



Dieciocho años de experiencia en prostatectomía radical retropúbica en pacientes de 70 años o más en la práctica médica privada

Neyra-Argote Godofredo, Álvarez-Nuño Hugo, Neyra-Lee Godofredo, Gutiérrez-Beracoechea Ricardo, Ramos-Solano Francisco, Ornelas-Aguirre Jose Manuel.



■ RESUMEN

Objetivo: Reportar nuestra experiencia con la prostatectomía radical retropúbica abierta (PRR) con linfadenectomía pélvica limitada, en pacientes de 70 años o mayores con cáncer de próstata localizado (CPLC).

Material y métodos: De febrero de 1992 a octubre del 2010, seleccionamos 111 pacientes con CPLC, con una edad promedio de 74 años (rango 70 a 84). Todos los pacientes tuvieron comorbilidad según el score de Charlson de 0 a 1. La PRR fue realizada bajo bloqueo espinal. El antígeno prostático específico (APE) prequirúrgico fue en promedio de 12.5 ng/mL, con un rango de 3 a 31 ng/mL.

Resultados: La mortalidad fue del 0% con un tiempo quirúrgico promedio de 3.16 horas, el sangrado transoperatorio promedio fue de 532.72 mL. Sin complicaciones mayores posoperatorias. La sobrevida a cinco años libre de cáncer prostático fue de 86/111 pacientes (78%).

Discusión: En nuestra experiencia la PRR es una excelente opción de tratamiento en pacientes con CPLC

■ ABSTRACT

Aims: We report herein our experience with open radical retropubic prostatectomy (RRP) with limited pelvic lymphadenectomy in localized prostate cancer (LPC) in patients 70 years or older.

Methods: From February 1992 to October 2010, we selected 111 LPC patients with a mean age of 74 years (70 to 84 year range). All patients presented with comorbidity according to a Charlson Comorbidity Index score of 0 to 1. RRP was carried out with spinal block. Preoperative PSA was a mean 12.5 ng with a range of 3 to 31 ng/mL.

Results: The mortality rate was 0%, the mean surgery duration was 3.16 hours, and the mean intraoperative blood loss was 532.72 mL. There were no major postoperative complications. There was prostate cancer-free survival at 5 years in 86/111 patients (78%).

Conclusions: It is our experience that RRP is an excellent treatment option for patients presenting with clinically localized prostate cancer, regardless of their age, when their general physical condition is good.

clínicamente y en buenas condiciones generales, independientemente de su edad.

Palabras clave: Prostatectomía radical retropúbica abierta, cáncer de próstata localizado, antígeno prostático específico, cáncer de próstata, disfunción eréctil, México.

Keywords: Open radical retrospective prostatectomy, localized prostate cancer, prostate specific antigen, prostate cancer, erectile dysfunction, Mexico.



■ INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata (CaP) ocupa la segunda causa de muerte en México en la población masculina.¹ La prostatectomía radical retropúbica abierta (PRR) es, sin lugar a dudas, una alternativa de tratamiento curativo para cáncer prostático localizado (CPLC) (T1c,T2a,T2b), aunque también puede ser beneficiosa en tumores con compromiso local (T3), en los grupos con expectativa de vida mayor a 10 años.² Constituye en la actualidad un procedimiento quirúrgico consolidado y ampliamente difundido. Actualmente, el avance en las técnicas permite que presente bajo índice de morbilidad (0.2%). Los avances en el conocimiento de la fisiología de la erección y la anatomía del complejo esfinteriano encargado de la continencia urinaria,³⁻⁶ han reducido la incontinencia (1% a 3%), la impotencia sexual (1% a 40%) y la disfunción eréctil que puede ser evitada al respetar los haces neurovasculares ubicados en hojas de la fascia pélvica lateral de la próstata. El mejor predictor de conservación de la potencia sexual es la edad del paciente.

Así se ha reducido drásticamente las temidas complicaciones posoperatorias que posibilitaron su desarrollo como cirugía regulada, con baja morbilidad y excelente control tumoral.^{4,7}

En nuestro país y en América existen algunas controversias en realizar PRR en pacientes de 70 años o más, comparado con el tratamiento no invasivo; la mayoría de esto debido a la expectativa de vida. En el 2010 en México fue de 73.8 años.¹

Los excelentes resultados del control de la enfermedad a largo plazo, su baja morbilidad y bajo costo comparado con otros procedimientos, independientemente de la edad, convierten a la PRR en una terapéutica de elección cuando el objetivo es erradicar la enfermedad en el paciente de 70 años o más, siendo estos pacientes

adecuadamente seleccionados con enfermedad localizada, al compararse con manejo conservador, en estudios randomizados, RT o con otras técnicas quirúrgicas de prostatectomía radical.

■ MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 111 pacientes (32.17%) de 70 años o mayores con CPLC en etapa (T1, T2), Gleason > 5, que fueron sometidos a PRR abierta con linfadenectomía pélvica limitada entre febrero de 1992 y octubre del 2010. Con una edad promedio de 74 años (70/84). Únicamente 53 (48%) de nuestros pacientes presentaban una buena calidad de erección en el momento de su diagnóstico.

Todos los pacientes tuvieron comorbilidad según el score de Charlson de 0/1. La PRR fue realizada bajo bloqueo espinal mixto subdural y catéter epidural, utilizando bupivacaína espinal y transoperatoriamente sedación intravenosa con midazolam y fentanilo. La analgesia posoperatoria durante las primeras 24 horas fue con ropivacaína más clonidina por catéter epidural con paso fraccionado.

El antígeno prostático específico (APE) previo a la (PRR) fue en promedio de 12.5 ng/mL con un rango de (3 a 31 ng/mL).

La técnica quirúrgica fue desarrollada por un mismo equipo quirúrgico.⁷ El análisis histopatológico fue efectuado en un 98% de los casos por un mismo patólogo. El estudio de etapificación preoperatorio incluyó tacto rectal, APE desde 1993 y gammagrama óseo.

El método de diagnóstico fue la biopsia transrectal en el 100% de los casos. Se utilizaron medidas de tendencia central, porcentajes, correlación de Sperman y Kaplan-Maier para sobrevida. Se consideró $p < 0.05$ como significancia estadística.

Tabla 1. Características generales intra grupo de los pacientes estudiados.

n=111	$\mu \pm DE$	T	p*
Edad	73.86 \pm 3.47	224.22	0.0001
APE inicial	13.01 \pm 11.06	12.39	0.0001
APE final	0.29 \pm 1.58	1.96	0.052
Tiempo quirúrgico (hora)	3.16 \pm 0.59	55.67	0.0001
Sangrado (mL)	532.72 \pm 207.81	26.88	0.0001
Sobrevida (meses)	50.34 \pm 38.05	12.68	0.0001

μ : promedio; DE: desviación estándar; T: valor de prueba T; APE: antígeno prostático específico.

*Valor de p con prueba de t de student para una muestra.

■ RESULTADOS

La mortalidad fue del 0%. La utilización de Unidad de Cuidados Intensivos fue de 0%. Nuestro tiempo quirúrgico fue de 3.16 \pm 0.59 horas. El sangrado transoperatorio promedio de 532.72 mL. Los días de hospitalización promedio fue de 3.2 días. No se reportaron complicaciones mayores perioperatorias (**Tabla 1**) (**Figura 1**).

En el **Tabla 2**, se presentan los diagnósticos histopatológicos, donde se observó una buena correlación entre el diagnóstico inicial por biopsia en relación al estudio definitivo ($r=0.783$, $p=0.0001$), con valores de Gleason > 5 en la mayoría de los casos. Posterior a la cirugía, los títulos de APE disminuyeron notablemente de un promedio inicial de 13.01 \pm 11.06 hasta 0.29 \pm 1.58 ($r=0.250$, $p=0.008$) (**Figura 2**).

Los pacientes que presentaron disfunción eréctil (DE) fueron 22 de 53 (42%, IC 95%=66-88). Leve incontinencia de orina en dos de 111 pacientes, utilizando un sólo un pañal al día (1.8%, IC 95%=0.5-6), pero ninguno reportó que influyera en su calidad de vida. Estenosis leve de la anastomosis vesicouretral en cuatro de 111 pacientes (3.6%, IC 95%=1-8), la cual fue manejada con una dilatación uretral. La sobrevida a cinco años libre de CaP fue de 86 de 111 pacientes (78%, $p=0.0001$) (**Tabla 3**) (**Figura 3**).

Tabla 2. Diagnóstico histopatológico inicial y final (n=111).

