



Trabajos originales

Original articles

PROSTATECTOMÍA SUBRADICAL ENDOSCÓPICA**SUBRADICAL ENDOSCOPIC PROSTATECTOMY**

Dres. Valdivia-Uría, J. G.*; Blasco Beltrán, B.; Ambroj Navarro, C.; Ramírez Fabián, J. M.; Rodríguez Bazalo, M.

RESUMEN: *La resección transuretral subradical de próstata es una técnica mínimamente invasiva que puede ofertarse, como una alternativa válida a la cirugía radical abierta, a pacientes que no la acepten, o que debido a su mal estado general, no sean tributarios de la misma.*

La linfadenectomía laparoscópica, como maniobra de estadiaje de estos tumores brinda ahora la posibilidad de realizar un estudio prospectivo del curso evolutivo de los pacientes tratados con este tipo de cirugía mínimamente invasiva.

La resección "subradical" de próstata (con una morbimortalidad ligeramente más elevada que la de la simple resección de un adenoma prostático), es una técnica que proporciona resultados muy promisorios, siempre que sea realizada por un reseccionista experimentado, utilizando un sistema seguro de irrigación a baja presión hidráulica.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 1, Pág. 15, 1996)

Palabras clave: Neoplasmas de la próstata; Cirugía mínimamente invasiva; Resección transuretral de próstata.

SUMMARY: *The subradical T.U.R.P. is a minimal invasive technique that can be offered as a valid alternative to retropubic prostatectomy to those patients who refuse it, or to those who are not good candidates to it, due to their bad general state.*

The laparoscopic lymphadenectomy, as an excellent staging procedure of these tumors, opens the possibility to start prospective studies about the evolutive course of those patients treated with this type of minimal invasive surgery.

The subradical T.U.R.P. (with a slightly higher morbimortality than a simple T.U.R.P. because of adenoma), is a technique with encouraging results, if it is performed by an experienced endoscopist, with the use of an effective low presion irrigation system.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 1, Pág. 15, 1996)

Key words: Prostate neoplasms; Minimal invasive surgery; Radical T.U.R.P.; Enlarged T.U.R.P.

* Profesor Titular y Jefe del Servicio de Urología
del Hospital Clínico Universitario

Avda. San Juan Bosco 15
50009 Zaragoza - España

Aceptado para su publicación en octubre de 1995

INTRODUCCIÓN

A pesar de la amplia aceptación que ha conseguido en los últimos años la prostatectomía radical, existe aún cierta controversia sobre cuál es el mejor procedimiento para tratar a estos tumores en sus estadios iniciales.

Se han realizado pocos estudios randomizados que comparen entre sí los distintos tratamientos aplicados a pacientes con carcinoma prostático localizado. Cabe destacar por su interés, los resultados del estudio randomizado prospectivo donde se compara la prostatectomía radical con un placebo, realizado por "the Veterans Administration Cooperative Urological Research Group". En este ensayo no pudo demostrarse que la prostatectomía radical ofreciera una mejor supervivencia a 15 años que la simple administración de un placebo⁽¹⁾.

En este mismo sentido algunos autores⁽²⁾ ponen de manifiesto que la supervivencia de pacientes con carcinoma prostático (estadios A y B, Nx, M0), sometidos a simple observación del curso clínico de su enfermedad es similar a la que se obtiene después de cirugía radical o radioterapia.

Como contrapartida, el análisis comparativo entre los diversos estudios retrospectivos realizados carece casi siempre de validez debido a la poca uniformidad que se advierte en la selección de los pacientes, así como en los medios utilizados para lograr el estadiaje tumoral.

Podemos concluir, por lo tanto, en que aún no hay datos definitivos que permitan al urólogo hacer recomendaciones dogmáticas respecto de la elección del tratamiento, lo que nos permite plantear, como una posible alternativa a la cirugía radical abierta (en casos muy seleccionados), la resección transuretral subradical de próstata ("*enlarged T.U.R.P.*").

Lamentablemente, en el momento actual se sigue relegando a la resección transuretral de próstata (en el tratamiento del carcinoma prostático), al mismo plano que en sus inicios; es decir, a "labrar un simple túnel en la próstata" para desobstruir la vejiga.

