

Prostatectomía radical. Experiencia Hospital General “C” ISSSTE. Hermosillo, Sonora

Carlos Armando Leos Gallego,* Miguel Ángel Serdio Santillana,**
Marco Antonio Rodríguez Zamudio,* Samuel Mejía Guardado,* Armando Baltazares López***

RESUMEN

Introducción. La prostatectomía radical es el tratamiento de elección en aquellos cánceres de próstata en etapas iniciales y susceptibles de ser curados. A partir de la inclusión del antígeno prostático específico en el arsenal diagnóstico del urólogo las posibilidades de lograr diagnósticos en etapas más tempranas ha aumentado considerablemente. **Material y métodos.** Se presenta la experiencia en prostatectomía radical suprapúbica en 38 pacientes operados en los últimos seis años en un hospital de provincia pequeño de 100 camas a donde convergen pacientes de todo el estado de Sonora derechohabientes de la institución. **Conclusión.** Se analizan los resultados, complicaciones y seguimiento de dichos pacientes. Se trata de un reporte preliminar, ya que la gran mayoría, salvo los que se operaron el primer año, no cubren el tiempo suficiente para hablar de sobrevida a cinco años.

Palabras clave: Prostatectomía radical, cáncer de próstata, antígeno prostático específico.

ABSTRACT

Introduction. Radical prostatectomy is the chosen treatment in those prostate cancer in beginning stages and with possibilities of being cured. Since the inclusion of the PSA (prostatic specific antigen) in the urologist diagnosis arsenal, the possibilities of getting diagnosis in earlier stages has increased considerably. **Material and methods.** We have the experience of radical prostatectomy in 38 patients operated in the last six years in a small 100 beds province hospital where patients where eligible to obtain the services from the institution, converge from all over state of Sonora. **Conclusions.** The results, complications and follow-up of the patients are analyzed here. Its about a preliminary report due to the fact that most of the patients who were operated have not covered the sufficient length of time of five years to consider survival.

Key words: Radical prostatectomy, prostate cancer, prostatic specific antigen.

* Servicio de Urología. Hospital General “C” Fernando Ocaranza, ISSSTE. ** Servicio de Cirugía. Hospital General “C” Fernando Ocaranza, ISSSTE. *** Servicio de Urología. Hospital Ignacio Chávez, ISSSTESON.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata (CaP) es el cáncer más frecuente en el hombre después de los cánceres de piel. En Estados Unidos de Norteamérica es la segunda causa de muerte por cáncer después del cáncer de pulmón y se calcula que anualmente mueren alrededor de 35,000 hombres por esta causa de los casi 200,000 nuevos casos que se detectan anualmente.¹

En el año 2000 se calcularon 513,000 nuevos casos a nivel mundial (9.7% de todos los tumores) siendo más frecuente en los países desarrollados representando 15.3% y de 4.3% en los países tercermundistas.²

En México el cáncer de próstata representa 7% (segundo lugar) de las muertes por tumores malignos (3,766 defunciones, en 1999 según el registro de neoplasias, con una tasa de mortalidad de 11.9 x 100,000).²

Desde que se empezó a utilizar el antígeno prostático específico la incidencia de cáncer de próstata aumentó dramáticamente. Para 10 años después volver a descender.^{3,4}

En Japón, por ejemplo, la detección de cáncer en próstata aumentó hasta en 160% a partir de la utilización del antígeno prostático específico comparativamente a cuando no se contaba con este estudio.⁵

Por otra parte, la incidencia o detección de cáncer metastásico ha disminuido considerablemente y ha habido un marcado aumento en la detección de cáncer confinado a la glándula y susceptible de curación por medio de cirugía.^{3,4} Sin embargo, en México no conocemos con claridad la verdadera incidencia del CaP, así como el número de prostatectomías radicales realizadas fuera de los grandes hospitales o centros médicos del centro del país.

Sin embargo, por observaciones personales del autor podemos decir que en el estado de Sonora la incidencia es alta. En nuestro hospital en los últimos seis años se han atendido 106 casos, de los cuales 38 de ellos han sido sometidos a prostatectomía radical y el resto se manejaron con tratamiento médico la gran mayoría en BAT por encontrarse en etapas avanzadas metastásicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 1999 y a iniciativa del autor en nuestro hospital empezó a funcionar un módulo de detección temprana de cáncer de próstata en donde a todo hombre mayor de 45 años derechohabiente de la institución se le invita a realizarse determinación de antígeno prostático específico y examen digital de la próstata, lo cual se hace también en otras clínicas y hospitales del ISSSTE en el estado de Sonora.

En el presente estudio se incluyen las cirugías realizadas dentro de la institución, así como otras efectuadas por el autor en forma privada y dos cirugías practicadas en el Hospital Ignacio Chávez del ISSSTESON.

