

# Prostatectomía Radical

## (Tratamiento Quirúrgico del Cáncer Prostático)

*Avelino Hernández León\**

*Fernando Rosabal Guevara\**

*Carlos Ma. Castillo Morales\**

*Abraham Berman Israel\**

### INTRODUCCION:

La Cirugía Radical del cáncer prostático se enfrenta, por decirlo así, con una de las cuestiones más complejas y discutidas dentro de la especialidad urológica. Indudablemente el tratamiento de las neoplasias vesicales, juntamente con el tratamiento del Ca. de la próstata constituyen en la actualidad el gran problema terapéutico de la Urología. La cuestión terapéutica que plantean estas neoplasias ha creado tal confusión en el ambiente urológico mundial, que es difícil encontrar dos escuelas urológicas que compartan el mismo criterio terapéutico frente al mismo tipo de tumor.

### GENERALIDADES:

Estadísticamente se ha comprobado que la incidencia del Ca. prostático ha experimentado un ritmo progresivamente ascendente. El porcentaje de Ca. prostático, a la edad de 50 años es aproximadamente del 10<sup>o</sup>%, elevándose al 40<sup>o</sup>% a la edad de 70, 75 años. Desafortunadamente el Ca. prostático no da síntomas premonitorios durante su estadio "latente", "intraprostático" o in situ. Por ello, es un hecho bien comprobado que el Ca. Pr. es incurable en un 90<sup>o</sup>% de los casos cuando se diagnostica después de haberse manifestado clínicamente. Por otra parte, cuando el foco carcinomatoso se sorprende o descubre durante su fase clínica "latente" o asintomática, se consiguen curaciones en un 60<sup>o</sup>% de tales enfermos. La exploración clínica más simple y eficaz de que disponemos para detectar el Ca. Pr. in situ o en su estadio curable es el tacto rectal, practicado periódicamente en todo hombre a partir de los 45 años. El Ca. Pr. no es una neoplasia de escasa malignidad, como errónea-

mente es considerado por muchos médicos y urólogos. El Ca. Pr. se origina y desarrolla en el lóbulo caudal de la glándula y en un 10<sup>o</sup>% de fibroadenomas prostáticos existe un Ca. más o menos desarrollado.

### CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA DE CA. PROSTATICO:

En la actualidad existen dos clasificaciones clínico-patológicas propuestas para el Cáncer Prostático. La llamada Norteamericana, y la más compleja y completa, preparada por la Unión Internacional contra el Cáncer (U. I.C.C.). Estas clasificaciones tienen la finalidad de orientar al urólogo en la elección del tratamiento a seguir en cada caso.

### CLASIFICACIONES CLINICOPATOLOGICAS DEL CARCINOMA DE PROSTATA

1) Clasificación Americana		2) Clasificación de la UICC	
Estadíos	Descripción	Estadíos	Descripción
A o I	Foco carcinomatoso microscópico clínicamente oculto e irreconocible.	Tx.	Hallazgo incidental de cáncer al estudio histopatológico de la pieza quirúrgica (fibroadenoma).
B o II	Carcinoma bien desarrollado aunque localizado dentro de la glándula prostática y clínicamente asintomático pero detectable al tacto rectal.	T1	Carcinoma ocupado menos de la mitad de la glándula prostática y rodeado por tejido prostático normal o hipertrofiado.
		T2	Carcinoma ocupando más de la mitad de la próstata, sin producir ningún agrandamiento o deformidad.
		T3	Carcinoma localizado dentro de la glándula prostática

\* Servicio de Urología, Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia.

			y produciendo agrandamiento y deformidad.
C o III	Carcinoma invadiendo la cápsula prostática y tejidos circundantes, frecuentemente sintomático y fácilmente detectable al tacto rectal.	T4	Carcinoma extendido, pero sin poderse precisar el estado de los ganglios linfáticos regionales.
		No No	Cuando se dispone de información histopatológica adicional.
		No (L)	Cuando se ha practicado linfangiografía y no existe ninguna deformidad linfoganglionar.
		NI (L)	Con deformidad linfoganglionar de la región ostensible a la linfografía.
		Mo	Sin corroboración clínica de metástasis a distancia.
D o IV	Carcinoma con metástasis a distancia, clínicamente bien manifiesto.	MI	Cuando existen solamente metástasis a distancia.
		MI(a)	Cuando existen solamente metástasis óseas.
		MI(b)	Cuando existen metástasis a distancia, con o sin metástasis óseas.
		To	Cuando existen metástasis sin corroboración del tumor primario.
		N2	Cuando existen ganglios linfáticos abdominales palpables y bien fijados a estructuras circundantes.

