

EXPERIENCIA CON PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA RADICAL EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE LA PROSTATA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Dr. Claudio Orlich Castelán,
Dr. Willy Feinzaig Rosenstein,
Dr. Jaime Gutiérrez Góngora y
Dr. Orlando Ordóñez Goñi .
Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios.

Palabras claves: cáncer de próstata. Prostatectomía radical.
Key words: prostate cancer. Radical prostatectomy.

INTRODUCCION

El adenocarcinoma de la próstata es el cáncer interno más frecuente en los hombres en los Estados Unidos y ocupa el cuarto lugar en frecuencia en nuestro país. En 1991 se diagnosticaron en los Estados Unidos 122.000 casos nuevos y es causa de 22.7 muertes por cada 100.000 hombres, con una incidencia de 75.3 casos por 100.000 hombres (1).

La historia natural, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer prostático son controversiales. La enfermedad, localizada en la mayoría de los casos, no tiene ninguna consecuencia en la calidad y en la duración de vida en estos pacientes (2). Se ha demostrado en autopsias una prevalencia alta de cáncer prostático no diagnosticado en hombres mayores de 50 años y es conocido el hecho de que solamente el 7% de los hombres con cáncer histológico morirán de la enfermedad (1). En nuestro medio, la mayoría de las veces se hace el diagnóstico tardíamente y sólo una tercera parte de los casos tienen enfermedad limitada potencialmente curable.

El descubrimiento del antígeno prostático especí-

fico desde 1979 y el uso del ultrasonido transrectal, han permitido hacer un diagnóstico más temprano de la enfermedad (3). El uso de laxantes en soluciones a base de polietilenglicol ha permitido una preparación preoperatoria menos molesta del intestino, evitando el uso de enemas. Además de ello, la técnica quirúrgica ha mejorado haciéndose hoy día una mejor hemostasia, mejor disección del apex con disminución de la incontinencia urinaria, y con la preservación de los nervios pélvicos que permiten conservar la potencia sexual (4y5). Todo eso ha hecho que en la última década se haya aumentado mucho el número de prostatectomías radicales hechas como tratamiento del cáncer temprano de la próstata.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de los pacientes a los que se les hizo una prostatectomía radical por cáncer prostático en el Hospital San Juan de Dios en un período comprendido entre julio de 1979 y diciembre de 1994, encontrando 39 casos. Se determinaron las complicaciones más importantes, se revisaron los reportes de Patología y se revisó la sobrevida de ellos.

RESULTADOS

De los 39 casos se encontraron 9 con edad menor a los 60 años, siendo los dos menores de 53 años y 54 años, 7 casos entre 60 y 65 años de edad, 19 pacientes entre 65 y 70 años y 4 mayores de 70 años. La mayoría se presentaron con síntomas urinarios obstructivos; se detectó un nódulo duro al examen rectal en 12 casos. En 8 casos se hizo el diagnóstico con ultrasonido transrectal y biopsia con aguja fina de Biopsy en pacientes con antígeno prostático específico elevado. En 11 se encontró el diagnóstico al reportar la biopsia de una resección transuretral con examen rectal normal. En un enfermo se encontró historia de un Ca papilar de tiroides.

Revisando los hallazgos histológicos se encontró un aumento del estadio clínico en 30 casos y en el 12.8% de los casos (5 pacientes) no se encontró tumor residual en la pieza quirúrgica.

Se encontró una mortalidad inmediata del 2.5%, representada por un único paciente que falleció de embolismo pulmonar masivo.

Como complicación transoperatoria más frecuente se determinó la hemorragia severa, entendiéndose por ella el requerimiento de más de 2 litros de sangre, en cuatro casos, todos ellos hechos a inicio de la década de los 80. Uno de ellos tuvo un paro cardíaco transoperatorio por shock hipovolémico; otro tuvo una necrosis tubular aguda con insuficiencia renal requiriendo diálisis; en otro se dejó un empaque pélvico por 48 horas y en uno hubo una perforación de recto asociada. Todos sobrevivieron con tratamiento apropiado.

Se hizo una perforación rectal en 3 casos (7.6%), dos de ellos con extensión local del tumor, uno tratado con reparación inmediata sin colostomía; en los otros dos además se hizo colostomía, que fue temporal en uno y permanente en el otro, el cual desarrolló una fístula uretrorectal, tratada también con cistostomía.

Se lesionó el nervio obturador en un caso con sección completa y en otro hubo pinzamiento con

tracción. Ambos se quejaron de neuritis en los miembros inferiores y mejoraron con fisioterapia.

Como complicaciones en el periodo postoperatorio se obtuvieron: embolismo pulmonar en 2 casos (5%), uno fallecido por paro cardiorespiratorio y otro quejándose de dolor pleurítico después de paro cardíaco transoperatorio. Hubo disrupción de la anastomosis uretrovesical en un paciente al que el enfermero le retiró la sonda uretral al cuarto día sin orden médica; el paciente fue reintervenido con cateterismo retrógrado y terminó con incontinencia urinaria permanente.

