

EXPERIENCIA CON PROSTATECTOMIA RADICAL EN EL MANEJO DEL ESTADIO TEMPRANO DEL CANCER DE PROSTATA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Claudio R. Orlich Castelán*

INTRODUCCION:

Hoy día la mayoría de los pacientes con cáncer de próstata ya tienen metástasis en el momento de ser diagnosticados. Al igual que en otros tumores es de mucha importancia el hacer un diagnóstico temprano para ofrecerle al paciente tratamiento curativo y no paliación. El tratamiento de los estadios tempranos del cáncer prostático es controversial pero se sabe que los mejores resultados se obtienen con la cirugía radical.

MATERIAL Y METODO:

Es importante definir el estadio clínico de un paciente con un cáncer de próstata para decidir qué tratamiento ofrece los mejores resultados en cada caso en particular Zincke y Utz definen el estadio A 1 como aquel adenocarcinoma bien diferenciado que se limita a 1 cm³ o menos del tejido reseado en una prostatectomía transuretral o enucleado en una prostatectomía abierta. Si hay carcinoma en más de 1 cm³ sea de cualquier grado de diferenciación o si hay un carcinoma grado 3 o 4 aún en un volumen menor se considera eso como un estadio A2⁷. Hay evidencia clínica de que el estadio A2 en un adulto joven se asocia a un mal pronóstico, pero también es cierto que si se siguen los pacientes con estadio A1 tratados únicamente con observación se ve que tienen una supervivencia igual al grupo de pacientes control de la misma edad⁵. En un estudio de la Clínica Mayo hecho por Greene y Kham se siguieron 326 pacientes con cáncer de próstata y estadio A encontrado por resección transuretral (cáncer oculto o académico) y se vio que el hecho de añadir tratamiento hormonal no tuvo ningún efecto en prolongar la supervivencia de ellos. Lo que sí demostró ser importante en cuanto a factor pronóstico fue el grado de diferenciación³. Zincke y Utz afirman que los pacientes con estadio A2 deben de ser tratados con una linfadenectomía pélvica y una prostatectomía radical⁷. La prostatectomía radical puede hacerse sin dificultad después de una resección transuretral; eso no es posible después de una prostatectomía abierta y esta operación tiene un índice de incontinencia urinaria severa de un 11% y en general se recomienda un período de 6 a 8 semanas entre ambas operaciones, si se hace antes existe el riesgo de encontrar una

uretra membranosa y un cuello vesical indurado que puede hacer difícil la prostatectomía y la anastomosis uretrovesical.¹

Golimon et al han demostrado que los pacientes con estadio A2, usualmente tienen tumores indiferenciados con ganglios pélvicos linfáticos positivos en una tercera parte por lo que el pronóstico de los pacientes con estadio A2 es similar a el de los de estadio B o aún C.² El estadio clínico B se define como la presencia de un nódulo palpable que está confinado dentro de la cápsula y que puede ser menor (B1) o mayor de 2 cm (B2).⁷ Los ganglios linfáticos de la pelvis son positivos en el 14 al 21% de los pacientes con B1 y del 30 al 45% del B2. Los pacientes con estadio B que se tratan solamente con resección transuretral tienen una supervivencia a 10 años de sólo el 4%. Zincke y Utz reportan un 92% de supervivencia a los 10 años y un 72% para el B2 después de prostatectomía radical.⁷ En el estadio C hay extensión extracapsular y se divide en C- o C+ según este ausente o presente la invasión de las vesículas seminales y eso es posible de determinar por el tacto rectal, por el ultrasonido y por la tomografía axial computarizada. Estudios de la Clínica Mayo demuestran que la invasión de las vesículas seminales no se asocia a un mal pronóstico pero sí a mayor dificultad en la técnica quirúrgica de la prostatectomía radical durante la disección de la base de la vejiga y el trigono.⁶ Aquellos pacientes con invasión del trigono o del cuello vesical que se ve en la cistoscopia y también aquellos con extensión al recto o a la pared ósea pélvica no son buenos candidatos a cirugía radical. Zincke divide a los pacientes con ganglios linfáticos positivos en: D1 cuando los ganglios de la pelvis están afectados y D2 cuando también los ganglios periaórticos están afectados y ellos reportan buenos resultados en el D1 con prostatectomía radical asociada con una orquidectomía bilateral simultánea.^{4,6} Reportamos aquí nuestra experiencia con los primeros tres casos de prostatectomía radical, hecho como la describen Zinke y Utz.

