



Artículo original

Original article

PRESERVACION DE LA EYACULACION LUEGO DE LA LINFADENECTOMIA ECONOMICA EN PACIENTES CON CANCER TESTICULAR NO SEMINATOSO**PRESERVATION OF EYACULATION AFTER ECONOMIC LYMPHADENECTOMY IN PATIENTS WITH NONSEMINOMATOSUS TESTES CANCER**

Dres. Bogado, J. E.; Calderón, D. M.; Erazo, J. C.; Hidalgo, F.

RESUMEN: *Revisamos nuestros resultados en relación con la preservación de la eyaculación en 42 pacientes con tumores testiculares no seminomatosos en etapa clínica A, B1 o B2 sometidos a linfadenectomía retroperitoneal económica, entre 1988 y 1996, con un seguimiento promedio de 26 meses (6-66 meses). El porcentaje de preservación de la eyaculación alcanzó el 95 % (40 pacientes). El 100 % de los pacientes se hallan vivos y sin evidencia de recidiva tumoral.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 65, Nº 1, Pág. 14, 2000)

Palabras clave: Preservación de la eyaculación; Tumor testicular no seminomatoso; Linfadenectomía retroperitoneal económica.

SUMMARY: *The results were revised related to the preservation of ejaculation in 42 patients with nonseminomatosus testicular germ cell tumors in a clinic period A, B1 or B2, who were treated with economic retroperitoneal lymphadenectomy, between 1988 and 1996, with an average follow up of 26 months (6-66 months). The preservation average of ejaculation reached the 95 % (40 patients), with the 100 % of the patients alive and without evidence of tumoral recidive.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 65, Nº 1, Pág. 14, 2000)

Key words: Preservation of ejaculation; Nonseminomatosus testicular germ cell tumors; Economic retroperitoneal lymphadenectomy.

INTRODUCCION

El índice de curación para tumores testiculares no seminomatosos de bajo grado de malignidad ha sobrepasado el 90 %⁽¹⁾ y esta situación ha motivado que las pre-

ocupaciones con respecto a este tema se desplacen hacia la morbilidad del tratamiento más que a la sobrevida.

El objetivo de la linfadenectomía lumboaórtica es la remoción de los ganglios linfáticos que intervienen como primer relevo a la diseminación del tumor testicular,⁽²⁾ es la única forma de conocer el estado real de los ganglios retroperitoneales y se ha transformado en el mejor método de etapificación, con la gran implicancia terapéutica que representa.

La pérdida de la eyaculación con la infertilidad subsecuente es un problema relevante, ya que la gran mayoría

*Servicio de Urología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile
Facultad de Medicina, Unidad de Urología, Campus Oriente,
Santiago, Chile*

de los pacientes se encuentra en plena etapa reproductiva.

Por este motivo la técnica económica descrita ya en el año 1985 por Pizzocaro y col.⁽³⁾ cuyo punto más importante es la preservación del plexo hipogástrico (Figura 1), que se encuentra sobre la aorta y el sacro, por debajo del origen de la arteria mesentérica inferior, ha permitido realizar esta cirugía, con índices de preservación de la eyaculación comunicados en la literatura entre 75 % y 98 %.^(4,6)

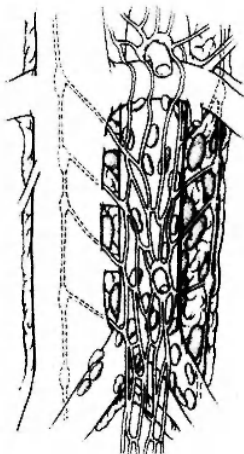


Figura 1

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las fichas clínicas de 42 pacientes sometidos a linfadenectomía lumboaórtica en el período comprendido entre enero de 1988 y diciembre de 1996; todos presentaron tumores no seminomatosos en etapa clínica A (34 pacientes, 81 %), B1 (7 pacientes, 16 %) y B2 (1 paciente, 3 %), cuyo tipo histológico se encuentra en la Tabla 1. El promedio de edad fue 27 años (18-54 años) y el tiempo de seguimiento promedio fue de 26 meses (6-66 meses).

Histopatología de la serie

| Tipo | Nº de pacientes | % |
|-----------------------|-----------------|------------|
| Teratocarcinoma | 20 | 48 |
| Carcinoma embrionario | 16 | 38 |
| Coriocarcinoma | 3 | 7 |
| Teratoma | 3 | 7 |
| Total | 42 | 100 |

Tabla 1

Técnica quirúrgica: Se practicó una incisión xifopubiana en todos ellos, y el colon derecho e intestino delgado se exteriorizó hacia el tórax en el caso de disección derecha, mientras que el colon izquierdo se movilizó hacia el lado derecho cuando la disección ganglionar fue del lado izquierdo.