#### TRATAMIENTO CURATIVO DEL CA. PROSTATICO:

El único tratamiento curativo del Ca. Pr. conocido en la actualidad es la próstato-vesiculectomía radical, practicada antes de que dicha neoplasia haya producido metástasis o invadido más allá de las fronteras quirúrgicas convencionales. La próstato-vesiculectomía radical debe incluir la glándula prostática con su segmento uretral, la fascia de Denonvilliers, la porción adyacente del cuello vesical, las

vesículas seminales con sus ampollas deferenciales y un segmento de los conductos deferentes. Las operaciones supraradicales, que incluyen los linfáticos de la pelvis, no reportan mayores ventajas. En la práctica clínico-uroológica, desde el punto de vista terapéutico, existen y prácticamente se puede considerar dos grupos de enfermos afectados de Cáncer Prostático. A) Integrado por aquellos pacientes cuyo Ca. se encuentra localizado dentro de los confines anatómicos de dicha glándula, o enfermos curables (Estadios I-II o A-B-C o Tx T1-T2-T3). B) Integrado por aquellos pacientes portadores de un Ca. extendido regionalmente o metastizado, *enfermos incurables*, al cual, lamentablemente, pertenecen un 90% de los enfermos afectados (Estadios C. IV o T4).

Los candidatos a la cirugía radical (100%) no deberían pasar los 70 años y gozar de aceptable condición general. Toda induración o nódulo prostático identificable al tacto rectal, debe ser considerado "maligno" y ser sometido a biopsia.

Estadísticamente el 70% de nódulos prostáticos endurecidos son malignos.

#### SELECCION DE PACIENTES:

Los requisitos para la selección de un candidato a la Cirugía radical, son:

1) El Ca. debe estar localizado dentro de los confines del bloque próstato-seminal; 2) El enfermo debe tener menos de 70 años; 3) No debe existir causa orgánica que contraindique la Cirugía; 4) El enfermo debe aceptar los riesgos, inconvenientes y secuelas de la operación, es decir, impotencia sexual, post-operatoria y la eventual posible I.U.

#### CASUISTICA:

En el Servicio de Urología del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia de la Caja Costarricense de Seguro Social, hemos efectuado durante los años 1974 a 1977, 20 casos de próstato-vesiculectomía radical por carcinoma prostático "operable" (estadios A-B-C); es especial los estadios B-C de la clasificación norteamericana. En todos los casos hemos efectuado la técnica de Houdson-Stout\* que a continuación se describirá:

#### TECNICA QUIRURGICA:

1. Incisión hipogástrica mediana (preferible a la Fainestil); 2. Disección por vía retro púbrica de la cara anterior de la vejiga y próstata hasta su "pico"; 3. Ligadura de los ligamentos pubo-prostáticos; 4. Ligadura y

sección de los pedículos prostáticos laterales; 5. Sección de la uretra a nivel del "pico" de la próstata; 6. Sección del cuello vesical; 7. Extirpación del bloque prostato-seminal (próstata, vesículas seminales y porción distal de los conductos deferentes); 8. Remodelación del cuello vesical y anastomosis vesico-uretral terminal, alrededor de sonda de Foley No. 24 mediante 4 puntos cardinales; 9. Drenaje a succión laterales; 10. No se deja cistostomía. (Ver secuencia de la técnica en los siguientes cuadros) (Couvalier\*).

**MATERIAL Y METODO:**

Se analiza a continuación, los datos obtenidos con la experiencia aportada por 20 casos operados.