REPORTE DE CASOS:

CASO 1. Se vió un paciente de 56 años de edad en la consulta de urología con síntomas de prostatismo y al examen rectal se le encontró un nódulo duro en la próstata del cual se tomó una biopsia que se reportó como adenocarcinoma grado 1-2. Los estudios preoperatorios

* Asistente del Servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios.

no mostraron signos de metástasis y se encontró una fosfatasa ácida normal por lo que se clasificó clínicamente como un estadio B2 y el 22 del 11 de 1979, se le hizo una linfadenectomía pélvica y una prostatectomía radical. Se usó un tipo de anastomosis uretrovesical directa. Los ganglios pélvicos fueron reportados como negativos y se reportó un margen uretral distal positivo por carcinoma bien diferenciado. Por ese motivo recibió en enero de 1980 una dosis de 6.400 rads a la pelvis y tuvo una estrechez del ampulla rectal como complicación de la radioterapia. Después de la cirugía reportó tener incontinencia de esfuerzo leve que sólo ameritó el uso de protección externa después de tomar cerveza. En febrero de 1982, por tener un calibre delgado del chorro de la orina se le hizo una cistoscopia encontrando una estrechez en el sitio de la anastomosis uretrovesical la cual se dilató e infiltró con depomedrol sin volver a necesitar ninguna dilatación posterior. Seis años después el paciente está en excelente estado general y sin evidencia de recurrencia de su cáncer prostático y muy contento con el tipo de tratamiento escogido. Pontes ha descrito que al dividir la uretra prostática algunas veces resbala la uretra y eso es la razón de que el patólogo reporte falsamente una margen distal positivo. Por ello retrospectivamente se puede decir que la cobaltoterapia probablemente fue innecesaria en este caso.

CASO 2. Paciente de 69 años con frecuencia urinaria e incontinencia de urgencia con un nódulo duro palpable al tacto rectal cuya biopsia fue positiva por adenocarcinoma bien diferenciado. El 27/8/80 se le hizo una linfadenectomía pélvica y una prostatectomía radical con una anastomosis uretrovesical por la técnica de Vest con suturas perineales. La patología mostró un adenocarcinoma bien diferenciado de próstata sin invasión de vesículas seminales ni de ganglios linfáticos. El paciente quedó con incontinencia urinaria de esfuerzo leve y un gama ósea en Noviembre de 1984, mostró metástasis ósea y el paciente se quejó de dolor púbico, por lo que se le hizo una orquidectomía bilateral con desaparición del dolor. Actualmente está en buen estado general.

CASO 3. Paciente masculino de 72 años de edad que vino a la consulta externa de Urología por prostatismo importante y retención aguda de orina con una próstata benigna al tacto rectal, al cual se le hizo una resección transuretral de próstata reportando al patólogo un adenocarcinoma bien diferenciado en todos los cortes (A2). El 22/7/86 se le hizo una linfadenectomía pélvica y una prostatectomía radical con puntos de Vest reportándose un adenocarcinoma bien diferenciado con invasión de una vesícula seminal y todos los ganglios pélvicos negativos por tumor por lo que se definió como un estadio C. El paciente tuvo una necrosis tubular aguda en el postoperatorio, fue dializado y recuperó su función renal normal; además tuvo una dehiscencia de la herida quirúrgica que se cerró sin problema. Dos meses después tuvo disminución del calibre del chorro y una cistoscopia mostró una estrechez en la anastomosis uretrovesical

que se dilató fácilmente. Actualmente está en buen estado general y sin evidencia de recurrencia de su tumor prostático. Estos tres casos representan nuestra experiencia temprana con la prostatectomía radical en el tratamiento del cáncer prostático temprano.

RESUMEN:

La prostatectomía radical es el tratamiento que da mejores resultados de sobrevida en el cáncer prostático temprano y aún con ganglios linfáticos pélvicos positivos se ha visto que si se asocia a una orquidectomía simultánea ofrece la mejor sobrevida al paciente si se compara con otras modalidades de tratamiento. Se reportan tres casos que constituyen una experiencia temprana en el Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios.

SUMMARY:

Radical prostatectomy offers the best survival for patients with early prostatic cancer. Not only that but even with positive pelvic radical prostatectomy with bilateral orchiectomy gives the best results also. We herein report three cases that represent our early experience with radical prostatectomy at the Hospital San Juan de Dios.

BIBLIOGRAFIA:

- 1— Bass, R.B. and Barrett, D.M.: *Radical retropubic prostatectomy after transurethral prostatic resection*. J. Urol. 124: 495-497, 1980.
- 2— Golumby, M., Schinella, R., Morales P.: *Differences in pathological characteristics and prognosis of clinical A2 prostatic cancer from A2 and B disease*. J. Urol. 119: 618-622, 1978.
- 3— Greene, L.F. and Khan, A.: *Survival of stage A prostatic cancer*. J. Urol. 107: 450-453, 1972.
- 4— Myers, R.P. and Zincke, H.: *Hormonal treatment and time of radical retropubic prostatectomy for stage D1 prostatic cancer*. J. Urol. In press.
- 5— Zincke, H. et al: *Relationship between grade and stage of adenocarcinoma of the prostate and regional pelvic lymph node metastasis*. J. Urol. 128: 498-501, 1982.
- 6— Zincke et al: *Radical retropubic prostatectomy and pelvic lymphadenectomy for high stage cancer of the prostate*. Cancer 47: 1901-1910, 1981.
- 7— Zincke, H., Utz, D. and Patterson, D.: *Bilateral pelvic lymphadenectomy and radical retropubic prostatectomy for stage C adenocarcinoma of the prostate*. Urology 19: 238-247, 1982.