



Artículo original

Original article

**COMPLICACIONES DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL
RETROPÚBICA. Nuestra experiencia en 62 pacientes****COMPLICATIONS OF RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY.
Our experience with 62 patients****Dres. Coimbra Ferrari, F., Montes de Oca, L., Rozanec, J., Borghi, M., Scorticati, C., Bencardino, L., Restrepo, J., Ghirlanda, J.****RESUMEN:** *El propósito de este trabajo es evaluar los resultados de la prostatectomía radical por vía retropúbica como tratamiento electivo de pacientes con adenocarcinoma de próstata clínicamente localizado.***Material y métodos:** *Se examinan 62 prostatectomías radicales realizadas entre febrero de 1989 y marzo de 1998.***Resultados:** *De los 62 pacientes operados, 2 fallecieron (3,33%): 1 dentro de las 48 horas y el otro a los 45 días. La única complicación intraoperatoria fue la hemorragia, que ascendió al 16,66%. Se observaron complicaciones postoperatorias tempranas en el 11,66% de los pacientes (angina de pecho 3,33%, infarto agudo de miocardio 1,66%, linfocele pelviano 3,33%, anemia aguda 1,66% y tromboembolismo pulmonar 1,66%). Las complicaciones tardías afectaron al 93,33% de los pacientes. De éstas, las más importantes fueron impotencia (66,66%) e incontinencia (20% más allá de los 6 meses de la intervención: 3,33% tenía incontinencia total, 3,33% incontinencia severa y 13,33% incontinencia leve); se observó asimismo estrechez uretral (3,33%), estenosis de la anastomosis uretrovesical (1,66%) y litiasis de la anastomosis uretrovesical (1,66%).***Conclusiones:** *La prostatectomía radical implica una baja mortalidad y resultados aceptables en lo que respecta a la calidad de vida en pacientes seleccionados con adenocarcinoma de próstata localizado y expectativa de vida mayor de 10 años. La incontinencia y la impotencia son las principales complicaciones derivadas de esta intervención.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 3, Pág. 142, 1999)

Palabras clave: Cáncer de próstata; Prostatectomía radical; Complicaciones quirúrgicas.**SUMMARY:** *Our purpose is to describe the results of radical retropubic prostatectomy as elective treatment for patients with clinically isolated prostatic adenocarcinoma.***Material and Methods:** *We examine 62 radical retropubic prostatectomies performed from February 1989 until March 1998.***Results:** *2 of the 62 patients died (3.33%): 1 case within 48 hours of surgery and the other at 45 days. The only intraoperative complication was bleeding (16.66%). We found early postoperative complications in 11.66% of patients (angor pectoris 3.33%, acute myocardial infarction 1.66%, pelvic lymphocele 3.33%, acute anemia 1.66%, and pulmonary embolism 1.66%). Late complications were found in 93.33% of patients. The most important were impotency (66.66%) and inconti-*

* Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A.
Avda. Córdoba 2351 (1120) Buenos Aires, Argentina. Tel. 4961-6061.

nence (20% beyond 6 months after surgery: 3.33% had total incontinence, 3.33% severe incontinence and 13.33% mild incontinence); we also observed urethral stricture (3.33%) stenosis of the urethrovesical anastomosis (1.66%) and lithiasis at the urethrovesical anastomosis.

Conclusions: Radical prostatectomy has a low mortality and acceptable results concerning quality of life in selected patients with isolated adenocarcinoma of the prostate and a life expectancy of more than 10 years. Incontinence and impotency are the major complications of this surgery.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, Nº 3, Pág. 142, 1999)

Key words: Prostatic cancer; Radical prostatectomy; Surgical complications.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata localizado es pasible de curación mediante su ablación quirúrgica radical. Aun cuando *Millicin* publicara su experiencia con la prostatectomía radical por vía retropúbica en 1947⁽¹⁾, sólo en las últimas dos décadas este procedimiento pasó a ser considerado el tratamiento más apropiado para el adenocarcinoma de próstata clínicamente localizado⁽²⁾.

Hoy día, la posibilidad de detección temprana del cáncer localizado de próstata mediante la medición del antígeno prostático específico (PSA) en sangre, así como la mayor conciencia existente en la población respecto de la importancia de esta enfermedad, han llevado a un incremento notable del diagnóstico de cáncer de próstata localizado, con el consiguiente aumento de la cirugía radical en los Servicios de Urología⁽³⁾.

Se considera, en general, que la morbimortalidad de la prostatectomía radical es razonablemente baja⁽⁴⁾, aunque algunos informes han hecho hincapié en sus complicaciones⁽⁵⁾.

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia y los resultados que hemos obtenido en los últimos 10 años tras la realización de 62 prostatectomías radicales con linfadenectomía previa en el mismo acto, como tratamiento electivo para tratar el adenocarcinoma de próstata clínicamente localizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre febrero de 1989 y marzo de 1998, el número de pacientes sometidos a prostatectomía radical en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas José de San Martín ha experimentado un incesante aumento (Figura 1), que reúne en total 62 casos.