La experiencia adquirida en la resección profunda de carcinomas prostáticos en estadios avanzados⁽²⁷⁾ nos hace presuponer que técnicamente es posible llevar a cabo la excisión total de carcinomas en estadios precoces (A1, A2, B1, B2), posiblemente con una menor dispersión iatrogénica de células tumorales que con la cirugía abierta, en la que la glándula es sometida a fuertes extracciones con las maniobras de disección⁽⁹⁾.

Son muy pocos quienes se han atrevido a pronunciarse a favor de una "*enlarged T.U.R.P.*" en casos de carcinoma prostático^(2, 17, 21, 22, 23, 27), y menos aún precisamente ahora, cuando la cirugía radical de la glándula, por vía retropúbica, está en pleno auge y se ha constituido en una corriente de moda, arropada por los mejores resultados obtenidos en la conservación de la potencia sexual y la continencia urinaria⁽³⁰⁾.

Afortunadamente, con la posibilidad que nos brinda actualmente la linfadenectomía laparoscópica, salvamos uno de los mayores obstáculos con los que tropezaba la "*enlarged T.U.R.P.*" y que era la imposibilidad de realizar un estadiaje ganglionar.

Exponemos nuestra experiencia de los 7 últimos años en la resección transuretral de carcinomas prostáticos, en sus diversos estadios.

Además de los pacientes sometidos a prostatectomía radical retropúbica, hemos tratado en los 7 últimos años, mediante resección transuretral de próstata –asociada a bloqueo androgénico completo– a un total de 115 pacientes afectados de carcinoma prostático.

Según el tipo de técnica endoscópica empleada, los clasificamos en 3 grupos distintos:

Un primer grupo, de 32 pacientes, a los que debido a su mal estado general y en consonancia con la experiencia de su cirujano se les practicó exclusivamente una "embudización" de su uretra prostática.

Un segundo grupo, de 41 pacientes, a los que se les reseccó la próstata con una técnica similar a la que se emplea para la hiperplasia adenomatosa de la misma. Tras hallar el plano capsular, se procuró seguirlo –hipotéticamente– en toda la celda, dejando a ésta totalmente uniforme y sin ningún resto adenomatoso. En estos casos, no se profundizó en las áreas en las que la cápsula aparecía afectada por el carcinoma.

Y, finalmente, un tercer grupo de 42 pacientes a los que se les practicó la resección subradical de la glándula, con la técnica que luego exponemos, y con la pretensión de extirpar la totalidad o la mayor parte posible del tejido carcinomatoso.

La edad de los pacientes de este último grupo, en el que centraremos toda nuestra atención oscila entre los 56 y 83 años, con una media de 69,3 y una moda de 65 años.

Con respecto a las indicaciones de la técnica de la R.T.U. subradical, queremos resaltar el hecho de que puesto que se trataba de aplicarla en un contexto de indicaciones aún no consolidadas por el uso, incluimos en nuestra serie, casi exclusivamente, a pacientes con tumores en estadio D (T1-4, M1). Ello no significa que las futuras indicaciones de esta técnica deban quedar siempre limitadas a este tipo de pacientes.

Como instrumento endoscópico utilizamos siempre un resectoscopio convencional de grueso calibre (27-28 Charriere). Inexcusablemente empleamos en todos los casos un trocar suprapúbico de Reuter o una camisa de Amplatz 30F suprapúbica, ya que sólo de esta forma (y no con un resectoscopio de irrigación-succión continua) podremos estar seguros de que la presión intravesical no sobrepasará los 15 centímetros de agua.

Como líquido irrigante empleamos una solución de glicina a una altura no superior a 40 centímetros por encima de la sínfisis púbica (Foto 1).

La técnica de la R.T.U. subradical consta de 2 fases totalmente diferentes:

En la primera nuestro objetivo se centra en poner al descubierto la cápsula superficial en toda la celda prostática, tanto si al paciente se le había realizado o no una adenomectomía previa. En casi todos los casos esto supone, de hecho, una R.T.U. prostática convencional.



Foto 1: Resección subradical de próstata. Obsérvese la escasa altura de las bolsas de irrigación, así como el tubo de Amplatz de drenaje suprapúbico.

Una vez evacuados todos los fragmentos y revisada la hemostasia, se inicia la segunda fase, en la que profundizamos nuestros cortes, especialmente en la zona cancerosa, apareciendo enseguida la llamada cápsula verdadera o "metálica" (por el aspecto y brillo característicos)⁽¹⁹⁾ (Foto 2). Esta deja transparentarse a los senos venosos que serán abiertos en nuestros siguientes cortes cuando alcancen el tejido periprostático.