Gleason	Diagnóstico inicial	(%, IC)	Diagnóstico final	(%, IC)
6	10	(9, 4-14)	5	(4.5, 1-9)
6-7	62	(56, 41-59)	62	(56, 41-59)
7-8	39	(35, 23-40)	44	(40, 27-45)

IC: intervalo de confianza al 95%.

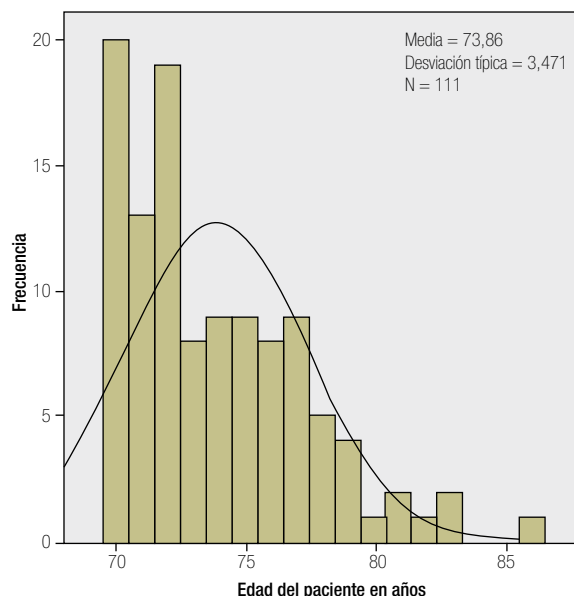
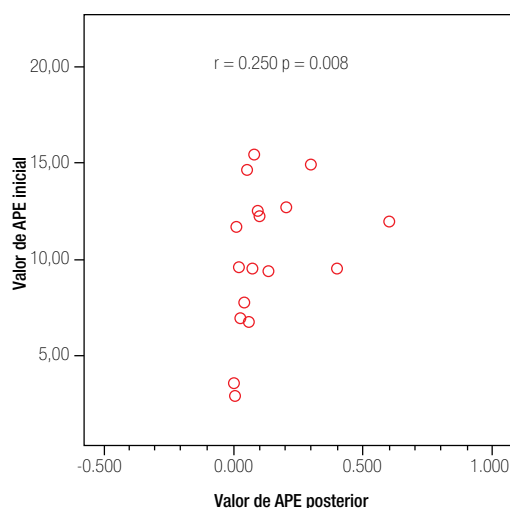


Figura 1. Edad de los pacientes en años.

■ DISCUSIÓN

El CaP se ha constituido en un importante problema de salud pública a nivel mundial. En nuestro país el número estimado de nuevos casos por año es de 9 635, y el número estimado de muertes por año es de 4 785 por esta enfermedad.⁵

Esta patología rara vez se ve en el hombre menor de 50 años. Según las estadísticas de *Surveillance Epidemiology and End Results* (SEER) en el periodo 2000 a 2004 no se diagnosticó CaP en menores de 34 años de edad, 0.5% entre los 35 y 44 años, 8.4% entre los 45 y 54, 27.3% entre 55 y 64, 36.7% entre 65 y 74 años, 22.4% entre 75 y 84 y 4.7% por encima de los 85 años. Podemos suponer que en nuestro país, con el envejecimiento de su población, este problema será cada vez de mayor importancia.



Los puntos/lineas muestran Medias

Figura 2. Correlación entre valores inicial y final de antígeno prostático.

Existe consenso en que la PRR abierta con linfadenectomía pélvica limitada constituye un método terapéutico curativo para tumores confinados a la próstata,⁷⁻¹⁰ en pacientes en buenas condiciones generales independientemente de su edad. Los estudios que promueven la observación vigilada del CaP tienen limitaciones estadísticas, y esta manera de manejo no se ha incorporado en forma importante.

