# LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. NUESTRA SERIE.

**Autores:** Conde Giles, A; Soto Villalba, J; León Delgado, C; García-Baquero García de Paredes, R; Rosety Rodríguez, J; Ledo Cepero, MJ; Pérez-Lánzac de Lorca, A; Amores Bermúdez, Fco Javier; Romero Tenorio,M; Álvarez-Ossorio Fernández, JL.

U.G. C. de Urología.

**Centro:** Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.

**CITAR COMO:**

Conde Giles, A; Soto Villalba, J; León Delgado, C; García-Baquero García de Paredes, R; Rosety Rodríguez, J; Ledo Cepero, MJ; Pérez-Lánzac de Lorca, A; Amores Bermúdez, Fco Javier; Romero Tenorio,M; Álvarez-Ossorio Fernández, JL.

U.G. C. de Urología.

LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.

Seclaendosurgery.com (en linea) 2012, nº 41.

Disponible en Internet: http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=327&Itemid=342.

ISSN: 1698-4412

**Introducción**

El cáncer de próstata es uno de los principales problemas de salud para la población masculina. En Europa el cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia sólida más frecuente y la segunda causa más frecuente de mortalidad por cáncer en varones, supone el 9% de las muertes por cáncer.

El papel de la linfadenectomía no está bien definido y existe controversia tanto en su indicación como en su extensión. Hasta ahora, parece que la linfadenectomía sólo ha conseguido demostrar la precisión de la estadificación tumoral N, actualmente no existe ninguna prueba de imagen que mejore la estadificación tumoral realizada por la LP. Se han presentado varios estudios comparando la LP con las pruebas de imagen, tanto la PET Colina (1,2) como la RMN con nanopartículas de óxido de hierro superparamagnético linfotropas han conseguido buenos resultados (3), pero estas pruebas necesitan de más estudios, ya que todavía siguen siendo procedimientos experimentales.

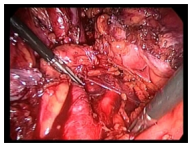
Actualmente se necesitan de nomogramas predictivos y tablas de decisión para predecir la invasión metastásica ganglionar y evaluar la necesidad de realizar LP. Estos nomogramas combinan diferentes factores de riesgo ya establecidos, como el PSA previo al tratamiento, estadio clínico, el grado de Gleason en la biopsia y el número de cilindros afectados en la biopsia prostática. Estos nomogramas, pueden identificar a pacientes con bajo riesgo de afectación ganglionar y que por tanto no se beneficiarían de la realización de LP durante la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) (4,5). En este estudio, vamos a analizar los resultados de los pacientes sometidos a linfadenectomía pélvica de nuestra serie de prostatectomía radical laparoscópica.

**Material y métodos**

El objetivo de este estudio es analizar nuestra serie de PRL con linfadenectomía pélvica, valorando si las indicaciones protocolizadas aportan resultados positivos, y cuantificar complicaciones y repercusiones de las mismas.

Realizamos un análisis retrospectivo incluyendo las PRL con linfadenectomía pélvica que se han realizado desde marzo de 2009 hasta marzo de 2012.

Presentamos una serie de 150 PRL, de ellas realizamos linfadenectomía ampliada laparoscópica en 25 casos, entendiendo ésta como linfadenectomía de los territorios iliaco externo, interno y obturatriz bilateral. Tomando como criterio para su realización pacientes con CaP de alto riesgo y riesgo intermedio con probabilidad de afectación ganglionar > 5% según nomograma de Partin.



**Resultados**

Los pacientes presentaban una edad media de 63,16 años (45-74); un IMC medio de 27,45 (20,56-36,38), El 33% presentaban al tacto rectal tumor palpable. El PSA medio fue de 18,85 (6,5-46), volumen prostático de 37,72 (15-67,69), Gleason en la biopsia de 7 (5-9), número de cilindros afectados de 4,75 (1-8) y un porcentaje tumoral en biopsia de 38,13 (1-100%).

En todos los casos se realizó linfadenectomía laparoscópica ampliada, obteniéndose una muestra ganglionar media de 14,44 (9-39) ganglios, todas negativas para afectación neoplásica (Tabla 1).

