

PROSTATECTOMÍA RADICAL PERINEAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

DRS. OCTAVIO CASTILLO, RENATO CABELLO, LEONARDO ARELLANO.

*Unidad de Urología y Anatomía Patológica, Clínica Santa María. Departamento de Urología,
Facultad de Medicina Oriente, Universidad de Chile.*

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es evaluar la reproducibilidad y presentar nuestros resultados quirúrgicos y funcionales, al realizar la técnica de la prostatectomía radical por vía perineal.

Material y Método: La serie la componen 51 pacientes con diagnóstico clínico de cáncer de próstata localizado, tratados entre julio de 1997 y noviembre de 2000. La técnica quirúrgica utilizada fue la misma en todos los pacientes (sin preservación de bandeletas) y los resultados se recolectaron en forma prospectiva en una planilla de datos.

Resultados: Se logró reproducir la técnica en todos los pacientes de la serie. El tiempo operatorio y el sangrado promedio fue de 71 minutos y 289 ml, respectivamente (transfusión en 9,8%). Se produjo apertura accidental del recto en 6 casos (11,7%), reparándose todos en forma primaria y exitosamente. Se requirió analgesia EV y reposo completo sólo por 24 h en promedio y la estadía hospitalaria varió entre los 2 y 5 días. Se observaron 3 casos de estenosis uretral como única complicación tardía. Se evaluó la continencia, en 45 pacientes, el 93,3% no requiere protectores (42 casos), con continencia completa 35 (77,7%) y con goteo de esfuerzo 7 (15,5%). Tres pacientes tienen incontinencia, 2 de ellos moderada (1 a 2 paños al día) y 1 presenta incontinencia completa.

Conclusiones: La prostatectomía radical perineal es una técnica reproducible y tanto los resultados intraoperatorios como los funcionales, la hacen una vía a considerar en el manejo de pacientes con cánceres de próstata localizados.

ABSTRACT

Perineal Radical Prostatectomy in Localized Prostate Cancer

The objective of this study is to evaluate the reproductibility and to present our surgical and functional results, when the radical prostatectomy technique by perineal way is carried out.

Material and Method: It is a 51 patient series with a clinical diagnosis of localized prostate cancer, treated from July, 1997 to November 2000. The surgical technique applied was the same for all patients (without neurovascular bundles preservation) and the results were compiled in a data worksheet in a prospective form.

Results: The technique was reproduced in every patient of the series. The surgical time and bleeding average was 71 minutes y 289 ml, respectively (transfusion in 9,8%). An accidental rectal opening was produced in 6 cases (11,7%), all of them successfully repaired in a primary way. EV analgesia was required, and an average of only 24 hours of complete rest was required. The hospitalization stay varied from 2 to 5 days. 3 cases of urethral stenosis, as a unique late complication, were observed. Continence in 45 patients was evaluated. 93,3% (42 cases of them) did not require protectors; 35 (77,7%) of them, with complete continence, and 7 (15,5%) with effort dripping. Three patients were incontinent, 2 of them moderate (1 to 2 towels a day) and one of them presented total incontinence.

Conclusions: The Perineal Radical Prostatectomy is a reproductible technique, and due to its intraoperative and functional results, it is possible to consider it in the local prostate cancer patient management.

INTRODUCCIÓN

El impacto que ha significado la utilización clínica del Antígeno Prostático Específico¹, así como la mayor acuciosidad y periodicidad de los controles en la población masculina susceptible, han permitido la pesquisa cada vez más temprana (y por lo mismo con enfermedad localizada en la glándula) de los pacientes portadores de cáncer de próstata², con el consiguiente aumento de los candidatos a realizarse procedimientos locales y curativos para su enfermedad.

En la actualidad, las opciones terapéuticas para estos pacientes las incluyen tanto a la cirugía³ como a la radioterapia, en sus formas externa convencional⁴, conformacional⁵ y braquiterapia⁶.