**1. EDAD:**

55-59 años	4
60-64 años	3
65-69 años	8
70-75 años	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

Como se observa sigue predominando la mayor parte de los casos al grupo comprendido entre los 60 y 70 años.

**2. ANTECEDENTES:**

Tres pacientes habían sido orquiectomizados varios años antes y mantenido con estrógenoterapia.

Orquiectomía bilateral	3
1 Paciente.....	1 año antes
1 Paciente.....	2 años antes
1 Paciente.....	3 años antes

**3. SINTOMATOLOGIA:**

La mayoría tuvo manifestaciones del aparato urinario, en especial de tipo prostatismo.

Prostatismo .....	13
Retención urinaria.....	4
Hematuria .....	2
Gastritis.....	1
<b>Total</b>	<b>20</b>

**4. EXPLORACION FISICA:**

Al tacto rectal, los volúmenes prostáticos oscilan entre 2 y 3.

Próstata grado .....	14
Próstata grado 3 .....	6
<b>Total</b>	<b>20</b>

**5. ESTADIOS CLINICOS:**

La selección clínico-patológica del estadio fue variable en especial el grupo A-B (20%) y B-C (65%).

Como se describe al inicio de este estudio, fue difícil precisar el verdadero estadio, y siempre se hallaron pequeños cambios "transoperatorios" de estos grupos con respecto a la exploración física que se les había efectuado.

A...O...T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> ...	0 pac.
B...O...T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> ...	8 pac.
C...O...T <sub>3</sub> N <sub>X</sub> M <sub>X</sub> ...	12 pac.
D...O...T <sub>4</sub> N <sub>X</sub> M <sub>X</sub> ...	0 pac.
<b>Total</b>	<b>20</b>

**6. HALLAZGOS DE LABORATORIO:**

Dentro de los mismos, la fracción prostática se encontró elevada en 13 pacientes.

Fracción prostática	
0.10...0.15 mM/l...	8 pac.
0.16...0.20 mM/L...	5 pac.
0.21...0.25 mM/L...	3 pac.
0.26...0.30 mM/L...	3 pac.
0.31...	1 pac.
<b>Total</b>	<b>20 pac.</b>

Fosfatasa Alcalina: Normales excepto en un paciente se encontró elevada en 7.5 meq/l.

Calcemias: normales.  
Fostatemias: normales.

**7. TECNICA QUIRURGICA:**

En 19 casos se efectuó Prostatovesiculectomía radical y en 1 Cistoprostatectomía radical.

En 19 casos se efectuó anastomosis vesicouretral y en 1 caso se realizó ureterosigmoidostomía.

En 2 casos fue necesario efectuar reimplantación uretral, uno de ellos en forma bilateral. En algunos casos se completó con orquiectomía bilateral.

A. Cistoprostatectomía radical.....	1 pac.
B. Prostatovesiculectomía radical.....	19 pac.
<b>A. Reimplantación uretero vesical.....</b>	<b>2 pac.</b>
B. Orquiectomía bilateral.....	13
<b>A. Ureterosigmoidostomía.....</b>	<b>1</b>
B. Cistoureteroanastomosis.....	19

## 8. HALLAZGOS OPERATORIOS:

Los pesos de las glándulas extraídas fueron:

30. . . 39 gramos.....	8 pac.
40. . . 49 gramos.....	1 pac.
50. . . 59 gramos.....	4 pac.
60. . . 69 gramos.....	2 pac.
70. . . 79 gramos.....	1 pac.
Mayor de 120 gramos.....	3 pac.
La mayor extraída 145 grs. ....	1 pac.

En 9 se encontró infiltración del trigono y en 7 de ellos infiltración de vesículas seminales y en 4 ganglios pélvicos metastásicos.

Infiltración de trigono .....	9 pac.
Infiltración de vesículas seminales.....	7 pac.
Infiltración de ganglios pélvicos .....	4 pac.