La edad promedio de los pacientes fue de 62,9 años, con un rango que osciló entre 50 y 74 años. La mayor frecuencia de presentación correspondió al grupo de 60 a 69 años (Figura 2).

Los criterios de inclusión fueron: 1) enfermedad limitada a la pelvis, y 2) condición general adecuada y expectativa de vida aceptable.

La evaluación preoperatoria incluyó anamnesis, exa-

Número de casos por año (n = 62)

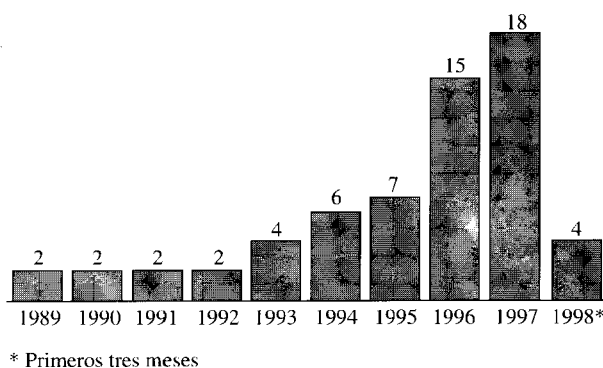


Figura 1

men físico y tacto rectal, exámenes de laboratorio generales, antígeno prostático específico medido siempre previamente a la biopsia prostática, la cual se realizó por vía transrectal. Una vez efectuado el diagnóstico, se procedió a la estadificación del estado de extensión, que comprendió radiografía de tórax, tomografía abdominopelvíana y centellograma óseo. De esta manera, todos los casos fueron considerados localizados.

Distribución etaria de los pacientes (n = 62)

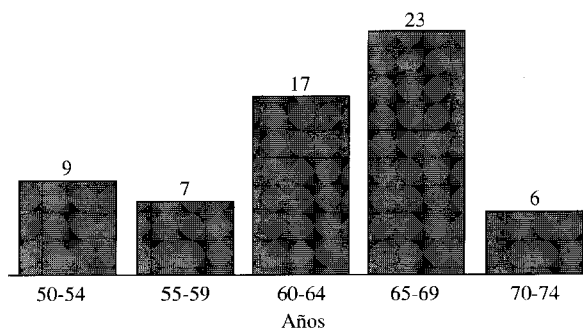


Figura 2

A todos los pacientes se les practicó prostatectomía radical retropúbica de acuerdo con la técnica de *Patrick Walsh*⁽⁶⁾, pero sin conservación de los paquetes vasculo-nerviosos. La linfadenectomía de estadificación, siguiendo la técnica modificada de *Whitmore*⁽⁷⁾, se limitó a los ganglios ilioobturadores. La uretra fue seccionada a nivel de la unión con el vértice de la próstata y se trató de dejar una uretra lo más larga posible. Por otra parte, la reconstrucción del cuello vesical implicó puntos separados de eversión de la mucosa vesical con catgut crómico y ulterior cierre en raqueta de tenis. La reconstitución de la unión uretrovesical se efectuó mediante 4 a 6 puntos.

Los pacientes recibieron en promedio la transfusión de 700 ml de sangre durante la operación y estuvieron internados durante un período medio de 7,84 días, con un rango que va de 3 a 45 días.

La sonda vesical se mantuvo de 14 a 21 días.

Se realizó la estadificación clínica con la más reciente clasificación (AJCC 1998):

Clasificación por estadios del cáncer de próstata, AJCC 1988

T (tumor primario clínico)

- Tx El tumor primario no puede ser evaluado.
- T0 No hay evidencia de tumor primario.
- T1 Tumor clínicamente inaparente, no palpable, no visible por imágenes.
 - T1a Tumor hallado en forma incidental por histología en 5% o menos del tejido resecado.
 - T1b Tumor hallado en forma incidental por histología en más del 5% del tejido resecado.
 - T1c Tumor detectado en una biopsia con aguja (p. ej., a consecuencia de un PSA elevado).
- T2 Tumor confinado dentro de la próstata.
 - T2a Tumor en un lóbulo.
 - T2b Tumor en ambos lóbulos.
- T3 Tumor extendido por fuera de la cápsula prostática.
 - T3a Extensión extracapsular (unilateral o bilateral).
 - T3b Tumor que invade la(s) vesícula(s) seminal(es).
- T4 Tumor fijo o que invade estructuras adyacentes diferentes de las vesículas seminales (cuello vesical, esfínter externo, recto, elevador del ano y/o pared pélvica).

N (ganglios linfáticos regionales)

- Nx Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados.
- N0 No hay metástasis en los ganglios regionales.
- N1 Metástasis en uno o varios ganglios regionales.