Los senos venosos son más abundantes y gruesos en las porciones laterales próximas a cuello o en la porción alta de la celda.

Las cercanías de la uretra membranosa están muy próximas al músculo elevador del ano, por lo que al ser excitado éste por la corriente eléctrica del asa, se contrae, provocando la perforación capsular a dicho nivel. Es frecuente que en este nivel el asa eléctrica dislacere involuntariamente las fibras del elevador del ano (Foto 3).

La sobre-resección del contorno inferior del cuello vesical suele provocar una cavidad subtrigonal infiltrada por el líquido de irrigación. La resección profunda puede proseguirse en el suelo de la celda, sobrepasando el nivel del *veru montanum*, cuidando de no elevar el recto

con el dedo que realiza el tacto. Normalmente la musculatura del recto, excitada por la corriente de corte se contrae, lo que aleja la pared rectal del asa eléctrica (Foto 4).



Foto 2: Cápsula profunda o "metálica" que deja entrever en algunos puntos el tejido periprostático.



Foto 3: Músculo elevador del ano, por detrás de una banda capsular pendiente de ser resecada.



Foto 4: El asa del resector señala la cara anterior del recto.

La grasa periprostática, junto a los senos venosos y algún vaso arterial suelen aparecer especialmente al resecar las paredes laterales y el techo de la celda.

La resección se prosigue hasta eliminar totalmente la cápsula prostática y el área carcinomatosa. No obstante, como es lógico suponer, en los carcinomas en estadios C2 y D, existe un momento en el que la resección llega a un límite prudencial irrefragable, a pesar de que veamos que el tumor se extiende más allá, por las vesículas seminales, la vejiga o las paredes pelvianas. Aun así, creemos que en estos casos la R.T.U. subradical de próstata desempeña un importante papel como técnica citorreductora.

Cuando existe obstrucción ureteral por invasión tumoral, la resección debe extenderse hacia la base trigonal y "perseguir" al uréter siguiendo su rodete intravesical.

Concluida la resección, la extracción de los fragmentos resecaos en esta segunda fase debe ser ejecutada con suavidad y rapidez mediante una jeringa de Tomey. No obstante, cuando se trabaja con una camisa de Amplatz suprapúbica, esta evacuación se ve enormemente facilitada, pues los fragmentos van saliendo por la misma conforme van siendo resecaos. Al finalizar la resección e interrumpirse la irrigación, se crea un desequilibrio de presiones hidráulicas, lo que suele producir una hemorragia venosa que cede de inmediato tras colocar la sonda vesical, hinchar su globo en la vejiga con 30-50 ml y traccionar ligeramente de ésta durante unos minutos.

Suele llamar la atención observar cómo transcurrido este tiempo, el líquido de irrigación, que penetra ahora por la sonda suprapúbica (colocada a través del trocar o del Amplatz), sale completamente limpio por la sonda uretral.

Todos los pacientes de nuestra serie recibieron tratamiento complementario a la R.T.U. subradical, consistente en orquidectomía subalbugínea bilateral + antiandrógenos, o bien agonistas LHRH + antiandrógenos. En 4 pacientes con metástasis óseas, se recurrió al tratamiento complementario con fosfato de estramustina. En un paciente se realizó fotocoagulación complementaria de la celda, a los 15 días de la R.T.U. subradical.

No consideramos oportuno asociar a ninguno de nuestros pacientes tratamiento complementario con radioterapia externa.

RESULTADOS

Debido al escaso número de casos, el corto tiempo de evolución, y a la dispersión de factores implicados, tales como la muy diferente edad de los pacientes, los distintos estadios y grados de malignidad tumorales, la inexistencia de un correcto estadiaje ganglionar, la incidencia de los tratamientos complementarios utilizados, etc., resulta imposible realizar una valoración objetiva de los resultados globales obtenidos con los pacientes de nuestra casuística.

Por ello resaltaremos específicamente los datos relacionados con la técnica quirúrgica y sus posibles consecuencias en la evolución seguida por los pacientes.

El promedio de tiempo empleado en la realización de la resección subradical fue de 64 minutos, y la media de tejido resecao fue de 41,5 gramos.