La opción quirúrgica es la más comúnmente usada, siendo la prostatectomía radical el tratamiento de elección del cáncer prostático localizado en la mayor parte de los centros del país y del mundo. La vía de abordaje más utilizada para esta cirugía, es la retropúbica³, la que con las variantes técnicas propuestas por Walsh⁷ ha permitido disminuir significativamente la incidencia de incontinencia urinaria, y, en casos seleccionados, conservar las bandeletas neurovasculares para preservar la potencia sexual. Dicho abordaje, permite además la realización de una disección linfática regional simultánea, importante para la estadificación patológica de los pacientes. Estos elementos, sumados a la mayor familiaridad del urólogo con la anatomía de la región, han popularizado a la prostatectomía radical retropúbica como «la» técnica de cirugía prostática radical.

Posteriormente, la realización de los estudios de Partin⁸, que mostraron una estadificación ganglionar clínica razonablemente segura, basados en el antígeno prostático, score de Gleason y estadio clínico, sumados a la posibilidad de realizar una linfadenectomía pelviana mínimamente invasiva, ya sea por medio de una laparotomía mínima o por vía laparoscópica⁹, hicieron resurgir a la antigua prostatectomía radical por vía perineal¹⁰ como una alternativa válida en la cirugía del cáncer prostático^{11,12}.

La presente serie muestra la experiencia inicial de nuestro centro en la realización de la técnica, evaluando de manera prospectiva su reproducibilidad, sus resultados funcionales y oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra serie está compuesta por 51 pacientes tratados entre julio de 1997 y noviembre de 2000. La edad pro-

medio de los pacientes fue de 66 años, con un rango de 52 a 77 años.

De ellos 34 pacientes presentaban un adenocarcinoma prostático en estadio clínico T2 o menor, score de Gleason inferior a 7 y PSA inferior a 10 ng/ml, lo cual según los estudios de Partin, les confiere un bajo riesgo de metástasis ganglionar, por lo que la prostatectomía radical perineal podía ser planteada como la única intervención quirúrgica terapéutica a realizar en ellos, pudiendo obviarse la linfadenectomía ilio-obturatriz.

Diecisiete pacientes de la serie no cumplieron con uno a más de estos criterios, por lo que fueron sometidos a linfadenectomía ilio-obturatriz laparoscópica previo al procedimiento o bien se trataba de pacientes en los que la intención fue en realizar una prostatectomía de salvataje con tratamiento hormonal asociado.

El antecedente de cirugía prostática o pelviana previa no fue considerado criterio de exclusión para la realización de esta cirugía, registrándose en la serie 13 pacientes con esta condición (Tabla 1).

Todos los pacientes se prepararon preoperatoriamente con un enema rectal 12 h antes de la operación y con profilaxis antibiótica 1 hora antes, la que se realizó con una Cefalosporina de 1ª generación y Metronidazol endovenosos.

La técnica quirúrgica usada sigue los pasos descritos previamente por Paulson y Parra.

Se coloca al paciente en posición de litotomía forzada, con buena exposición del periné. Se coloca el retractor de Lowsley uretro-vesical o bien una sonda Foley con conductor metálico, para poder movilizar la próstata durante la disección. Se realiza una incisión en U invertida en la zona del periné, seccionando el tendón central del mismo (Figura 1). Se desarrollan dígito - instrumentalmente ambas fosas isquiorrectales, y posteriormente se identifica y disecciona el ápex prostático.

Se secciona la uretra y luego se prosigue con la disección anterior, rechazando el complejo venoso, seccionando el cuello vesical y controlando los pedículos

Tabla 1.