M (metástasis a distancia)

- Mx Las metástasis no pueden ser evaluadas.
- M0 No hay metástasis a distancia.
- M1 Metástasis a distancia.

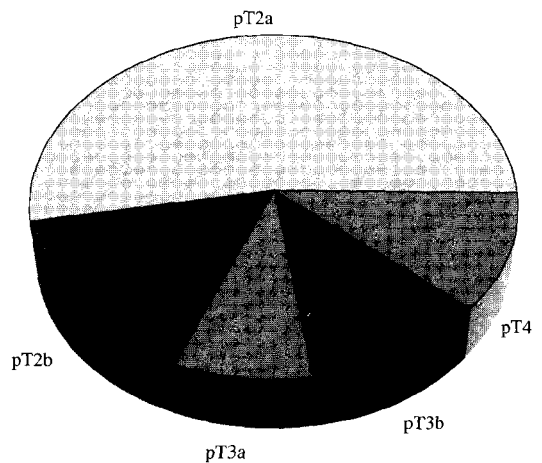
M1a Metástasis en ganglios linfáticos no regionales.

M1b Metástasis óseas.

M1c Metástasis en otras localizaciones.

Los estadios patológicos tras el análisis de la pieza quirúrgica se distribuyeron de la siguiente manera: pT2a 53,23% (33 casos), pT2b 16,13% (10 casos), pT3a 8,06% (5 casos), pT3b 11,29% (7 casos) y pT4 11,29% (7 casos) (Figura 3). Dos de los pacientes con estadio pT3b y dos con estadio pT4 tenían positividad ganglionar (N1) (6,45%).

Estadificación histopatológica posquirúrgica



RESULTADOS

A continuación se describe la morbilidad intraoperatoria, posoperatoria temprana y posoperatoria tardía registrada en nuestra serie.

Complicaciones intraoperatorias. El único tipo de complicación intraoperatoria fue la hemorragia, dado que no se registraron casos de lesión rectal, lesión ureteral ni daño del nervio obturador (Tabla 1). Del total de 62 pacientes, 10 (16,66%) presentaron hemorragias intraoperatorias, que en promedio requirieron la transfusión de 2 a 8 unidades de sangre. Uno de los pacientes tuvo una hemorragia profusa que obligó a realizar un taponamiento (*Miculiz*) y a transfundirle 8 unidades de sangre, con lo que se logró compensarlo. Fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos y falleció por distrés respiratorio a los 45 días del posoperatorio.

Complicaciones intraoperatorias de la prostatectomía radical

Complicación	n	%	Resolución
Hemorragia intraoperatoria	10	16,66%	Transfusión de 2-8 U de sangre

Tabla 1

Complicaciones posoperatorias tempranas. Las complicaciones posoperatorias tempranas, que en total sumaron 7 casos (11,66%), fueron predominantemente de naturaleza cardiovascular (Tabla 2): se registraron 2 casos de angina de pecho (3,33%) que requirieron tratamiento médico y 1 infarto agudo de miocardio (1,66%) que necesitó angioplastia. Uno de los pacientes sufrió tromboembolismo pulmonar (1,66%) que le provocó la muerte. Se observaron 2 casos de linfocele pelviano (3,33%) que fueron

resueltos uno de ellos en forma conservadora y el otro con drenaje percutáneo. Hubo 1 caso de anemia aguda (1,66%) que necesitó la transfusión de 4 unidades de sangre.

Complicaciones posoperatorias tardías. De los 60 pacientes que sobrevivieron al posoperatorio inmediato, 56 (93,33%) sufrieron complicaciones tardías. La más frecuente de éstas fue la impotencia, presentada por 40 pacientes (66,66%), seguida por la incontinencia urinaria, que después de transcurridos más de 6 meses de la operación era padecida por 12 pacientes (20%). Mucho menor fue la incidencia de estrechez de la uretra (2 casos, 3,33%), estenosis de la anastomosis uretrovesical (1 caso, 1,66%) y litiasis a nivel de la anastomosis entre la uretra y el cuello vesical (1 caso, 1,66%).

Respecto de la disfunción sexual, cabe señalar que 12 pacientes (20%) mencionaban padecer impotencia ya antes de la cirugía, mientras que los otros 48 (80%) referían erecciones adecuadas (Tabla 4). De estos 48 pacientes, sólo 8 (13,33%) conservaron erecciones satisfactorias, de manera que 40 (66,66%) quedaron con impotencia secunda-

Complicaciones posoperatorias tempranas de la prostatectomía

Complicación	n	%	Resolución
Angina de pecho	2	3,33%	Tratamiento médico
Infarto agudo de miocardio	1	1,66%	Angioplastia
Linfocele pelviano	2	3,33%	Tratamiento conservador (1 caso) Punción percutánea (1 caso)
Tromboembolismo pulmonar	1	1,66%	Fallecimiento del paciente
Anemia aguda	1	1,66%	Transfusión de 4 U de sangre
Total	7	11,66%	

Tabla 2

Complicaciones posoperatorias tardías de la prostatectomía radical

Complicación	n	%
Impotencia	40	66,66%
Incontinencia urinaria más allá de los 6 meses	12	20,00%
Estrechez uretral	2	3,33%
Estenosis de la anastomosis uretrovesical	1	1,66%
Litiasis de la anastomosis uretrovesical	1	1,66%
Total	56	93,33%

Tabla 3

ría a la prostatectomía radical. Así, el número total de pacientes afectados de disfunción eréctil ascendió a 52 (86,66%).