El margen lateral de la disección está determinado por el uréter, involucrando las zonas intercavaoárticas, precavo y preaórtica, siendo el margen medial para el lado derecho sobre la aorta y el izquierdo sobre la cava. La disección bajo la arteria mesentérica inferior sólo se hace por la parte más alta de los vasos ilíacos, evitando la zona de la bifurcación aórtica y el área ubicada en los vasos ilíacos comunes. Los márgenes superiores son ambas venas renales y el margen inferior es el cruce del uréter sobre la ilíaca (Figuras 2 y 3).

Se ha controlado a estos pacientes cada 3-4 meses hasta el presente.

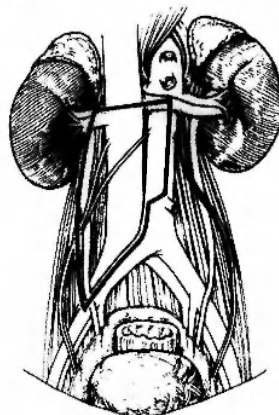


Figura 2

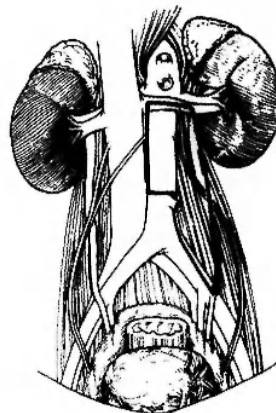


Figura 3

RESULTADOS

Las complicaciones intraoperatorias se presentaron en 9 pacientes (22 %), Tabla 2, y los posoperatorios tempranos en 3 pacientes (7 %), Tabla 3. Ningún paciente requirió transfusión sanguínea y el tiempo quirúrgico promedio fue de 173 minutos (rango: 120-160 minutos). El tiempo de hospitalización promedio fue de 9 días (rango: 6-20 días). La etapificación patológica final se observa en la Tabla 4.

El porcentaje de preservación de la eyaculación alcanzó al 95 % (40 pacientes).

El 100 % de los pacientes se encuentran vivos y sin evidencia de recidiva tumoral.

Complicaciones intraoperatorias

| Tipo | Nº de pacientes | % |
|--|-----------------|-------------|
| Sección y ligadura de arteria mesentérica inferior | 4 | 10,0 |
| Sección y ligadura de arteria renal polar | 1 | 2,5 |
| Desgarro vena lumbar | 3 | 7,0 |
| Lesión mínima de vena cava | 1 | 2,5 |
| Total | 9 | 22,0 |

Tabla 2

Complicaciones posoperatorias tempranas

| Tipo | Nº de pacientes | % |
|-----------------------------|-----------------|------------|
| Neumonía | 1 | 2,5 |
| Infección herida operatoria | 2 | 5,0 |
| Total | 3 | 7,5 |

Tabla 3

Etapificación patológica

| Tipo | Nº de pacientes | % |
|--------------|-----------------|--------------|
| A | 30 | 71,4 |
| B1 | 8 | 19,0 |
| B2 | 4 | 9,6 |
| Total | 42 | 100,0 |

Tabla 4

DISCUSION

La linfadenectomía lumboaórtica económica es un procedimiento seguro con mínima morbilidad, con resultado oncológico satisfactorio y con un porcentaje de preservación de la eyaculación que fluctúa en distintas publicaciones entre el 75 % y el 98 %.⁽⁴⁻⁷⁾

En nuestros 34 pacientes con etapa clínica A, realizamos linfadenectomía lumboaórtica económica. En los últimos años han surgido diversos protocolos de seguimiento para pacientes con tumores no seminomatosos en etapa A^(8,9) en los que no se realiza linfadenectomía lumboaórtica, sino que se vigila la aparición de linfonodos con TAC y niveles de marcadores tumorales para decidir el uso de *quimioterapia*. Nosotros creemos que si bien estos protocolos tienen buenos resultados en términos de sobrevida, son de difícil implementación en nuestro medio, pues son caros, requieren un seguimiento estrecho, adhesión del paciente, manteniendo a éste en un estado de ansiedad permanente y todo esto considerando la baja morbilidad del procedimiento y la alta tasa de preservación de la eyaculación, mantienen a la linfadenectomía económica como la opción inicial en el tratamiento y etapificación de los tumores no seminomatosos.

En nuestra casuística la etapificación patológica arrojó 8 pacientes en etapa B1 y 4 pacientes en etapa B2.

Todos los pacientes en etapa B2 fueron sometidos a quimioterapia adyuvante, pero de los 8 pacientes en etapa B1 sólo 4 fueron sometidos a quimioterapia y los otros continuaron un protocolo de observación y seguimiento con marcadores tumorales y TAC abdominal; estos 4 pacientes se mantuvieron libres de enfermedad con un seguimiento entre 16 y 30 meses. Esta modalidad de observación y seguimiento para las etapas patológicas B1 ha sido descripta en reiteradas oportunidades en la literatura^(10,11) y sin duda faltan trabajos a más largo plazo como para poder estar seguro de su efectividad, aunque los resultados parecen promisorios.