La resección subradical se llevó a cabo sin incidentes intraoperatorios en los 42 pacientes de nuestra serie, excepto en uno de ellos, que presentó una fuerte hemorragia procedente del plexo venoso de Santorini y que precisó una transfusión de 3 litros de sangre.

Otro de nuestros pacientes falleció en el postoperatorio inmediato, por una complicación directamente imputable a la técnica quirúrgica. Una obstrucción inadvertida de la sonda, sin que se interrumpiera a tiempo la irrigación continua de la vejiga dio lugar a una masiva infiltración retroperitoneal del líquido de irrigación.

Al margen de estos casos, 19 pacientes requirieron transfusión intra o postoperatoria.

Hasta el momento han fallecido 11 pacientes más de nuestra serie (1 A2, 4 en estadio C y 6 en estadio D; todos ellos con metástasis múltiples antes de la intervención).

Hemos perdido para control a 3 pacientes y seguimos controlando a los 27 restantes, de los cuales 13 han presentado un progresivo empeoramiento de su cuadro metastásico, en tanto que los 14 restantes mantienen estable la repercusión general de su enfermedad.

Cinco de ellos están aparentemente libres de tumor local (ecografía, PSA y Franzen) y sin metástasis óseas evidenciables (a los 2, 3, 6, 7 y 7 1/2 años de evolución). Otros 9 no presentan recidiva local aparente, si bien inicialmente tenían ya metástasis óseas.

Todos los pacientes presentaron una sustancial mejoría de su síndrome miccional, recuperando la micción con normalidad, excepto uno que quedó con incontinencia urinaria a medianos esfuerzos y 3 que presentaron esclerosis postoperatorias de cuello vesical, que se resolvieron mediante simples dilataciones con beniquéus.

A algunos pacientes se les han realizado urofluometrías de control, observándose en casi todos ellos unas tasas de flujo máximo por segundo superiores a 15 ml. Las cistouretrógrafías miccionales a largo plazo muestran unas celdas prostáticas retraídas y uniformes. En un paciente (C2, Nx, M1, Gleason 7) que presentó recidiva local a los 2 años de la R.T.U. subradical, tuvimos ocasión de realizarle una nueva R.T.U. y fotocoagulación con láser, en el curso de las cuales pudimos objetivar cómo el cuello vesical quedaba prácticamente unido a la uretra membranosa, con un acortamiento muy importante de lo que era la uretra prostática.

DISCUSIÓN

La resección subradical de próstata es una técnica que pretende, y muchas veces consigue, la extirpación total

del carcinoma prostático, con una más pronta y confortable recuperación del paciente que con la cirugía radical retropúbica.

Nadie puede negar el hecho de que durante las maniobras quirúrgicas de la prostatectomía radical abierta se puede producir una diseminación de células tumorales por los vasos linfáticos que salen de la glándula. Justamente para tratar de evitar este proceso, *Campbell*, en 1959 describió el acceso quirúrgico anterógrado a la glándula, con la ligadura precoz de dichos vasos linfáticos⁽⁵⁾.

Nosotros opinamos que, en el caso de la resección subradical de próstata, si ésta se ejecuta en condiciones de baja presión de irrigación, tal como propone *Reuter*⁽²⁰⁾, o mucho mejor, tal como actualmente la realizamos nosotros (utilizando una camisa de *Amplatz* suprapúbica), no sólo se previene la aparición del "T.U.R. Syndrome", sino que se reducen, al menos desde el punto de vista teórico, las posibilidades de diseminación oncológica en el curso de la intervención.

En contra de nuestra opinión en este sentido, están las de *Bandhauer*⁽³⁾, *Fowler*⁽⁶⁾, *Natarajan*⁽¹⁴⁾, *Levine*⁽¹⁰⁾ y *Hanks*⁽⁸⁾ entre otros, quienes han llamado la atención sobre el riesgo que supone la realización de una resección transuretral de próstata (con fines biópsicos) en la posible diseminación de células tumorales y la subsecuente aparición de metástasis a distancia.

Con independencia de que en algunos de estos estudios no se controlaron todas las variables específicas conocidas y capaces de influir en la progresión del cáncer, tales como estadio, grado histopatológico, así como el impacto de otras modalidades terapéuticas, en ninguno de ellos se realizó la resección transuretral con la técnica de baja presión de irrigación, ni se pretendió extirpar la totalidad del tumor localmente (R.T.U. subradical).