Potencia sexual de los 60 pacientes antes y después de la prostatectomía radical

	Precirugía		Poscirugía	
	n	%	n	%
Pacientes potentes	48	80%	8	13,33%
Pacientes impotentes	12	20%	40 + 12	86,66%

Tabla 4

A la totalidad de los pacientes afectados de impotencia secundaria a la prostatectomía radical se les ofreció la posibilidad de estudio y tratamiento de su disfunción eréctil. Sólo 22 aceptaron el tratamiento y 18 no lo quisieron (Tabla 5). De los 22 pacientes que lo aceptaron, 17 optaron por autoinyecciones -8 de las cuales las suspendieron tras la primera inyección y los otros 9 siguieron con tratamiento-, 4 prefirieron dispositivos de vacío y uno la aplicación de supositorio intrauretral de alprostadil.

Manejo de la disfunción eréctil secundaria a la prostatectomía radical	n	%
	Pacientes afectados de impotencia	40
No aceptaron tratamiento	18	45%
Aceptaron tratamiento:	22	55%
- Autoinyección	17	42,5%
- Vacío	4	10,0%
- Supositorio intrauretral	1	2,5%

Tabla 5

La incontinencia urinaria ulterior a la prostatectomía radical fue disminuyendo con el paso del tiempo. Tras retirar la sonda vesical y luego de transcurrido 1 mes de la

operación, presentaban incontinencia 38 de los 60 pacientes (63,33%), mientras que los otros 22 eran continentes (36,66%) (Tabla 6). Al cabo de 3 meses de la operación el número de pacientes con incontinencia se había reducido a 20 (33,33%), para descender a 15 (25%) a los 6 meses y a 12 (20%) más allá de los 6 meses.

Cabe señalar que sólo en 2 de estos 12 pacientes (es decir, el 3,33% del total) la incontinencia urinaria era de carácter total; en otros 2 (3,33%) se presentaba con pequeños esfuerzos y en los 8 restantes (13,33%) sólo ante grandes esfuerzos (Tabla 7).

Carácter de la incontinencia urinaria más allá de los 6 meses de la prostatectomía radical

	n	%
Incontinencia total	2	3,33%
Incontinencia ante pequeños esfuerzos	2	3,33%
Incontinencia ante grandes esfuerzos	8	13,33%
Total	12	20%

Tabla 7

Los dos casos de estrechez uretral fueron controlados mediante dilataciones periódicas. A su vez, la estenosis de la anastomosis uretrovesical, observada en un paciente que concomitantemente presentaba incontinencia total, fue tratada, por voluntad de éste, mediante talla vesical por punción suprapúbica. La litiasis de la anastomosis uretrovesical se resolvió por vía endoscópica.

COMENTARIO

A raíz de la mayor experiencia adquirida por los cirujanos urológicos con la técnica quirúrgica de la prostatectomía radical^(8, 9) y el mayor número de operaciones realizadas en la actualidad, y merced a los métodos que posibilitan una detección más temprana de la enfermedad, con la consecuente modificación de la edad y el estadio de los pacientes que se someten a esta intervención, la morbimortalidad de este procedimiento ha descendido respecto de los datos publicados en décadas anteriores.

Evolución de la incontinencia urinaria secundaria a la prostatectomía radical

	1 mes	3 meses	6 meses	> 6 meses
Incontinentes	38 (63,33%)	20 (33,33%)	15 (25%)	12 (20%)
Continentes	22 (36,66%)	40 (66,66%)	45 (75%)	48 (80%)

Tabla 6

Aun cuando la mayoría de los pacientes sometidos a prostatectomía radical retropúbica obtienen actualmente un resultado quirúrgico satisfactorio y atraviesan por una internación sin mayores problemas, esta operación se asocia con una serie de complicaciones de diverso grado de severidad. La mortalidad informada es del 0 al 1% (Tabla 8)^(8, 10-13). Esto es válido sobre todo para los pacientes menores de 65 años. En nuestra serie la mortalidad ascendió al 3,33% (Tabla 8), aunque cabe destacar que los dos pacientes fallecidos (uno a las 48 horas por embolia pulmonar y el otro a los 45 días por distrés respiratorio) se hallaban comprendidos entre los primeros 15 casos operados por nosotros.

