

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

Disponible: 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:

ANALISIS DE MARGENES QUIRURGICOS POSITIVOS EN PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI

Autores:

Autor presentador:

Chavez Roa, Cesar

Resto de autores:

Hernando Arteche A, Senovilla Perez JL, Galante Romo MI, Fernandez Pérez C1, Ciappara Paniagua M, Casado Varela J, Blazquez Izquierdo y Moreno Sierra J.

Institución:

Servicio de Urología. Unidad de Apoyo a la Investigación1. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid.

Resumen de comunicación:

Introducción:

El objetivo principal de la prostatectomía radical es conseguir resultados libres de tumor y evitar la recidiva. Existen situaciones en la cuales la pieza quirúrgica no se logra extirpar por completo condicionando márgenes quirúrgicos positivos. Si bien aun es controversial el significado de los márgenes positivos, es de comun acuerdo que representan un factor de mal pronostico ante recurrencia del PSA.

Objetivo:

Analizar los márgenes quirúrgicos positivos (MQP) como un factor de riesgo para el desarrollo de recidiva tumoral después de prostatectomía radical laparoscópica asistidas por robot (PRLR).

Material y método:

Analizamos los resultados de 255 pacientes sometidos a PRLR desde octubre de 2006 a octubre de 2011 en nuestro centro. Las variables analizadas fueron el PSA_t, peso de la próstata, Gleason y estadio patológico. Analizamos los MQP y la respuesta del PSA_t tras la PR, así como el tiempo hasta la recidiva bioquímica. Diseñamos una base de datos en Excel y analizamos nuestros resultados con el paquete informatico SPSS 15.0

Resultados:

Edad media: 63.4 años (44-79). Media de PSA_t 7,16 ng/ml (1,2-27,3). El 46,4% tuvieron una puntuación de Gleason ? 6, 43,9% = 7 y el 7% ? 8. Peso prostático medio: 50,5 gr. 83,1% (212 p) y 11% (28 p) pertenecían a un estadio patológico pT2 y pT3, respectivamente. Mediana de seguimiento: 19,6 meses (8,25-37). La tasa global de MQP fue del 19,2 %. Las tasas de MQP según estadios patológicos fueron del 16,42 % y 53,57 % en pT2 y pT3, respectivamente (p= 0,002); y

en función de la puntuación de Gleason fueron del 11,3% (G ?6), 26,36% (G =7) y 38,9% (G ?8) ($p < 0,001$). El PSA fue mayor en aquellos pacientes con MQP (8,22 vs 6,8 ng/ml), mientras que el peso prostático fue inferior (52,6 vs 42,8 g, $p=0,001$). 15 pacientes (5,9%) presentaron recidiva bioquímica en el seguimiento con una mediana de tiempo hasta la aparición de 15,4 meses, mientras que 24 pacientes (9,4%) presentaron persistencia bioquímica tras la cirugía.

Conclusiones:

El estadio patológico del cáncer de próstata, la puntuación de Gleason y el PSA aumentan el riesgo de presentar MQP en la PRLR, mientras que el peso prostático se relaciona inversamente.