De un total de 52 cánceres detectados, supuestamente en etapa temprana, 14 de ellos fueron desechados algunos por alto riesgo quirúrgico (3), otros porque el paciente prefirió radioterapia (6) y el resto (5) porque al hacer una reevaluación el antígeno prostático se encontraba por arriba de 18 ng/mL y un Gleason mayor a 7, lo que sugería mayor posibilidad de recurrencia para aquellos pacientes en que el antígeno prostático es cercano a 20 ng/mL tal como lo dice Catalona⁶ y otros autores consideran que con el solo hecho de estar el antígeno por encima de 10 se eleva el riesgo de márgenes positivos⁷ y las posibilidades de recurrencia con Gleason mayor a 7 es de 60% aun en tumores confinados a la glándula.⁸

El rango del antígeno prostático fue de 6.5 a 18.5 ng/mL, solamente en dos casos el antígeno fue mayor de 15 ng/mL y en el momento de las cirugías los ganglios analizados resultaron negativos. En uno de los casos el antígeno resultó dentro de la normalidad, pero al examen digital de la próstata mostró una nodulación que al biopsiarla resultó positiva a adenocarcinoma poco diferenciado.

Del total de 38 pacientes, 28 de ellos tuvieron APE entre 6.5 y 10, ocho pacientes más entre 10 y 15 ngs y solamente dos pacientes tuvieron más de 15 ngs. Llama la atención que en el primer grupo aun cuando la determinación de APE es menor a 10 ng el Gleason fue moderadamente diferenciado en seis pacientes. La suma de Gleason fue en 26 pacientes bien diferenciado (3 y 4),

ocho pacientes más con Gleason 5-6 moderadamente diferenciado y cuatro pacientes con Gleason 7.0 más pobremente diferenciado (*Cuadro 1*).

La edad promedio fue de 64 años siendo el de menor edad 52 años y el mayor de 76 años (*Cuadro 2*).

El protocolo de estudio posterior al resultado de la biopsia, la cual se realiza siempre guiada por ultrasonido transrectal, incluyó en todos los pacientes gammagrama óseo con tecnecio, TAC abdominopélvico solamente en los primeros cinco casos, y en aquellos en quien el antígeno prostático fue superior a 15 ngs, tele de tórax, valoración preoperatorio.

La etapa clínica previa a cirugía fue dos pacientes en T1b (5.3%), otros dos pacientes en T2b que habían sido sometidos a RTUP previa y el más alto porcentaje 89%, en T1c, 31 pacientes (*Cuadro 3*).

Previo a cirugía se interna al paciente dos días antes del procedimiento e invariablemente se practica preparación intestinal con enemas simples.

La técnica quirúrgica se realizó de acuerdo con la técnica que en los años 80-90 describió Walsh tratando de preservar en lo posible la potencia sexual y disminuir la tasa de incontinencia urinaria posquirúrgica tal como se ha practicado en México según los primeros reportes.⁹

RESULTADOS

La totalidad de los pacientes se encuentran vivos. Sin embargo, no es posible hablar de una sobrevida a 60 meses porque solamente los primeros ocho pacientes han rebasado este término.

El tiempo de la cirugía ha sido de cinco horas, los primeros procedimientos a 1.50 horas, los más recientes con un tiempo promedio de 3.25 horas.

El sangrado también ha variado considerablemente desde 2.400 L hasta 600 mL en las últimas cirugías con promedio 1.500 L, habiéndose modificado la técnica al ligar el complejo dorsal, ya que en la actualidad lo fijamos al hueso pubis.

Rutinariamente ya no hacemos linfadenectomía a aquellos pacientes con antígeno prostático de menos de 10 ng/mL y Gleason menor de 7.

En la totalidad de los pacientes se intentó y se logró preservar los nervios y solamente se re-

Cuadro 1.

Suma de Gleason	Núm. de pacientes
Bien diferenciado (3-4)	26
Moderadamente diferenciado (5-6)	8
Pobremente diferenciado (> 7)	4

Cuadro 2.

Edad	
52	Menor
76	Mayor
64	Promedio

Cuadro 3.

Etapa clínica	Núm. de pacientes
t1b	2 (5.3%)
t2b	2 (5.3%)
t1c	31 (89%)

Cuadro 4.

Complicaciones	Núm. de pacientes
Perforación intestinal	2
Sangrado 2.400 L	2
Promedio 1.500 L	
Incontinencia	16%
Disfunción eréctil	60%

portaron márgenes positivos en seis pacientes, todos ellos con Gleason superior a 6 (15.7%) y en dos de ellos con antígeno prostático menor a 10 ng.

Lo que habla de que el Gleason pudiese ser un mejor factor predictivo a márgenes positivos.^{3,5,10}

COMPLICACIONES

No ha habido ningún fallecimiento de la totalidad de los pacientes atribuible o no al procedimiento.