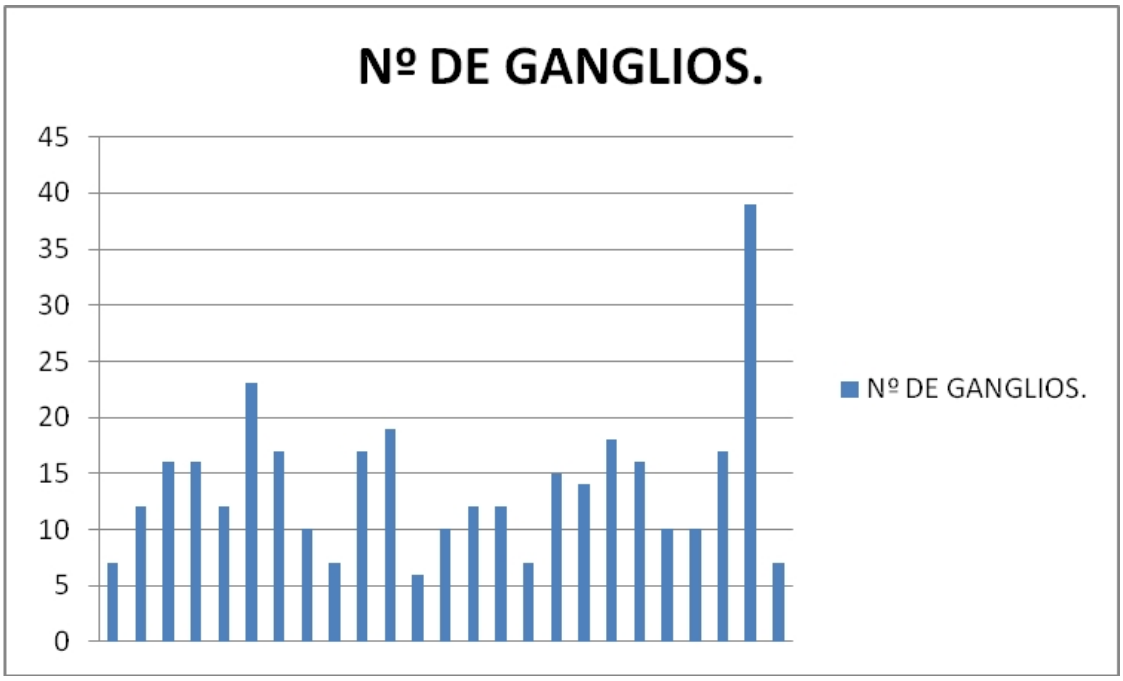


**Tabla 1**. Muestra ganglionar media de 14,44 (9-39) ganglios.

Todos los ganglios resultaron negativos para metástasis del CaP.

El Gleason final de la pieza quirúrgica medio fue de 7,5 (7-9), obtuvimos márgenes positivos en 9 pacientes y además 4 de ellos presentaron afectación de las vesículas seminales, el estadio final más frecuente fue PT2c (13), y presentamos una pérdida hemática media de 177,05 cc (80-500cc). No tuvimos que reconvertir a cirugía abierta en ningún caso. La estancia media hospitalaria aumentó a 6,5 días (3-18). Se remitió a radioterapia adyuvante a 9 pacientes por márgenes positivos (22,25 % de márgenes positivos en serie total de PRL) y progresión del PSA, en 1 paciente se detectó metástasis ósea única a los 2 meses de la intervención.

Obtuvimos un mayor número de complicaciones con respecto a los demás pacientes con PRL sin linfadenectomía como fueron: 4 pacientes presentaron hematomas de pared y en 2 de ellos, se necesitó transfusión sanguínea, 4 pacientes presentaron linforrea que aumentó la estancia hospitalaria, 1 paciente presentó TVP y 2 hernia del trócar umbilical (Tabla 2). Además la técnica supuso un aumento de la duración de la cirugía en aproximadamente entre 60 y 90 minutos, siendo esta realizada siempre por el mismo cirujano
.

**COMPLICACIONES:**

- Hematomas de pared: 8,4% (2 requirieron transfusión).
- Linforrea: 8,4%.
- Hernia de trócar umbilical: 4%.
- TVP: 2%.

**Tabla 8.** [illegible]

## Bibliografía


1. Schiavina R, Scattoni V, Castellucci P et al. 11C-choline positron emisión tomography / computerized tomography for preoperative lymph-node staging in intermediate-risk and high-risk prostate cancer: comparison with clinical staging nomograms. Eur Urol 2008;54:392-401
2. Rigatti P, Suardi N, Briganti A et al. Pelvic / retroperitoneal salvage lymph node dissection for patients treated with radical prostatectomy with biochemical recurrence and nodal recurrence detected by 11C-choline positron emission tomography / computed tomography. Eur Urol 2011;60:935-43
3. Briganti A, Blute ML, Eastham JH et al. Pelvic lymph node dissection in prostate cancer. Eur Urol 2009;55:1251-1265
4. Rincon Mayans A, Zudaire Bergera JJ, Rioja Zuazu J et al. Linfadenectomía (ampliada vs estándar) y cáncer de próstata. Actas Urol Esp 2008;32(9):879-887
5. Heidenreich A (chairman), Bastian PJ, Bellmunt J et al. Guía clínica sobre el cáncer de próstata. European Association of Urology 2012
6. Wingartz Plata H, Maldonado Arce B, Moreno Aranda J. El valor de la linfadenectomía pélvica laparoscópica para estadificar pacientes con cáncer de próstata. Colegio Mexicano de Urología AC 2002. Vol XVII, nº 4. 182-186
7. Janetschek G, Jeschke S, Leeb K et al. Papel de la biopsia dinámica del ganglio centinela en el cáncer de próstata organoconfinado. Actas Urol Esp 2007;31(6):686-692
8. Weingärtner K, Ramaswamy A, Bittinger A et al. Anatomical basis for pelvic lymphadenectomy in prostate cancer: results of an autopsy study and implications for the clinic. J Urol 1996;156(6):1969-71
9. Diavan B, Kazzazi A, Dulabon L et al. Indications and trends in pelvic lymph node dissection for prostate cancer. Eur Urol 2011;10(suppl):e38-e43
10. Schumacher M, Burkhard FC, Studer UE. Curage ganglionnaire dans le cancer de la prostate. EMC (Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales – Urologie, 2005(41):304