bruno Nerví Nattero^{3,4}.

¹Unidad de Coloproctología, División de Cirugía, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

²Equipo de Coloproctología, Red UC-Christus, Santiago, Chile.

³Departamento Hematología-Oncología Médica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁴Equipo de Oncología Médica, Red UC-Christus, Santiago, Chile.

*Correspondencia: Gonzalo Urrejola Schmied / g
onzaurrejola@gmail.com
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Edificio Académico de la Facultad de Medicina,
Diagonal Paraguay 362, cuarto piso. Santiago, Chile.

Referencias:

1. The PelvEx Collaborative. Contemporary results from the PelvEx collaborative: Improvements in surgical outcomes for locally advanced and recurrent rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2024; 26(5): 926-931.
2. Van Kessel CS, Solomon MJ. Understanding the Philosophy, Anatomy, and Surgery of the Extra-TME Plane of Locally Advanced and Locally Recurrent Rectal Cancer; Single Institution Experience with International Benchmarking. *Cancers.* 2022; 14(20): 5058.
3. Austin KKS, Herd AJ, Solomon MJ, Ly K, Lee PJ. Outcomes of Pelvic Exenteration with en Bloc Partial or Complete Pubic Bone Excision for Locally Advanced Primary or Recurrent Pelvic Cancer. *Dis Colon Rectum.* 2016; 59(9): 831-835.
4. Young JM, Badgery-Parker T, Masya LM, King M, Koh C, Lynch AC, et al. Quality of life and other patient-reported outcomes following exenteration for pelvic malignancy. *Br J Surg.* 2014; 101(3): 277-287.
5. Bannura C, Barrera A, Melo C, Contreras J, Soto D. Exenteración pélvica total: Indicaciones, técnica y resultados. *Rev Chil Cir.* 2004; 56(4): 362-369.
6. Morales Mora CG, Durán Espinoza V, Manríquez Alegría E, Escobar Retamal J, Kusanovich Borquez R, Quezada Díaz F. Exenteración pélvica con y sin resección ósea en cáncer de recto localmente avanzado o recurrente: Resultados en un hospital público. *Rev Cir.* 2025; 77(1): 51-57. [citado el 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/2319>