Nº de pacientes sin cirugía previa:	39
Nº de pacientes con cirugía previa:	13
- RTU de próstata	7
- Adenomectomía transvesical	4
- RTU de vejiga	1
- Enterocistoplastia	1

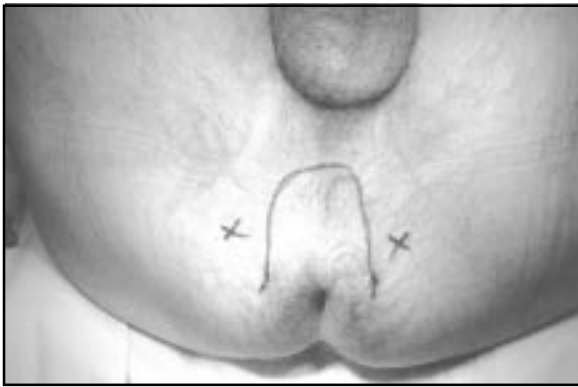


Figura 1.



Figura 2.

laterales. El paso final es la sección de los deferentes y vesículas seminales.

La anastomosis uretro-vesical es muy simple, con varios puntos separados de monofilamento absorbible 3-0.

Se cierran los planos subcutáneos dejando un drenaje de tipo Penrose y una sonda vesical 20 Fr. que se retira en promedio a los 12 días (Figura 2).

Para los cálculos estadísticos se utilizó el software EpiInfo 6.0, aplicando el no paramétrico de Kruskal-Wallis (H).

RESULTADOS

En todos los pacientes de la serie se logró realizar la extirpación de la próstata y de las vesículas seminales por la vía de abordaje propuesta.

El análisis de los 51 pacientes revela un tiempo operatorio promedio de 71 minutos, con un rango de 40 a 120 minutos.

El sangrado intraoperatorio estimado por el anestesista, varió entre 0 y 1.500 ml, con un promedio de la serie de 289 ml. Sólo 5 pacientes fueron transfundidos con sangre en el intra o postoperatorio inmediato (9,8%).

La complicación intraoperatoria más seria derivada de la técnica quirúrgica fue la apertura accidental del recto, que ocurrió en 6 casos (11,7%), la cual se reconoció siempre durante el procedimiento y se suturó en forma primaria, no derivándose de ello complicaciones posteriores.

El drenaje perineal se mantuvo entre 24 y 48 h, con un promedio de la serie de 25 h.

La deambulación de los pacientes se consiguió, en todos los casos en las primeras 24 a 48 h de la intervención, mientras que el uso de analgésicos endovenosos fue necesario por sólo 24 h.

Los pacientes de la serie presentaron estadías postoperatorias de entre 2 y 5 días, con un promedio de la serie de 3 días.

La única complicación que se registró en el postoperatorio precoz, fueron 3 casos de fístula urinaria, todas ellas resueltas exitosamente en forma conservadora, manteniendo la sonda uretrovesical por 10 días más de lo originalmente planeado.

En el control alejado de los pacientes, se presentaron 3 complicaciones: 2 casos de estenosis uretral y 1 caso de estenosis de cuello vesical, resolviéndose todos ellos con sección fría de la estenosis con cuchillo de Sacase.

En relación a la continencia, se definió como continenten a aquellos pacientes que no presentaban escape de orina alguno o que sólo presentaban un mínimo escape en relación a esfuerzos (ocupando una protección diaria como máximo) luego de 3 meses de la cirugía, y como incontinentes a aquellos que no cumplían con estas condiciones, siendo moderados los que requieren de esfuerzos físicos medios (tosar o reírse) para presentar escape, y severos a los que presentaban escape de reposo. En base a lo anterior, 46 pacientes (90%) se definen como continenten a los 3 meses, mientras que 4 (8%) presentaban incontinencia moderada (que se resolvió espontáneamente dentro de los siguientes 3 meses) y sólo uno (2%) presentó una incontinencia severa, la que ha permanecido luego de 4 años de seguimiento. Todo lo anterior significa que con 6 meses de seguimiento el 98% de los pacientes está continente.

Si bien la conservación de la potencia sexual no se consideró como un objetivo a lograr en esta serie, la encuesta postoperatoria realizada revela que 6 pacientes (12%) logran tener y mantener erecciones satisfactorias.