Tampoco en estos trabajos se alude a los criterios seguidos para seleccionar a cuáles de los pacientes se les debía biopsiar con aguja y a cuáles otros mediante resección transuretral. ¿No sería que el grupo de pacientes biopsiados por resección lo fue porque de paso debía ser desobstruido?, ¿no estaría este grupo más bien subestudiado? Ello explicaría el porqué, únicamente en el estadio B se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia libre de enfermedad, entre los pacientes sometidos a estos 2 métodos de diagnóstico.

Este tema sigue pues en franca controversia, y hay autores como *Pansadoro*⁽¹⁶⁾, *Vicente*⁽²⁸⁾ y *Nativ*⁽¹⁵⁾ que afirman, basados en estudios retrospectivos, que la resección transuretral no facilita la aparición de la enfermedad metastásica.

Aceptando pues la posibilidad de que la subradical T.U.R.P. no facilita la aparición de metástasis, ¿por qué no pretender hacerla tan extensa como para extirpar todo o casi todo el tumor? (cirugía de exéresis total o cirugía citoreductora).

Muchos autores han expresado diversas opiniones sobre las peculiaridades de la técnica de la resección trans-

uretral en el carcinoma prostático^(7, 12, 29). No obstante, no todos siguen los mismos postulados ni criterios, y ninguno de ellos alude a la baja presión hidráulica que debe existir en el interior de la cápsula prostática durante el curso de la intervención.

En la R.T.U. subradical no hace falta desbordar las áreas en las que la fascia profunda de la cápsula aparece sana. Tampoco en la prostatectomía radical con preservación de erectores⁽³¹⁾ se sigue un plano totalmente extracapsular. La disección en ciertos casos se hace con dificultad a nivel del ápex lateral de la glándula⁽¹⁸⁾, zona por donde tienen su salida los filetes nerviosos que como se sabe son seguidos selectivamente por las células neoplásicas (infiltración de cordones perineurales).

Con la resección subradical se puede resecar parte de las vesículas seminales, pero no su totalidad. Tampoco en estos casos (falsos estadios B2 B2, que en realidad son C2) la cirugía abierta radical aventaja a la técnica endoscópica.

Sin embargo, el mayor inconveniente que hasta ahora ha tenido la R.T.U. subradical era que su ejecución nos privaba de la posibilidad de obtener ganglios para realizar un correcto estadiaje tumoral, con lo que resultaba imposible la valoración objetiva de los resultados que con ella se obtenían. Este inconveniente ha sido superado hoy en día con la linfadenectomía laparoscópica, técnica mínimamente invasiva con la que perfectamente puede complementarse⁽²⁵⁾.

Consideramos interesante la posibilidad de combinar a la R.T.U. subradical la fotocoagulación de la celda con láser^(4, 13, 24). Hasta el momento sólo hemos tenido la oportunidad de tratar de esta manera a un paciente que presentó recidiva local a los 2 años de la resección subradical de próstata. No obstante, creemos que la precisión que se obtiene reseca en un segundo tiempo un resto tumoral es mucho mayor que la valoración que pueda hacerse del alcance de la fotocoagulación, en un plano tisular situado a escasos milímetros de la pared rectal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adolffson, J. y Carstensen, J.: "Natural course of clinically localized prostate adenocarcinoma in men less than 70 years old". *J. Urol.*, 146:96-98, 1991.
2. Arnholdt, F.: "Radikale transurethrale elektrosektion des prostatacarcinoms". *Urol. Int.*, 28:50, 1973.
3. Bandhauer, K.: "The possible role of transurethral resection in the dissemination of prostatic cancer". *Eur. Urol.*, 1:272, 1974.
4. Beisland, H. O.: "Combined T.U.R. an laser in the treatment of localized prostatic cancer". *Scand. J. Urol. Nephrol.*, suppl., 110:83-88, 1988.
5. Campbell, E. W.: "Total prostatectomy with preliminary ligation of the vascular pedicles". *J. Urol.*, 81:464, 1959.
6. Fowler, J. E. (Jr.) y col.: "Pelvic lymph node metastases and probability of survival without distant metastases in patients treated with I 125 implantation for localized pro-