Dos pacientes sufrieron perforación de recto que fue resuelto en el mismo acto con cierre simple sin colostomía (de rutina se prepara colon previa a cirugía) (Cuadro 4).

La continencia se ha logrado de forma completa en 30 pacientes (80%), otros seis pacientes en forma casi total (16%) y solamente uno continúa en total incontinencia a un año de su cirugía (3%).

En cuanto a la potencia sexual, solamente cuatro pacientes han logrado recuperar en forma total y sin necesidad de medicamentos o instrumentos su capacidad eréctil (11%).

Del resto, los que ya han pasado del año de operados, 22 pacientes presentan erecciones muy deficientes y apoyados en inhibidores de la PDE5 y algunos con bomba de vacío logran llevar una vida sexual si no completamente satisfactoria logran penetración (40%) de la totalidad.

La recurrencia bioquímica se ha observado en seis pacientes (16%), todos ellos con Gleason mayor a 6, llama la atención que pacientes con APE mayor a 15 no han tenido aún recurrencia bioquímica a 15 meses de postoperado, aunque en otras series ésta se presentó con mayor frecuencia después de los 17 meses.¹¹

CONCLUSIONES

La prostatectomía radical es hoy por hoy el tratamiento de elección para aquellos cánceres de próstata confinados a la glándula y susceptibles de curación. Aun cuando la prostatectomía radical pudiese resultar la mejor opción de tratamiento no está exenta de riesgos, ya que la tasa de complicaciones principalmente tardías de disfunción eréctil principalmente podría influir en la elección del paciente y obligar al médico a otros tipos de tratamiento.

En México no se conoce con claridad, salvo los grandes centros hospitalarios de la capital del país y de las grandes ciudades, en qué otros sitios se practica de manera rutinaria este tipo de cirugía, es por eso que el motivo de esta revisión es presentar los resultados en un hospital pequeño de provincia.

Considero que los resultados a simple vista son buenos, ya que se usó un criterio muy estricto en la selección de pacientes y que solamente se

sometieron a cirugía aquellos casos en que el APE no fue mayor de 15 ng/mL y Gleason en etapa bien diferenciada, aun cuando sabemos que los hallazgos pudieran ser diferentes en las biopsias y en el resultado final de patología. Finalmente, considero que en nuestro caso los programas de detección temprana han funcionado adecuadamente.

REFERENCIAS

1. Greenle R, Hill Carmon Murria Tet, et al. Cancer statics 2001. *Ca Cancer J Clinic* 2001; 51: 15-36.
2. Gronberg Henrik. Prostate cancer epidemiology. *Lancet* 2003; 361: 859-64.
3. Metlin C, Murphy G, Ho R, Menck H. The national cancer data base report on longitudinal observations on prostate cancer. *Cancer* 1996; 7: 2162-6.
4. Metlin C. Impact of screening on prostate cancer rates and trends. *Microsc Res Tech* 2000; 51: 415-8.
5. Imai K, Ichinose Y, Kubota Y, Yamanaka H, Sato J. Diagnostic significance of prostate specific antigen and the development of a mass screening system for prostate cancer. *J Urol* 1995; 154: 1085.
6. Catalona W, Smith D. Cancer recurrence and survival rates after anatomic radical retropubic prostatectomy for prostate cancer: intermediate-term result. *J Urol* 1998; 160: 2428-34.
7. Walsh PC, Carmichael M, et al. Pathological and clinical findings with progression to predict tumor extent of non palpable (stage T1c) prostate cancer. *JAMA* 1994; 271: 368.
8. Pound C, Partin A, Eisenberger M, et al. Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. *JAMA* 1999; 281: 1591-7.
9. Neyra G, Rodríguez R. Prostatectomía radical retropública en el cáncer localizado de la próstata, seguimiento a largo plazo. *Rev Mex Urol* 1993; 53: 97-102.
10. Ohrio M, Wheeler TM, Katan MW, Goto Y. Prognostic significance of positive surgical margins in radical prostatectomy for prostate cancer specimens. *JUrol* 1995; 154: 1818.
11. Rodríguez Covarrubias F y cols. Recurrencia bioquímica en pacientes con adenocarcinoma de próstata. *Rev Mex Urol* 2004; 64: 6-12.
12. INEGI. Registro histopatológico de neoplasias en México, 1999.
13. D Amico AV, Whittington R, Malkowics SB, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998; 280: 969-74.
14. Epstein JL. Incidence and significance of positive margins in radical prostatectomy specimens. *Urol Clin North Am* 1996; 23(4): 651-63.
15. Stamey TA, Viller AA, McNeal JE. Positive surgical margins at radical prostatectomy: importance of the apical dissection. *J Urol* 1990; 143: 166.