Al comparar los resultados obtenidos en pacientes con cirugía pélvica o prostática previa con aquellos sin

ese antecedente, se muestra que no existe una diferencia significativa en los tiempos operatorios, sangrado ni continencia (Tabla 2).

Si se comparan los resultados obtenidos en pacientes obesos (definido como IMC >25) con los eutróficos, se demuestra que no hay diferencias significativas en los tiempos operatorios, sangrado ni continencia (Tabla 3).

El análisis de las piezas operatorias, muestra que el peso de la próstata varió en un rango de entre 10 y 100 gr con un promedio de la serie de 34,21 gr. Al comparar los resultados obtenidos en pacientes con glándulas de menos de 50 gr con aquellos con pesos iguales o superiores, no se observan grandes diferencias en el tiempo operatorio, sangrado ni continencia, llamando la atención que el único caso de la serie con incontinencia severa, se obtuvo en el paciente con la próstata más grande (Tabla 4).

El análisis oncológico de las piezas operatorias de los 34 pacientes, en que la prostatectomía radical perineal podía plantearse como único tratamiento para su enfermedad local, mostró la presencia de márgenes positivos en 5

pacientes (14,7%), todos los cuales se encontraban en la región póstero-lateral de la próstata.

DISCUSIÓN

Nuestra serie muestra que la prostatectomía radical perineal es una técnica elegible y realizable en la cirugía prostática radical.

El rápido y directo acceso a la próstata mediante una pequeña incisión perineal, la convierte en una cirugía de menor invasividad, lo que se refleja en un mínimo dolor postoperatorio (fácilmente manejado con analgésicos no opiáceos de corto uso endovenoso) y en una precoz deambulación. No se registran daños a otras estructuras (salvo el recto), episodios de tromboembolismo, ni dehiscencias de herida operatoria, hernias o infecciones de herida operatoria.

En todos los casos, el abordaje permite la realización de una anastomosis uretrovesical con una muy buena vi-

Tabla 2.

	Sin Qx.	Con Qx.	
N° Pacientes	38	13	
Tiempo Operatorio	66,5±13,3	72,7±18,2	P=0,50
Sangrado	286,3±258,2	275,0±194,8	P=0,96
Incontinencia	4 Esfuerzos 1 Severa	0	

Tabla 3.

	Eutróficos	Obesos	
N° Pacientes	23	28	
Tiempo Operatorio	63,1±9,5	74,7±21,2	P=0,11
Sangrado	221,9±129,1	283,5±184,2	P=0,35
Incontinencia	3 Esfuerzos 1 Severa	1 Esfuerzos	

Tabla 4.

	Próstata < 50 gr	Próstata > 50 gr	
N° Pacientes	42	9	
Tiempo Operatorio	69,7±17,9	73,1±18,3	P=0,29
Sangrado	270±245,4	287,9±256,2	P=0,79
Incontinencia	4 Esfuerzos	1 Severa	

sualización de los cabos, lo que permite hacer suturas eficientes e impermeables, que se reflejan en la baja tasa de filtración en la serie y en el precoz retiro del drenaje.

Todo lo anterior permitió que ninguno de nuestros pacientes requiriera manejo en unidades de cuidados especializados, presentando estadías hospitalarias cortas y mínima morbilidad perioperatoria, aun cuando tuviesen antecedentes de patologías o cirugías asociadas.

Desde el punto de vista quirúrgico, a pesar de tener escasa experiencia previa en cirugía perineal, no hubo problemas para familiarizarnos con la técnica, lo que queda demostrado en su reproducibilidad en todos los pacientes, y, considerando que esta serie incluye la curva de aprendizaje, tanto el tiempo quirúrgico, sangrado e índice de transfusión son aceptables.

Siguiendo reglamente la técnica descrita, fue posible identificar durante el acto quirúrgico, todos los casos de lesión rectal, los que, gracias a la preparación preoperatoria señalada, fueron posibles de reparar en forma inmediata y sin secuelas posteriores.