- static cancer: influence of pretreatment transurethral resection of prostate", presented at 77th Annual Meeting, AUA. Kansas City, mayo 16-20, 1982.
7. Greene, L. F.: "Transurethral resection of prostatic carcinoma", en Greene y Segura: "Transurethral Surgery", pp. 237. Saunders, 1979.
 8. Hanks, G. D.; Leibel, S. y Kramer, S.: "The dissemination of cancer by transurethral resection of locally advanced prostate cancer". *J. Urol.*, 129:309, 1983.
 9. Kassabian, V. S.; Bottles, K.; Weaver, R. P.; Williams, R. D.; Paulson, D. F. y Scardino, P. T.: "Seeding of tumor during radical prostatectomy". *J. Urol.*, 145 (Suppl.):424 A, 1991.
 10. Levine, E. S.; Cisec, V. J.; Ulvihill, M. N. y Cohen, E. L.: "Role of transurethral resection in dissemination of cancer of prostate". *Urology*, 28:179, 1986.
 11. Madsen, P. O.; Graversen, P. H.; Gasser, T. C. y Corle, D. K.: Treatment of localized prostatic cancer. Radical prostatectomy versus placebo. A 15 years follow-up". *Scand. J. Urol. Nephrol.*, Suppl. 110:95, 1988.
 12. McMillen, J. y Wettlaufer, J. N.: "The role of repeat transurethral biopsy in stage A carcinoma of the prostate". *J. Urol.*, 116:759, 1976.
 13. McNicholas, T. A.; Carter, S. St. C.; Wickham, J. E. A. y O'Donoghue, E. P. N.: "YAG laser treatment of early carcinoma of the prostate". *Br. J. Urol.*, 61:239-243, 1988.
 14. Natarajan, N. y col.: "Pretreatment transurethral resection of prostate cancer and disease-free survival". *Anticancer Res.*, 7:395, 1987.
 15. Nativ, O.; Bergstrahl, E. J.; Boyle, E. T. (Jr.) y Zincke, H.: "Transurethral resection versus needle biopsy prior to radical prostatectomy for stage C prostate cancer. Influence on progression and survival". *Urology*, 37:22-27, 1991.
 16. Pansadoro, V.; Arcangeli, G.; De Paula, F. y col.: "T.U.R. and metastatic prostatic cancer", Abstracts of XXI Congress of the International Society of Urology, pp. 174, Buenos Aires, 1988.
 17. Paoletti, P. P.: "La terapia quirúrgica endoscópica del carcinoma della prostata", en R. Benelli y M. Gavazzi "II carcinoma della prostata per immagini", pp. 67, IPSEN. Milano, 1993.
 18. Petros, J. A. y Catalona, W. J.: "Antegrade approach to radical retropubic prostatectomy in patients with difficult apical dissection". *J. Urol.*, 145:994, 1991.
 19. Reuter, H. J.: "Atlas der Urologischen Endoscopie" (Band 1), pp. 103, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1980.
 20. Reuter, H. J.: "Técnica endoscopia urológica (R.T.U., Criocirugía)", pp. 21. Ed. "Museum für medizinische Endoskopie Max Nitze e. V.", Stuttgart, 1979.
 21. Reuter, M. A.; Reuter, H. J. y Epple, W.: "Electrorresección transuretral total del carcinoma de la próstata". *Arch. Esp. Urol.*, 44 (Suppl.):611, 1991.
 22. Rizo, M. A. y Manfredi, C. J.: "Cirugía endoscópica transuretral radical del cáncer de próstata". *Rev. Arg. de Urol.*, 60:110-115, 1995.
 23. Sachse, H.: "Die radikale Prostataresektion beim Prostatakarzinom". *Therapiewoche*, 26:4208, 1976.
 24. Samdal, F. y Brevik, B.: "Laser combined with T.U.R.P. in the treatment of localized prostatic cancer". *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 24:175-177, 1990.
 25. Shuessler, W. W.; Vancaille, T. G.; Reich, H. y Griffith, D. P.: "Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer". *J. Urol.*, 145:988, 1991.
 26. Smith, J. A. (Jr.) y Middleton, R. G.: "Tratamiento clínico del cáncer de próstata". Prólogo. Barcelona. Edika-Med. S.A., 1988.
 27. Valdivia, J. G. y López, J. A.: "¿Es adecuado el uso que se hace de la resección transuretral en el tratamiento del carcinoma prostático? *Arch. Esp. Urol.*, 42, Suppl. II:179, 1989.
 28. Vicente, J.: "Papel de la resección transuretral en el cáncer prostático". *Actas Urol. Esp.*, 7:35, 1983.
 29. Vicente, J. y Chechile, G.: "Utilidad de la resección transuretral en el cáncer de próstata". *Arch. Esp. Urol.*, 42, Suppl. II:165, 1989.
 30. Walsh, P. C. y Donker, P. J.: "Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention". *J. Urol.*, 128:492, 1982.
 31. Walsh, P. C. y Mostwin, J. L.: "Radical prostatectomy and cystoprostatectomy with preservation of potency. Results using a new nervesparing technique". *Br. J. Urol.*, 56:694, 1984.