La más común de las complicaciones intraoperatorias de la prostatectomía radical es la hemorragia, y se debe por lo general a la inadecuada ligadura del complejo de la vena dorsal. También puede producirse durante la linfadenectomía pelviana o cuando se incide la fascia endopelviana. La descripción del complejo de la vena dorsal y de la anatomía periprostática efectuada por *Reiner y Walsh*⁽⁶⁾ hizo posible reducir la pérdida de sangre durante la operación. Otras complicaciones intraoperatorias posibles son las lesiones del uréter, del recto o del nervio obturador. En nuestra serie la única complicación intraoperatoria registrada fue la hemorragia, ya que no se observaron lesiones rectales, ureterales ni del nervio obturador. El 16,66% de nuestros pacientes presentaron hemorragias intraoperatorias, una de las cuales (1,66%) requirió taponamiento.

La incidencia de complicaciones tempranas en nuestra serie fue de 11,66%, cifra que se halla dentro de los límites informados por las revisiones publicadas acerca de este procedimiento^(8, 14). Las principales complicaciones tempranas fueron las cardiovasculares, que afectaron al 5% de la serie (2 casos de angina de pecho, 3,33%, y 1 caso de infarto agudo de miocardio, 1,66%). (*Optenberg* refiere una incidencia de 4% de aterosclerosis coronaria y 2% de angina de pecho⁽⁵⁾). La incidencia de tromboembolismo pulmonar fue de 1,66% (1 caso), que se halla dentro de los límites informados por la literatura (0,8-2,7%)^(8, 14, 15) y

fue responsable de una de las dos muertes registradas en nuestra serie. Dos pacientes presentaron linfocele pelviano (3,33%), uno tratado en forma conservadora y el otro mediante punción percutánea; esta incidencia es coincidente con la mencionada en la literatura, que va de 0,4 a 4%⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Las complicaciones tardías más importantes fueron la impotencia y la incontinencia urinaria. La incidencia de disfunción eréctil tras la cirugía radical se situaba antiguamente por encima del 90%. *Walsh y Donker*⁽¹⁷⁾ describieron la técnica de prostatectomía radical con preservación de los nervios erectores para disminuir la incidencia de impotencia, y mencionaron que con ella el 86% de los pacientes mantuvieron su erección tras la prostatectomía radical retropúbica y el 82% tras la cistoprostatectomía radical⁽²⁾. *Quinlan y Walsh*⁽¹⁸⁾ señalaron que los tres factores más importantes para el mantenimiento de la función sexual son la edad, el estadio clinicopatológico de la enfermedad y la técnica quirúrgica (preservación de una o de ambas bandeletas neurovasculares). En su serie de 503 pacientes que eran potentes antes de la operación, el 68% conservó la función eréctil. Este porcentaje mejoraba sensiblemente en los pacientes menores de 50 años (Tabla 9). Asimismo, de manera global, conservó la potencia el 76% de los pacientes con preservación bilateral de bandeletas y el 56% con preservación unilateral. En los pacientes menores de 50 años el mantenimiento de la erección era similar si se preservaban ambas bandeletas o si se extirpaba una sola, pero en pacientes de mayor edad la extirpación de una bandeleta implicó un mayor porcentaje de impotencia que si se conservaban ambas.

Otros autores presentan datos concordantes cuando se preservan las bandeletas neurovasculares. *Leandri y col.*⁽¹³⁾ mencionan un 71% de erecciones adecuadas. *Catalona y col.*⁽¹⁹⁾ refieren un 63% de mantenimiento de la potencia con preservación bilateral y 41% con preservación unilateral. No obstante, no siempre los resultados son tan alentadores. Así, *Murphy y col.*, en un estudio multicéntrico de 1.059 pacientes potentes antes de la cirugía⁽²⁰⁾,

Mortalidad de la prostatectomía radical según distintos autores

	n total	n fallecidos	%
<i>Andriole y col.</i> ⁽⁸⁾ (Washington University)	1.324	3	0,2%
<i>Gaylis y col.</i> ⁽¹⁰⁾ (Estudio Comunitario)	116	0	0%
<i>Lerner y col.</i> ⁽¹¹⁾ (Clínica Mayo)	1.000	0	0%
<i>Abad Vivas y col.</i> ⁽¹²⁾ (Pamplona)	104	0	0%
<i>Leandri y col.</i> ⁽¹³⁾ (Toulouse)	620	1	0,2%
<i>Coimbra Ferrari y col.</i> (HCJSM)	62	2	3,3%

Tabla 8

Influencia de la edad de los pacientes y de la preservación de las bandeletas neurovasculares en la función sexual posoperatoria (Quinlan y col.⁽¹⁸⁾)

