

Cistectomía radical laparoscópica con extracción de pieza por vagina

Laparoscopic radical cystectomy with vaginal extraction of surgical specimen

Dres. Vitagliano Gonzalo;
Villasante Nicolás;
Paterlini Juan;
Ameri Carlos;
Mazza Osvaldo.

INTRODUCCIÓN

Anualmente se diagnostican más de 54.000 nuevos casos de cáncer de vejiga y se reportan 5.000 casos de muerte específica por esta enfermedad en los Estados Unidos de Norte América. Se estima que para el 2020 más del 20% de la población será mayor de 65 años. Este significativo incremento en la longevidad de la población se asocia con un aumento en la incidencia del cáncer de vejiga. Además de una alta tasa de mortalidad esta patología es responsable de una morbilidad significativa, que resulta de severos síntomas irritativos de vaciado, obstrucción del tracto urinario superior y hematuria prolongada.¹

El manejo de esta enfermedad en el anciano se presenta como un dilema para el urólogo tratante. En estos momentos no se debe considerar sólo la edad cronológica del paciente, sino también su edad fisiológica y sus condiciones médicas asociadas. A pesar de que la cistectomía radical continúa siendo el tratamiento de elección para el cáncer de vejiga músculo invasor, se reconoce que esta cirugía conlleva un alto riesgo de complicaciones perioperatorias. Tratamientos con preservación de vejiga han ido evolucionando con el fin de ofrecer terapias a los pacientes considerados de alto riesgo para la cistectomía radical. Estas opciones alternativas, como la radioterapia, tienen a su vez morbilidades asociadas no despreciables y carecen de los resultados oncológicos de la cirugía radical.^{1,2}

En reportes recientes se ha demostrado morbilidad perioperatoria aceptable asociada con la cistectomía radical en pacientes ancianos. Algunos trabajos demostraron que no existen diferencias significativas entre las complicaciones menores y mayores entre los pacientes de edad avanzada de alto riesgo (29% y 5%, respectivamente) y la población general (35,9% y 4,9%, respectivamente).¹ En pacientes añosos con o sin comorbilidades significativas la cistectomía radical demostró proveer control local de la enfermedad, paliar los síntomas y extender la sobrevida.

En los últimos años se ha demostrado que la cistectomía radical laparoscópica presenta los mismos resultados oncológicos que la cirugía radical asociado con la menor morbilidad de un abordaje mínimamente invasivo.³

Presentamos un caso de cistectomía radical más linfadenectomía pelviana laparoscópica con extracción de pieza quirúrgica por vagina en una mujer de 78 años con cáncer de vejiga avanzado.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 78 años de edad con historia de anexo hysterectomía por miomatosis uterina, hipertensión arterial, gastritis crónica y tabaquismo severo durante 40 años.

Debuta hace 10 años con importante episodio de macrohematuria por la cual se efectúa diagnóstico de lesión exofítica vesical. En su momento fue sometida a una pri-

mera resección endoscópica (RTUV). Al corto plazo presentó recidiva tumoral requiriendo de múltiples RTUV. Tras la última resección el material remitido se informa como carcinoma trabecular anaplásico. Concorre para una segunda opinión tras ser derivada a oncólogo por su urólogo tratante.

En ecografía de control se observa la pared lateral derecha con imagen nodular sólida con vascularización central y periférica de 35 x 28 x 33 mm con otra imagen polipoidea en pared posterolateral derecha de 10 x 9 x 9 mm.

En tomografía computada se observa atrofia renal derecha severa. Ausencia de adenomegalias. Vejiga con pólipo de 38 x 35 mm en cara lateral derecha sólido y con superficie irregular. Otra en pared posterolateral derecha de 3 mm (Figura 1). Centellograma óseo normal.

Se indica cistectomía radical con linfadenectomía pelviana bilateral laparoscópica y ureterostomía cutánea izquierda. La técnica empleada es la desarrollada por Castillo y col.⁴

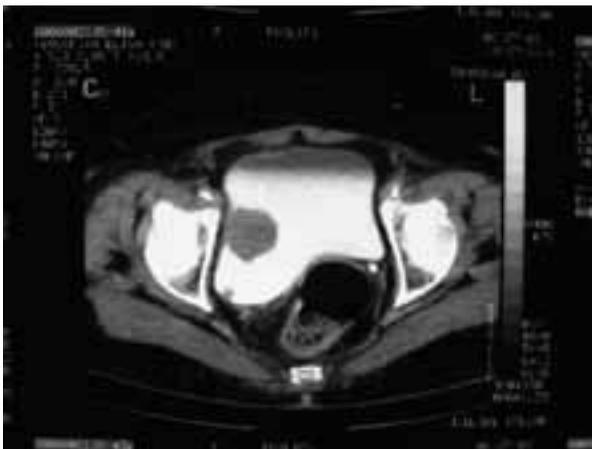


Figura 1. Tomografía computada que evidencia ambas lesiones vesicales.