## 9. MANEJO POST OPERATORIO:

El retiro de sonda uretral bajo criterio clínico y evolución se efectuó de la siguiente forma:

14. . . 17 días ..	13 pac.
18. . . 21 días ..	3 pac.
22. . . 35 días ..	4 pac.

## 10. COMPLICACIONES TRANS-OPERATORIAS:

En tres de los casos fue necesario reparación de la cara anterior del recto y en un paciente reparación del ureteral.

Desgarro de recto.....	3 pac.
Sección ureteral.....	1 pac.

## 11. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

## A. TEMPRANAS:

Dentro de las más importantes fueron:

1. Anemia.....	8 pac.
2. Bronconeumonía.....	1 pac.
3. Fístula recto-vesical.....	1 pac.
4. Infección de la herida.....	3 pac.
5. Sangrado digestivo.....	2 pac.
6. Shock Séptico.....	1 pac.
7. Muerte.....	1 pac.

## B. TARDIAS

La incontinencia urinaria se presentó en 6 pacientes en forma pasajera y en 4 en forma definitiva.

Así mismo como se presentó en 18 casos impotencia y en los restantes no se pudo conocer dicho dato.

## Incontinencia urinaria

5. . . 10 días.....	4 pac.
45 días.....	2 pac.
Permanente .....	4 pac.
Impotencia sexual .....	18 casos

## 12. SOBREVIDA:

1 mes.....	2 pac.
6. . . 10 meses.....	3 pac.
11. . . 15 meses.....	0 pac.
16. . . 20 meses.....	2 pac.
21. . . 25 meses.....	1 pac.
26. . . 31 meses.....	1 pac.
31 meses hasta la actualidad.....	11 pac.

En este cuadro que anotamos anteriormente es de importancia anotar que en nuestra experiencia la supervida ha oscilado entre un 63 a 65% aproximadamente después de los 3 años del acto quirúrgico.

## COMENTARIO:

Es nuestra opinión que el carcinoma de próstata, debe ser tratado quirúrgicamente, en aquellos casos en los cuales está limitado a la cápsula prostática, en aquellos pacientes que parecen tener 10 años de aparente salud y que pueden tolerar una operación radical, tanto físicamente como psíquicamente. El manejo, de lo que los urólogos consideran que es potencialmente un carcinoma "curable", es sin duda un tópico de controversias. A pesar de ello, la prostatectomía radical por vía repropública o perineal, es el procedimiento quirúrgico recomendado por la mayoría de ellos. Nadie podrá, mediante el examen clínico predecir, si un paciente puede ser curado por una cirugía radical, sólo podrá ser sospechada, su curación, si el paciente vive, sin el carcinoma, 15 años o más, después de la operación.

## RESUMEN

Durante los años 1974-1977, en el Servicio de Urología, del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, se han efectuado, 20 casos de Cirugía Radical, para el tratamiento del Cáncer Prostático, en estadios clínicos, T1, T2, T3. Se analizan y se comentan los resultados obtenidos.

## SUMMARY

During the years 1974-1977, in the Urology Service at the Hospital Calderón Guardia, 20 cases of radical surgery were done, for treatment of prostatic cancer, in clinical stages T1, T2, T3. We present the analysis and comments of the results obtained.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Current Controverses in Urologic Management. R. Scott. Hl. Gordon, 1972.
2. E. M. C.: Técnicas quirúrgicas Urológicas y Ginecológicas. 1970. Tom. 1.
3. Hudson, Stout. Atlas Ca. Prostático, 1968.
4. Lattimer J. K.: Controversias en Urología, 1972.
5. Millin: Cirugía Retropúbica Uriharia. Año 1952. Pág. de la 104 Sig.
6. Parsons-Ulfekler: Atlas de operaciones pelvianas. 1971.
7. Surgical Urology: Flocks Cup, 1970.
8. Técnicas quirúrgicas Urológicas. R. Couvaller. J. Cukier. Tomo XV, 1974.
9. Uson: Madrid, Urology, 1969.
10. Young Caugh Hampton: El tratamiento del Cáncer de la Próstata mediante prostato-vesiculectomía radical por vía perineal. J. Urolog. 53, 1945.