COMENTARIO EDITORIAL

Los autores asumen sin sustento definido la posibilidad de evitar la diseminación neoplásica reduciendo la presión endovesical a través de un trocar de Reuter, señalando que son los primeros en publicarlo, lo que obviamente nos manifiesta que no tienen acceso temprano a los números de nuestra *Revista Argentina de Urología*, pues esto ya fue publicado en el número 3, página 110, del volumen 60, del año 1995, por los Dres. Rizo, M. A. y Manfredi, C. J., de la Universidad Nacional de Tucumán.

La utilización del trocar de Reuter o un sistema similar, sin duda disminuye los riesgos, pero no garantiza su ausencia ante eventuales obstrucciones momentáneas del drenaje por trozos de tejido o por irrigación directa sobre grandes troncos venosos intra o periprostáticos.

Se trata de una técnica quirúrgica, definida como "mínimamente invasiva", que a mi juicio favorece (por lo menos desde el punto de vista teórico), la diseminación neoplásica, al permitir la permeación vascular y linfática, uno de los pasos fundamentales en los mecanismos de metastatización, clásicamente reconocidos.

Siguiendo las enseñanzas del maestro Prof. Carlos H. Scorticati, hemos indicado la "tunelización prostática desobstructiva", solamente a pacientes previamente tratados con terapia radiante y sin evidencias de progresión local.

Se asume que la prostatectomía radical puede favorecer la diseminación neoplásica, sin tener en cuenta la posibilidad de micrometástasis no detectables al momento del procedimiento quirúrgico, como es factible en cualquier cirugía oncológica, cuando la observación que si puede resultar válida, es que, atento al porcentaje de subestadificaciones, la prostatectomía radical puede ofrecer un insuficiente margen oncológico y que me resulta imposible considerar que sea mejorado por una técnica endoscópica. De cualquier manera no es un

argumento válido para justificar otra conducta, que puede incrementar sustancialmente los riesgos de diseminación.

La posibilidad de efectuar una linfadenectomía laparoscópica, no modifica en nada la indicación de cualquier técnica y la estadificación ganglionar por cualquier vía que cumpla con su fundamento, debería ser el paso previo a cualquier conducta radical.

Las indicaciones fueron limitadas a pacientes en estadio D, lo que no permitirá sacar conclusiones sobre las posibilidades de diseminación a distancia y lamentablemente, como manifiestan los autores el seguimiento no

es lo suficientemente amplio, por lo que me siento obligado a considerar esta técnica como en fase de experimentación, y por ello su utilización debería quedar reducida a los grupos que ya han iniciado su evaluación.

Dr. Oscar G. Bellora

*Jefe de Cirugía Endoscópica Urológica
del Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A.
Avda. Montes de Oca 1221
(1871) Buenos Aires - Argentina
Tel. 301-2385*

DIRECTOR MEDICO

Dr. Santiago Brugo Olmedo

DIRECTOR CIENTIFICO

Dr. Juan C. Calamera

PROFESIONALES DE STAFF

Dr. Fernando Urrutia

Dr. Julio C. Verdinelli

Lic. Dario Fernandez

Lic. Leticia U. de Peluffo



ANDROS

INSTITUTO DE ANDROLOGIA Y SEXOLOGIA

- Esterilidad masculina
- Sexología individual y de pareja
- Urología
- Microcirugía andrológica
- Enfermedades de transmisión sexual

Viamonte 1438 (1055) Buenos Aires Tel./Fax. 372-8289 (líneas rotativas)

SAU