Finalmente deseamos enfatizar que la linfadenectomía económica tiene criterio oncológico y un fin terapéutico y etapificador que, sin lugar a dudas, resulta un beneficio importante para el paciente, con mínima morbilidad y con un alto porcentaje de preservación de la eyaculación.

BIBLIOGRAFIA

1. Loher, P. J.; Williams, S. D. y Einhorn, L. H.: Status of chemotherapy for testis cancer. *Urol. Clin. North Am.*, 14:713-720, 1987.
2. Donohue, J.; Foster, R.; Rowland, R. y col.: Nerve-sparing retroperitoneal lymphadenectomy with preservation of ejaculation. *J. Urol.*, 144:287-291, 1990.

3. Pizzocaro, G.; Salironi, R. y Zanoni, F.: Unilateral Lymphadenectomy in intraoperative stage I nonseminatous germinal testis cancer. *J. Urol.*, 134:485-488, 1985.
4. Bogado, J.; Sandoval, J. C.; Prieto, J. J. e Hidalgo, F.: Linfadenectomía retroperitoneal económica etapa clínica A: Efectos sobre la eyaculación. *Rev. Chil. Urol.*, 51:52-54, 1988.
5. Baniel, J.; Foster, R. S.; Rowland, R. G.; Bihle, R. y Donohue, J.: Complications of primary retroperitoneal lymphnode dissection. *J. Urol.*, 152:424-427, 1994.
6. Acuña, P. y Salinas, J.: Linfadenectomía lumboaórtica con preservación de nervios en tumores de testículo no seminomatoso. *Rev. Chile Urol.*, 54:62-66, 1991.
7. Doerr, A.; Skinne, E. y Skinne, D.: Preservation of ejaculation through a modified retroperitoneal lymphnode dissection in low stage testis cancer. *J. Urol.*, 149:1472-1474, 1993.
8. Lowe, B. A.: Surveillance versus nerve-sparing retroperitoneal lymphadenectomy in stage I nonseminomatous germ-cell tumors. *Urol. Clin. North Am.*, 20 (1):75-83, 1993.
9. Geldermon, W.; Schnaffordt, K. y Sleijfer, D.: Orchidectomy alone in stage I nonseminomatous testicular germ cell tumors. *Cancer*, 59:578-580, 1987.
10. Richie, J. P. y Kantoff, P. W.: Is adjuvant chemotherapy necessary for patients with stage B1 testicular cancer. *N. Engl. J. Med.*, 317:1433-1436, 1987.
11. Williams, S. D.; Stablein, D. M. y Cinhom, L. H.: Immediate adjuvant chemotherapy versus observation with treatment at relapse in pathological stage II testicular cancer. *N. Engl. J. Med.*, 317:1433-1436, 1987.

COMENTARIO EDITORIAL

La linfadenectomía de estadificación es un procedimiento quirúrgico que fue variando técnicamente con el tiempo. La linfadenectomía económica intenta disminuir los efectos indeseados sin reducir la posibilidad de un adecuado diagnóstico.

El trabajo presentado corrobora los datos de la bibliografía obteniendo un 95 % de pacientes que han conseguido preservar la eyaculación luego de la cirugía.

A pesar de que los autores no detallan la técnica quirúrgica, impresiona que realizan un decolamiento ingresando al retroperitoneo por el parietocólico en el lado izquierdo, ya que proponen movilizar el colon hacia la derecha. Nuestra vía de acceso siempre es a través de la raíz del mesenterio. Salvo esta diferencia el resto de la técnica se desarrolla de igual forma.

La linfadenectomía de estadificación certifica la presencia de un Estadio A. En estos casos confirma el diagnóstico y no tiene acción terapéutica. El único caso en que la linfadenectomía podría considerarse terapéutica es en el hallazgo del Estadio B1 ya que, como bien explican los autores, un grupo de esos pacientes fue sometido a controles periódicos sin otra terapéutica agregada, y sin ocasionar recidivas. En el Estadio B2 a los pacientes se les agrega quimioterapia, por lo cual el procedimiento es sólo estadificador.

En la actualidad, y en la medida en que los métodos de diagnóstico se hacen más sofisticados la correlación entre el Estadio clínico y el Estadio patológico es cada vez más segura.

Llegará el momento en que la estadificación ganglionar quirúrgica le dejará su lugar a una cada vez más confiable estadificación clínica.

Dr. Leonardo Jorge Pasik

*Jefe de Trabajos Prácticos Unidad Docente "Roffo"
Médico de Planta del Instituto de Oncología*

"Angel H. Roffo"

Río de Janeiro 432, 7° P., (1405) Capital

Tel.: 4958-4612

E-mail: lpasik@intramed.net.ar