Edad	Conservación de la potencia sexual (%)		
	Global	Bandeletas neurovasculares	
		Ambas intactas	Escisión unilateral
- Menores de 50 años	91	90	91
- 50-60 años	75	82	58
- 60-70 años	58	69	47
- Mayores de 70 años	25	22	—

Tabla 9

describen que un 56% presentaba impotencia completa, un 29% erecciones parciales y sólo 14% potencia plena. En nuestra serie, el 66,66% de los pacientes (40 casos) experimentó impotencia a consecuencia de la operación; si se les suma el 20% (12 casos) que ya padecía disfunción eréctil antes de la operación, el porcentaje de impotencia asciende a 86,66% (52 pacientes). Esta alta incidencia de disfunción eréctil se debe a que en este grupo no se preservaron los nervios erectores, al haberse privilegiado el control oncológico con una mayor radicalidad quirúrgica.

Los datos respecto de la incontinencia de orina ulterior a la prostatectomía radical varían mucho. Se han informado históricamente datos de incontinencia total entre 0% y 17%^(21, 22), y de incontinencia de esfuerzo entre 0% y 35%⁽²³⁾. Aun en trabajos más recientes las cifras expresan

grandes diferencias⁽¹⁰⁾, dado que en ellos no se ha aplicado un criterio uniforme para evaluar la magnitud de esta complicación. Una manera simple y objetiva de evaluar este problema sería la propuesta por el grupo de *Stamey*, de la Universidad de Stanford: preguntar cuántos paños usa el paciente durante las 24 horas del día para mantenerse seco. No obstante, el uso de paños puede variar según la idiosincrasia del paciente. Por lo general, se considera que padecen incontinencia de esfuerzo leve aquellos pacientes que usan de 0 a 1 paño diario; moderada los que usan 1 a 2 paños diarios, y severa quienes requieren 3 a 4 paños. *Gaylis y col.*, en su experiencia en un hospital comunitario norteamericano⁽¹⁰⁾, refieren una incidencia de continencia total del 80%, incontinencia leve del 12% e incontinencia moderada a severa del 8% (Tabla 10). *Walsh*⁽²⁾ y *de Ker-*

Incontinencia urinaria secundaria a la prostatectomía radical según distintos autores

	Continencia completa (%)	Incontinencia	
		Leve (%)	Moderada a severa (%)
<i>Gaylis y col.</i> ⁽¹⁰⁾ (Estudio Comunitario)	80	12	8
<i>Fowler y col.</i> ⁽²⁴⁾ (<i>National Medicare Study</i>)	37	?	?
<i>Lerner y col.</i> ⁽¹¹⁾ (Clínica Mayo)	79	16	5,8
<i>Formenti y col.</i> ⁽²⁵⁾ (USC)	75	17	8
<i>Walsh y col.</i> ⁽²⁾ (<i>John Hopkins</i>)	92	6	2
<i>de Kernion y col.</i> ⁽²⁶⁾ (UCLA)	95	?	?
<i>Goluboff y col.</i> ⁽²⁷⁾ (<i>Columbia University</i>)	91,8	7,4	0,8
<i>Coimbra Ferrari y col.</i> (HCJSM)	80	13,33	6,66

Tabla 10

nion⁽²⁶⁾ registran porcentajes de continencia total del 92% y 95%, respectivamente. Por el contrario, Fowler y col., en su estudio de los enfermos atendidos en Medicare⁽²⁴⁾, refieren una tasa de continencia total de sólo 37%, y que un 47% de los pacientes manifestaba sufrir algún grado de pérdida diaria de orina.

Nuestros resultados se hallan dentro de los informados en la literatura (Tabla 10). Un mes después de la operación presentaba incontinencia el 63,33% de los pacientes, pero después de transcurridos más de 6 meses de aquélla, el porcentaje de pacientes con algún grado de incontinencia se había reducido al 20% (Tabla 6), lo cual revela que la continencia después de la prostatectomía se recupera gradualmente durante un período prolongado^(14, 28).

En nuestra serie hemos discriminado a los pacientes según el tipo de incontinencia que padecían luego de la intervención: 2 presentaban incontinencia urinaria total (3,33%), otros 2 incontinencia ante pequeños esfuerzos, es decir, severa (3,33%), y, por último, 8 sufrían pérdida de orina ante grandes esfuerzos, o sea, incontinencia de grado leve (13,33%) (Tablas 7 y 10). De los 2 pacientes que presentaban incontinencia total, uno fue tratado con punción suprapúbica y el otro con pañales.

En lo que respecta a la estenosis de la anastomosis uretrovesical, la reconstrucción del cuello vesical en raqueta de tenis con eversión de la mucosa, técnica aplicada a la totalidad de los pacientes de nuestra serie, permitió reducir la incidencia de estenosis de la zona anastomótica en el posoperatorio tardío. En nuestra serie dicha complicación afectó a un solo paciente (1,66%), incidencia inferior a la publicada por otros autores⁽²⁹⁾.