Se presentó una contractura del cuello vesical en el sitio de la anastomosis en el 25% de los casos. En siete de ellos se usaron los puntos perineales de Vest; en uno se hizo una anastomosis directa, recibiendo este paciente radioterapia además, como tratamiento adyuvante por tener márgenes positivos; y en los otros dos casos, no se encontró información acerca del tipo de anastomosis. Cuatro de ellos se trataron con dilataciones periódicas; una con inyección de esteroides y a dos se les hizo una uretrotomía interna. Uno de ellos se complicó luego con una litiasis vesical tratada con litolapaxia.

Se encontró incontinencia urinaria importante en 9 casos (25%), 3 de ellos con sonda uretral fija y uno con un sistema colector externo. Uno con fístula uretrorectal y otro con historia de disrupción de la anastomosis. En un caso se usó la inyección periuretral de teflón con mejoría.

Se hizo un intento de conservar la potencia sexual con preservación de nervios pélvicos en dos casos y solo un paciente reportó erecciones suaves que le permitían tener relaciones sexuales. A un paciente se le colocó una prótesis rígida de pene. Otras complicaciones menores se reportan en la tabla número 1.

Además de la prostatectomía radical se hizo una orquidectomía bilateral inmediata en 10 casos (9 con ganglios positivos y 1 con bordes positivos y ganglios negativos), y en forma tardía en otros 7 casos por recurrencia local o metástasis óseas, para un total de un 40% de los pacientes a los que se les hizo una orquidectomía bilateral además de la prostatectomía radical.

Se dio radioterapia coadyuvante a la pelvis en 3 casos, y además en un caso con metástasis cerebrales en forma paliativa para disminuir edema cerebral y también paliativa a otro caso con metástasis óseas.

En cuanto a la sobrevida sabemos de dos casos vivos después de 10 años; uno de ellos con márgenes positivos y radioterapia coadyuvante. Se encontraron 6 pacientes fallecidos, casi todos con tumores localmente extensos y mal diferenciados. Uno de ellos terminó con paraplegia por invasión medular, otro con una hemiparesia izquierda y convulsiones por metástasis al SNC. El resto con metástasis óseas y fractura de cadera en uno de ellos.

**TABLA 1
COMPLICACIONES MENORES
DESPUES DE PROSTATECTOMIA
RADICAL**

INFECCION DE LA HERIDA	8
INFECCION URINARIA	5
ORQUIEPIDIDIMITIS	2
ABSCESO DE ESCROTO	1
DRENAJE EXCESIVO DE ORINA (POR EL HEMOVAC)	3
EDEMA DE LOS GENITALES	4
EDEMA DE Ms Is .	2
LITIASIS VESICAL	1
TOTAL	26

DISCUSION

Solamente se han practicado 39 prostatectomías radicales en el Hospital San Juan de Dios en los últimos quince años. Esto pone en evidencia el hecho, ya descrito, que el diagnóstico de cáncer de próstata generalmente es tardío y no se encuentran con frecuencia candidatos ideales con estadios tempranos. Esto ha cambiado en los últimos años con el uso del antígeno prostático específico y el ultrasonido transrectal en el programa de detección temprana, junto con el tacto rectal anual de rutina en hombres mayores de 45 años.

Lógicamente la incidencia de complicaciones depende en gran parte de la experiencia del cirujano y del grado de extensión local del tumor y por esa razón no es de nuestra sorpresa el hecho de que algunas complicaciones sean más frecuentes en nuestro grupo de pacientes, comparados, por ejemplo, con las series de la clínica Mayo reportadas por Igel et al en 1987 (6).

Se comprueba el hecho ya reportado por Zincke, de que con gran frecuencia el estadio patológico es más elevado que el estadio clínico. Él reportó, por ejemplo, que el 29% de los pacientes con estadio A2 y el 12% de los pacientes con estadio A1 tienen un estadio patológico C o más alto (7). El Dr. Walsh ha reportado que el uso de tomografía axial computarizada o resonancia magnética no cambian este hecho y son de valor dudoso en el estudio preoperatorio (5).

Se hizo una prostatectomía radical en presencia de nódulos linfáticos positivos en 10 de nuestros casos, siempre acompañada de una orquidectomía bilateral. Este es un hecho controversial. Zincke ha reportado su experiencia y según ella, en la Clínica Mayo estos pacientes tienen una sobrevida mejor cuando se comparan a aquellos, en las mismas condiciones, a los cuales solamente se les hace una orquidectomía bilateral (8).