El análisis de variables como las cirugías pelvianas y prostáticas previas, así como la contextura del paciente (expresado en el índice de masa corporal), no muestran ser factores que influyan significativamente en los resultados tanto intra como postoperatorios, presentando a esta técnica como una buena alternativa a considerar en pacientes obesos o con cirugías pelvianas.

Si bien el tamaño prostático no impresiona ser una variable negativa en los resultados, la serie no cuenta con un número significativo de próstatas de gran volumen, destacándose el hecho de que el único caso de incontinencia severa y permanente, se presentó en el paciente con una próstata de 100 gr (la más grande de la serie). Por lo anterior, parece razonable sugerir el uso de esta técnica, con relativa seguridad, en pacientes con próstatas no mayores de 50 gr.

La incidencia de incontinencia urinaria de la serie es baja y comparable a lo reportado por otras series de cirugía radical de próstata y, a pesar de incluir los primeros casos realizados, se observa que el 90% de nuestros pacientes son continentes a los 3 meses de la cirugía, cifra que sube al 98% a los 6 meses de la cirugía.

A priori, una de nuestras mayores preocupaciones en relación a la técnica, era la posibilidad de generar márgenes positivos iatrogénicos en la zona del ápex, donde podría producirse una disección insuficiente o demasiado conservadora para evitar lesionar el complejo de la vena dorsal, sin embargo, obtuvimos márgenes positivos en el 15% de nuestros casos, los que sólo se localizaron en la región posterolateral.

Por todo lo anterior, creemos que la prostatectomía

radical perineal es una cirugía a ser considerada dentro de las opciones terapéuticas en el cáncer de próstata localizado, ofreciendo ventajas técnicas y perioperatorias a ser valoradas, sin sacrificar resultados oncológicos ni aumentar morbilidad.

BIBLIOGRAFÍAS

1. WANG MC, VALENZUELA IA, MURPHY GP ET AL. Purification of a human prostate specific antigen. *Invest Urol* 1979; 17: 159.
2. OESTERLING J, BARNHILL S. Cáncer de la próstata a fin de siglo. Lo que debemos hacer para erradicarlo. *Rev Chil Urol* 1998; 63 (2): 127.
3. WALSH P, PARTIN A, EPSTEIN J. Cancer control and quality of life following anatomical radical retropubic prostatectomy, results at 10 years. *J Urol* 1994; 152: 1831-6.
4. HANKS G. Long-term control of prostate cancer with radiation. Past, present, and future. *Urol Clin North Am* 1996; 23 (4): 605-16.
5. HANKS G, CORN B, LEE W ET AL. External beam irradiation of the prostate cancer: Conformal treatment techniques and outcomes for the 1990's. *Cancer* 1995; 75: 1972-7.
6. BLASKO J, RAGDE H, LUSE R, SYLVESTER J, CAVANAGH W, GRIMM P. Should Brachytherapy is considered a therapeutic option in localized prostate cancer? *Urol Clin North Am* 1996; 23(4): 633-50.
7. WALSH P, LEPOR H, EGGLESTON J. Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological considerations. *Prostate* 1983; 4: 473.
8. PARTIN AW, YOO J, CARTER HB ET AL. The use of prostate-specific antigen, clinical stage and Gleason score to predict pathological stage in men with localized prostate cancer. *J Urol* 1993; 150: 110.
9. SCHUESSLER W, VANCAILLIE T, REICH R ET AL. Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer. *J Urol* 1991; 145: 988.
10. YOUNG HH. The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate: Being a study of 40 cases and presentation of a radical operation with was carried out in four cases. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1905; 16: 315.
11. BELT E. Radical perineal prostatectomy in early carcinoma of the prostate. *J Urol* 1942; 78:287.
12. PARRA RO, ISORNA S, PÉREZ MG ET AL. Radical perineal prostatectomy without pelvic lymphadenectomy: Selection criteria and early results. *J Urol* 1996; 155: 612.
13. SCOLIERI M, RESNICK M. The technique of radical perineal prostatectomy. *Urol Clin North Am* 2001; 28 (3): 521-33.