Para la estenosis uretral suele recomendarse tratamiento mediante dilatación y/o uretrotomía interna. Los pacientes de nuestra serie que presentaron esta complicación sólo fueron tratados con dilatación.

El único caso de litiasis, por su parte, fue resuelto por vía endoscópica.

CONCLUSIONES

Hoy día, la prostatectomía radical es un procedimiento quirúrgico que posee una mortalidad muy baja, pero que, de acuerdo con varios informes publicados y concordantemente con nuestra propia experiencia, conlleva una morbilidad de cierta significación, ya que las secuelas de impotencia, incontinencia urinaria y otras inherentes a la técnica quirúrgica afectan a un número importante de pacientes.

Sin embargo, la adquisición de experiencia por los cirujanos y el creciente incremento del número de operaciones a raíz de las posibilidades actuales de detección temprana de la enfermedad han de entrañar una disminución de las complicaciones asociadas con esta intervención.

Por ende, gran parte de los pacientes con adenocarcinoma de próstata localizado y expectativa de vida mayor de 10 años pueden beneficiarse actualmente con un tratamiento curativo que supone un riesgo de mortalidad reducido y una calidad de vida aceptable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Millin, T: Retropubic Urinary Surgery. Williams & Wilkins, Baltimore, 1947.
2. Walsh, P. C.; Partin, A. W.; Epstein, J. I.: Cancer control and quality of life following anatomical radical retropubic prostatectomy: results at 10 years. *J. Urol.* 152: 1.831, 1994.
3. Slawin, K.; O'Hara, M.; Dilliglugil, O.; Scardine, P.: Screening for prostate cancer: an analysis of the early experience. *Cancer J. Clin.*, 45 (3): 134, 1995.
4. Zincke, H.; Bergstrahl, E.; Blute, M.; Myers, R.; Barreto, O.; Lieber, M.; Martin, S.; Oesterling, J.: Radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: long-term results of 1.143 patients from a single institution. Department of Urology, Mayo Clinic. Rochester MN. *J. Clin. Oncol.*, 12 (11): 2.254, 1993.
5. Optenberg, S. A.; Wojcik, B. E.; Thompson, I. M.: Morbidity and mortality following radical prostatectomy: a national analysis of Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services Beneficiaries. *J. Urol.* 153: 1.870, 1995.
6. Reiner, W.; Walsh, P.: An anatomical approach to the surgical management of the dorsal vein and Santorini's plexus during radical retropubic surgery. *J. Urol.*, 121: 998, 1979.
7. Fisher, H.; Herr, H.; Sogani, P.; Whitmore, W. F. Jr.: Modified pelvic node dissection in patients undergoing I-125 implantation for carcinoma of the prostate. American Urological Association Meeting Program Abstract.
8. Andriole, G. L.; Smith, D. S.; Rao, G.; Goodnough, L.; Catalona, W. J.: Early complications of contemporary anatomical radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 152: 1.858, 1994.
9. Servoll, E.; Halvorsen, O. J.; Haukaas, S.; Hoisaeter, P. A.: Radical retropubic prostatectomy: our experience with the first 54 patients. *Scand J. Urol. Nephrol.* 26: 231, 1992.
10. Gaylis, F. D.; Friedel, W. E.; Armas, O. A.: Radical retropubic prostatectomy outcomes at a community hospital. *J. Urol.* 159: 167, 1998.
11. Lerner, S. E.; Blute, M. L.; Lieber, M. M.; Zincke, H.: Morbidity of contemporary radical retropubic prostatectomy for localized prostate cancer. *Oncology*, 9: 379, 1995.
12. Abad Vivas-Pérez, J. I.; Rodríguez-Rubio Cortadellas, F. I.; Martín-Marquina Aspiunza, A. y col.: Complicaciones de la prostatectomía radical retropúbica, *Actas Urol. Esp.*, 21 (4): 357, 1997.
13. Leandri, P.; Rossignol, G.; Gautier, J. R.; Ramón, J.: Radical retropubic prostatectomy: morbidity and quality of life. Experience with 620 consecutive cases. *J. Urol.* 147: 883, 1992.
14. Braslis, K. G.; Bowsher, W. G.; Joyce, G.; Peters, J.; Costello, A. J.: Involving experience with radical prostatectomy. *Br. J. Urol.* 72: 341, 1993.
15. Igel, T. C.; Barret, D. M.; Segura, J. W.; Benson, R. C.; Rife, J. R.; Rife, C. C.: Perioperative and postoperative complications from bilateral pelvic lymphadenectomy and radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 137: 1.189, 1987.
16. Rossignol, G.; Leandri, P.; Gautier, J. R.; Quitens, H.; Gabay-Torbiero, L.; Tap, G.: Radical retropubic prostatectomy: complications and quality of life (429 cases, 1983-1989). *Eur. Urol.*, 19: 186, 1991.
17. Walsh, P. C.; Donker, P.: Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention. *J. Urol.*, 128: 492, 1982.
18. Quinlan, D. M.; Epstein, J. I.; Carter, B. S.; Walsh, P. C.:

Sexual function following prostatectomy: influence of preservation of neurovascular bundles. *J. Urol.*, 145: 998, 1991.