Figura 2. Posición del paciente.

Técnica quirúrgica

En la inducción anestésica se administró una cefalosporina de tercera generación. Se colocó al paciente en posición de litotomía modificada con los brazos adheridos al cuerpo y soporte en un hombro para permitir una posición de *Trendeleburg* máxima (Figura 2). Se efectuó el pneumoperitoneo con punción con aguja de *Veress* a través de una incisión supraumbilical, hasta una presión de 15 mmHg. Los trocares fueron colocados en forma de W según técnica (Figura 3).

Se comenzó realizando una sección del peritoneo del fondo de saco recto-vesical. Esta sección continúa en forma bilateral siguiendo una línea imaginaria entre los vasos espermáticos y el ligamento umbilical bilateral formando una "H". Se seccionaron ambos uréteres cuidando especialmente la vasculatura del uréter izquierdo. Se enviaron segmentos de los mismos a congelación siendo informados como negativos. La linfadenectomía se realizó comenzando desde encima de la bifurcación ilíaca hasta el extremo distal de los vasos ilíacos externos, incluyendo el paquete obturatriz y siendo los límites laterales el nervio génito-femoral y la vejiga. Tras seccionar la hoja posterior de la fascia de *Denovilliers*, los pedículos vesicales fueron identificados, ligados y seccionados. Luego de acceder al espacio de *Retzius* y liberar la cara anterior y lateral de la vejiga se procedió con el tiempo uretral, realizando una incisión en "U invertida" por encima de la uretra y comprometiendo la cara anterior de la vagina (Figura 4). Por ésta, se procedió a delimitar la uretra y el cuello vesical hasta lograr la liberación completa de la vejiga y extracción de la misma junto con ambas linfadenectomías previamente embolsadas (Figuras 5, 6 y 7). Se efectuó el cierre de la cara anterior de la vagina tanto en forma extra como intracorpórea. Tras la colocación de un drenaje se exteriorizó el uréter izquierdo por el trocar pararectal ipsilateral.

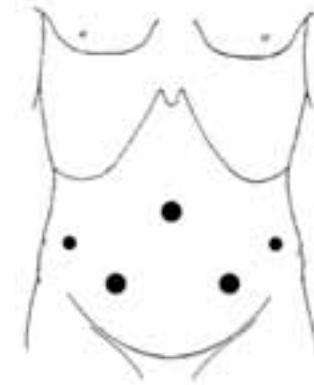


Figura 3. Distribución de trocares (círculos grandes: 10-12 mm, círculos pequeños: 5 mm).



Figura 4. *Tiempo uretral.*



Figura 5. *Extracción de pieza quirúrgica.*



Figura 6. *Extracción de pieza quirúrgica.*



Figura 7. *Especimen quirúrgico de cistectomía y linfadenectomía pelviana bilateral.*

El tiempo operatorio fue de 240 minutos con un sangrado de 200 ml y una estadía hospitalaria de 8 días. La paciente evolucionó favorablemente.

Desde el primer reporte por Parra y col. en 1992 la cistectomía radical laparoscópica ha evolucionado considerablemente hasta convertirse en una técnica estandarizada y reproducible. No obstante, su seguridad oncológica a largo plazo no fue probada sino hasta hace pocos años.³

En este caso particular la baja morbilidad de este procedimiento permitió su empleo en un paciente añoso. La presencia de solo un riñón funcional evitó la utilización de un reservorio intestinal y a su vez la extracción de la pieza quirúrgica por vía vaginal permitió ahorrar la laparotomía. Creemos que este abordaje mínimamente invasivo puede ser utilizado en casos seleccionados para evitar la severa morbilidad indefecti-

blemente asociada con la progresión local del cáncer de vejiga avanzado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farnham SB, Cookson MS, Alberts G, Smith JA Jr, Chang SS: Benefit of radical cystectomy in the elderly patient with significant co-morbidities. *Urol Oncol.* 2004; 22(3): 178-181.
2. Zebic N, Weinknecht S, Kroepfl D: Radical cystectomy in the patients aged > or = to 75 years: an updated review of patients treated with curative and palliative intent. *BJU Int.* 2005; 95(9): 1211-1214.
3. Haber GP y Gill IS: Laparoscopic radical cystectomy for cancer: oncological outcomes at up to 5 years. *BJU Int* 2007; 100: 137-142.
4. Vitagliano G, Castillo O, Cortés O y cols.: Cistectomía radical laparoscópica. Un aporte a la técnica. *Revista Argentina de Urología* 2006; Vol 70-4.