La mortalidad de 2.5% es aceptable en nuestro medio. Walsh reporta una mortalidad de 1.7% en sus series, debida también a embolismo pulmonar masivo (5). Se ha usado la profilaxis con la minidosis de

heparina y al salir del Hospital se les indica aspirina por un mes. Igel et al reportaron, en 1987, una mortalidad perioperatoria del 0.6% en las series de la Clínica Mayo, en un grupo de 692 pacientes, con una incidencia de embolismo pulmonar de 2.7% (6).

Rainwater y Segura reportaron un promedio de pérdida transoperatoria de un litro (9). En nuestros primeros casos tuvimos cuatro casos de sangrado importante pero esto ha disminuido notablemente con la ligadura del plexo anterior como lo describe Myers (10).

La disrupción de la anastomosis ha sido también reportada por Walsh y se ha recomendado el hacer una cistostomía y pasar un hilo por el extremo de la sonda que se debe de anudar a un botón en la pared abdominal, como medida para evitar el retiro accidental temprano de la sonda uretral, que usualmente se deja por tres semanas (5).

Nuestra incidencia de contractura de la anastomosis es más alta. Se ha recomendado para prevenirla la eversión de la mucosa vesical y el uso de una anastomosis directa si es posible (5).

Myers ha descrito la importancia de preservar las fibras del esfínter en la disección apical y el dejar una uretra lo más larga posible para evitar el problema de la incontinencia (10). Hemos hecho un esfuerzo en nuestros últimos casos en seguir estas consideraciones para disminuir nuestra incidencia de incontinencia urinaria importante.

La preservación de la potencia sexual es de importancia secundaria en estos casos y si el tumor es avanzado localmente no es posible disecar los nervios pelvicos como lo describe Walsh, pero también lo estamos haciendo en casos de enfermedad mínima.

RESUMEN

Se analiza nuestro grupo de 39 pacientes con carcinoma de la próstata a los cuales se les hizo una prostatectomía radical; es un período de quince años

en el Hospital San Juan de Dios. Se encuentra una mortalidad del 2.5% representada por un único paciente que murió de embolismo pulmonar. Se reportan hallazgos patológicos y complicaciones más frecuentes como lo son el sangrado transoperatorio, perforación rectal, contractura del cuello vesical, incontinencia urinaria y otras complicaciones menores, encontrando una incidencia más elevada de ellas, como es de esperar, en este grupo comparado con otros reportes en la literatura atribuyendo esto a un diagnóstico más tardío con estadios clínicos más avanzados y a una experiencia menor. Se insiste en la necesidad de un programa de detección precoz en nuestro País y en la utilización de avances en la técnica quirúrgica para obtener mejores resultados.

SUMMARY

We herein report our group of 39 patients with prostate cancer who were treated with a radical prostatectomy in fifteen years at the Hospital San Juan de Dios. We report our complications finding as expected in a small series, a higher incidence of them, with no doubt related to a late diagnosis. We insist in the necessity of early detection program and the use of better modern surgical procedures to obtain better results.

BIBLIOGRAFIA

1. Stamey, T., and McNeal, J. : adenocarcinoma of the prostate. In Walsh P.C. et al: Campbell's Urology. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1992, 1159-1215.
2. Adolfsson, J. and Cartensen, J. : Natural course of clinically localized prostate adenocarcinoma in men less than 70 years old, J.Urol., 1991, 146: 96.
3. Oesterling, J.E. : Prostatic specific antigen: A critical assesment of the most useful tumor marker for adenocarcinoma of the prostate. J.Urol., 1991, 145: 907.

4. Myers, R.P. : Male urethral sphincteric anatomy and radical prostatectomy. Urologic Clinics of North America, 1991; 18: 211-225.
5. Walsh P. : Radical Retropubic Prostatectomy. In Walsh P. et al: Campbell's Urology, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1992, 2865-2886.
6. Igel, T.C., Barrett D.M., Segura, J.W., Benson R.C. and Rife C.C. : Perioperative and posoperative complications from bilateral pelvic lymphadenectomy and radical retropubic prostatectomy. J.Urol., 1987, 137: 1189.
7. Zincke H., Blute M. et al : Radical Prostatectomy for stage A adenocarcinoma of the prostate: staging errors and their implications for treatment recommendations and disease outcome. J. of Urol. 1991; 146: 1053-1058.
8. Zincke, H. Combined surgery and immediate adjuvant hormonal treatment for stage D1 adenocarcinoma of the prostate : Mayo Clinic Experience. Seminars in Urology, 1990; 3 : 175-183.
9. Rainwater, L.M. and Segura, J.W. : Technical considerations in radical retropubic prostatectomy : blood loss after ligation of dorsal venous complex. J. of Urol., 1990, 143: 1163.
10. Myers, R.P. : prostate shape, external striated urethral sphincter and radical prostatectomy : the apical dissection, J. Urol. .1987, 138 : 543-550.