19. Catalona, W. J.; Basler, J. W.: Return of erections and urinary continence following nerve sparing radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 150: 905, 1993.
20. Murphy, G.; Mettlin, C.; Menck, H.; Winchester, D.; Davidson, A. N.: National patterns of prostate cancer treatment by radical prostatectomy: results of a survey by the American College of Surgeons Commission on Cancer. *J. Urol.*, 152: 1.817, 1994.
21. Steiner, M. S.; Morton, R. A.; Wash, P. C.: Impact of anatomical radical prostatectomy on urinary continence. *J. Urol.*, 145: 512, 1991.
22. Fowler, J. E. Jr.; Clayton, M.; Sharifi, R.; Mouli, K.; Ojeda, L.; Ray, P. S.: Early experience with Walsh technique of radical retropubic prostatectomy. *Urology* 29: 242, 1987.
23. Kopecky, A. A.; Laskowski, T. Z.; Scott, R. Jr.: Radical retropubic prostatectomy in the treatment of prostatic carcinoma. *J. Urol.*, 103: 641, 1970.
24. Fowler, F. J.; Barry, M. J.; Lu-Yao, G.; Roman, A.; Wasson, J.; Wennenberg, J. E.: Patients-reported complications and follow-up treatment after radical prostatectomy. The National Medicare experience: 1988-1990 (actualizado en junio 1993). *Urology*, 42: 622, 1993.
25. Formenti, S. C.; Lieskovsky, G.; Simoneau, A. R.; Skineer, D.; Groshen, S.; Chen, S.; Petrovich, Z.: Impact of moderate dose of postoperative radiation on urinary continence and potency in patients with prostate cancer treated with nerve sparing prostatectomy. *J. Urol.* 155: 616, 1996.
26. de Kernion, J. B.; Franklin, J.; Patel, A.: Radical retropubic prostatectomy: improved continence after a modified apical dissection. Abstract presented at 72nd Annual Western Section Meeting of American Urological Association, San Diego, California, julio 28-agosto 1, 1996.
27. Goluboff, E. T.; Saidi, J. A.; Mazer, S.; Bagiella, E.; Heithan, D. F.; Benson, M. C.; Olsson, C. A.: Urinary continence after radical prostatectomy: the Columbia experience. *J. Urol.* 159: 1.276, 1998.
28. Adjiman, S.; Zerbib, M.; Conque, S. y col.: Morbidité de la prostatectomie radicale pour cancer localisé de la prostate. A propos de 100 cas. *J. Urol.* 72: 341, 1993.
29. Surya, B. V.; Prover, J.; Johanson, K. C.; Brown, J.: Anastomotic strictures following radical prostatectomy: risk factors and management. *J. Urol.* 143: 755, 1990.

COMENTARIO EDITORIAL

La presentación de los Dres. Coimbra Ferrari y col. muestra una curva ascendente en la frecuencia de prostectomías radicales durante los diez últimos años. Marca al mismo tiempo la posibilidad de aprendizaje de los médicos residentes en ese período.

Seguramente las complicaciones han hecho una curva inversa.

Llama la atención el pedido sistemático de centellograma óseo y T.A.C. en el estudio preoperatorio de los pacientes. Dentro de las pautas establecidas por la Subcomisión de Oncología de la S.A.U. se establece claramente la eventualidad del período en los tumores localizados al tacto, con P.S.A. menor de 10 ng/ml y Gleason (score) de 5 o menor.

Seguramente con una mayor experiencia de los médicos de planta, el sangrado intraoperatorio, la estadía del paciente y la incontinencia postoperatoria de orina tienen que ser más bajas en la actualidad. Lo mismo ha de haber sucedido con los linfocelos pelvianos, al hacer seguramente linfadenectomías más limitadas.

La evacuación percutánea del linfocelo tiene el riesgo de la infección. Es preferible marsupializar la colección al peritoneo por medios laparoscópicos.

No se explica una impotencia de sólo el 67% con la resección sistemática de los paquetes vasculonerviosos.

Hay un 30% de pacientes que excede los límites de la glándula. Si la prostatectomía se realizó para obtener un control local de la enfermedad, comparto la idea. Las complicaciones que ocasiona la progresión local son muy penosas para el paciente y difíciles de tratar por el médico.

Es preciso destacar los resultados obtenidos, no lejanos de los publicados, habida cuenta de que la mayoría de las operaciones fueron realizadas por médicos residentes cumpliendo un programa de formación.

Dr. Carlos A. Sáenz

Ex presidente de la Sociedad Argentina de Urología