La PRR con linfadenectomía pélvica limitada es en nuestra experiencia un procedimiento seguro, con una tasa de mortalidad del 0%, baja morbilidad y sin complicaciones mayores. También, siendo muy importante

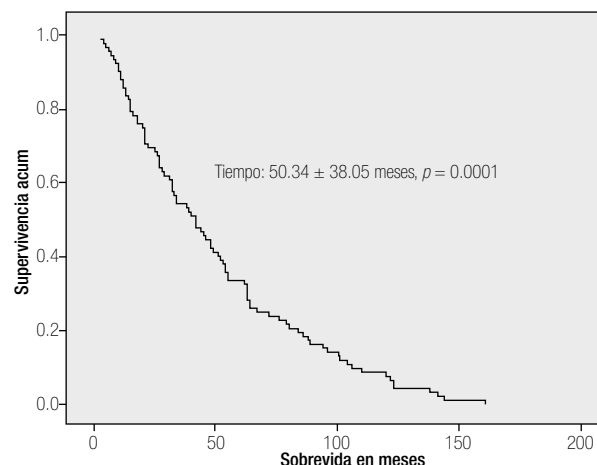


Figura 3. Reactivación de la enfermedad.

posterior a la PRR, la calidad de vida de los pacientes fue incomparable. Algunos estudios evaluaron la calidad de vida en pacientes con CaP, los cuales fueron sometidos a tres diferentes tipos de tratamiento: PRR, RT y privación hormonal, siendo el *score* de funcionalidad mejor después de la PRR, comparado con pacientes sometidos a RT o privación hormonal.¹¹ En la prostatectomía radical robótica el protocolo de inclusión es más selectivo, ya que el índice de masa corporal debe ser menor y no debe haber cirugías pélvicas previas, ya que esto imposibilita la realización de la técnica.

La selección cuidadosa de los pacientes es mucho más importante que la edad por sí sola, cuando se está decidiendo el tratamiento del cáncer prostático.

Tabla 3. Evolución clínica de los pacientes.

	F n=111	(%, IC 95%)	X ²	p*
Complicaciones	27	(24, 14-30)	27.75	< 0.05
Disfunción eréctil n=53	22	(42, 66-88)	40.44	< 0.05
Incontinencia urinaria	2	(7, 0.5-6)	103.14	
Estenosis	4	(3.6, 1-8)	99.32	
Reactivación de la enfermedad	27	(24, 14-30)	29.27	< 0.05
Tratamiento de 2da. Línea	7	(6, 2-11)	84.76	< 0.05
Mortalidad	0	--	--	--

F: frecuencia; X²: ji cuadrada de Pearson; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

*Valor de p calculado con ji cuadrada de Pearson.

■ CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron ningún patrocinio para llevar a cabo este estudio.

REFERENCIAS

1. Consultado el 20 de septiembre de 2012. <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1193428617.pdf>
2. Krumholtz JS, Andriole GL. The surgery of prostate cancer. An update of contemporary radical prostatectomy and brachytherapy series. *Semin Surg Oncol* 1999;17(3):213-218.
3. Catalona WJ, Dresner SM. Nerve-sparing radical prostatectomy: extraprostatic tumor extension and preservation of erectile function. *J Urol* 1985;134(6):1149-1151.
4. Catalona WJ, Smith DS. Cancer recurrence and survival after anatomic radical retropubic prostatectomy for prostate cancer. Intermediate-term results. *J Urol* 1998;160(6 Pt 2):2428-2434.
5. Vargas R, Merhe E, López L. Prostatectomía radical retropúbica en el tratamiento del cáncer prostático. *Rev Chil Urol* 1996;61(1):31-35.
6. Reiner WG, Walsh PC. An anatomical approach to the surgical Management of the dorsal vein and Santorini's Plexus during radical retropubic surgery. *J Urol* 1979;121(2):198-200.
7. Neyra-Argote G. Reporte de la experiencia en prostatectomía radical retropúbica abierta. *Rev Mex Urol* 1982;42(4):179-186.
8. Zincke H, Oesterling JE, Blute ML, et al. Long term (15 years) results radical prostatectomy for clinically localized (T2c or lower) prostate cancer. *J Urol* 1994;152(5 Pt 2):1850-1857.
9. Brausi M, Scattoni V. The role of Radical Prostatectomy (RP) in patients with clinically localized prostate cancer. *Eur Urol* 2003;(1):39.
10. Hanschmann U, Bader P, Ehtle D. Radical prostatectomy in elder patients (75 yrs.) and above. Therapeutic overkill or feasible treatment. *Eur Urol* 2003;147:39.
11. Autenrieth M, Moudel R. Are there contraindications for a curative treatment of prostate cancer patients > 75 years with regard to quality of life. *Eur Urol Suppl* 2008;7(3):300.