

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: [http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=260&Itemid=242](http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242)

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

## XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

Linfadenectomía pélvica extendida laparoscópica en el carcinoma de próstata de alto riesgo

Autores:

Autor presentador:

JA Peña

Resto de autores:

M Oliveira, A De Gracia, P Pardo, JM Santillana, C Ochoa, J Palou, H Villavicencio

Institución:

Fundació Puigvert

Resumen de comunicación:

Introducción:

El abordaje transperitoneal respecto al extraperitoneal permite mayor campo y reduce el riesgo de linfocèles. La Linfadenectomía pélvica extendida (LPE) consigue la extirpación del 75% de las regiones de diseminación linfática del carcinoma. Debe incluir los ganglios de las regiones ilíacas externa, interna y común, fosa obturatriz, y ganglios pre-sacros. Idealmente, deben extraerse 20 ganglios. Se recomienda embolsar por separado según topografía.

Objetivo:

Presentamos un vídeo sobre la linfadenectomía pélvica extendida laparoscópica (LPE) en el carcinoma de próstata de alto riesgo

Material y método:

La técnica fue practicada por un mismo cirujano en 8 pacientes, con edad media de 63.8 años (56-74) y PSA medio de 17.8 (4.35-33.22). El estadio preoperatorio fue cT1c en 5 pacientes y cT2b en 3, con puntuación Gleason combinada de siete en tres pacientes y ocho en cinco.

La LPE se inicia con la disección de la arteria ilíaca externa y aislamiento del uréter, seguida de la sección del conducto deferente. El límite lateral es nervio genitofemoral. Continúa con la disección proximal al uréter y linfadenectomía de la región ilíaca común. Posteriormente se disecciona la fosa de Marcille. Se continúa con la linfadenectomía obturatriz. Concluye con la disección de la región pre-sacra e hipogástrica. El procedimiento se repite contralateralmente. Los ganglios se extraen por separado.

Resultados:

La LPE alargó el tiempo quirúrgico en 100 minutos de media. En 2 casos se colocó drenaje, retirándose al primer y sexto días postoperatorios. De media, se aislaron 20.5 ganglios (7-36), ninguno patológico. Se produjo un caso de lesión rectal resuelta durante el acto quirúrgico. Las

complicaciones postoperatorias incluyeron un hematoma del flanco derecho con necesidad de transfusión. Estancia media 5 días (3-15). No se produjeron complicaciones en el seguimiento.

### Conclusiones:

Según nuestra experiencia inicial, el abordaje laparoscópico permite la realización de linfadenectomía pélvica extendida en los casos indicados. La disección entre los vasos ilíacos externos y la pared de la pelvis menor hasta la fosa de Marcille permite una excelente visualización de la bifurcación de los vasos ilíacos comunes. A pesar de emplear siempre la misma técnica por un mismo cirujano, el número de ganglios linfáticos extraídos resultó ampliamente variable.

