

11246

8
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"

SERVICIO DE UROLOGIA. HOSPITAL DE ONCOLOGIA

**"PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPUBLICA EN CANCER
DE PROSTATA LOCALIZADO. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

U R O L O G O

P R E S E N T A

EDGAR LOPEZ CRUZ

México, D. F.

Febrero 96

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



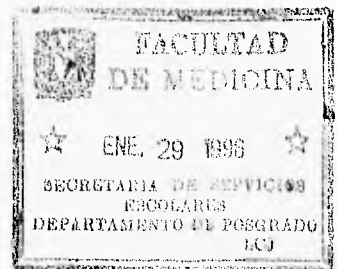
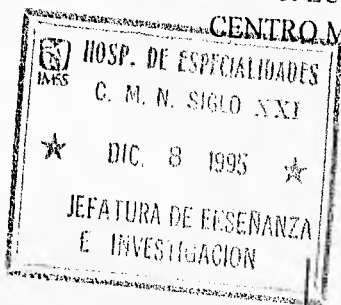
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

~~DR. NIELS HANSEN WACHER RODARTE~~
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



~~DR. JORGE MORENO ARANDA~~
JEFE DEL SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO
UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN UROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



~~DR. DONACIANO FLORES LOPEZ~~
MEDICO NO FAMILIAR UROLOGO
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE UROLOGIA-ONCOLOGICA
HOSPITAL DE ONCOLOGIA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
(ASESOR DE TESIS)

INDICE

	Pág.
Resumen.	1
Antecedentes.	2
Planteamiento del Problema.	4
Objetivos.	4
Material y Métodos.	5
Consideraciones Eticas.	7
Recursos para el Estudio.	7
Resultados.	8
Gráfica 1.	9
Gráfica 2.	10
Gráfica 3.	11
Gráfica 4.	12
Análisis de Resultados.	13
Anexo.	17
Bibliografía.	18

RESUMEN

El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte entre los hombres con cáncer; así mismo es una causa de sufrimiento y gastos por cuidados de salud. La combinación de la medición del antígeno prostático específico (A.P.E.), el tacto rectal y la biopsia de próstata guiada por ultrasonido poseen un índice de detección de un 70%. El manejo de próstata localizado puede incluir tres opciones principales: la prostatectomía radical, la radioterapia y el manejo expectante ("ver y esperar").

Se realizó una revisión de 50 casos de prostatectomía radical en cáncer prostático localizado en un periodo de 5 años (Enero de 1990 a Enero de 1995) en el servicio de Urología del Hospital de Oncología del C.M.N. I.M.S.S.

El rango de edad fue de 42-72 años, con un promedio de 64 años. La etapa clínica prequirúrgica más frecuente fue la etapa B (28 pts.), seguida de la etapa A (16 pts.) y de la etapa C (6 pts.). Con respecto al diagnóstico histopatológico el 32% fueron etapa D, 26% etapa B, 16% etapa C y A, existiendo 6% y 4% de pacientes con hiperplasia prostática y neoplasia intraepitelial prostática respectivamente. La complicación más frecuente fue la impotencia, seguida de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Quizá más que ninguna otra modalidad terapéutica, el resultado de la prostatectomía radical esta estrechamente relacionado con el estadio patológico. Si el cáncer es órgano confinado, la sobrevida a largo plazo es indistinguible de la población masculina sin cáncer.

ANTECEDENTES.

El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte entre los hombres con cáncer: el 25% de los hombres con cáncer de próstata mueren por esta causa. Más aun, muchos pacientes que no mueren del cáncer de próstata, requieren tratamiento para aminorar síntomas tales como el dolor, sangrado y uropatía obstructiva(1). Por lo tanto, el cáncer prostático es también una causa de sufrimiento y gastos por cuidados de salud. El alto índice de mortalidad puede deberse a la detección tardía de la enfermedad. En estudios recientes, el muestreo para el cáncer prostático ha combinado la medición del antígeno prostático específico (A.P.E.), con el abordaje tradicional del tacto rectal (T.R.). Comparado con otros procedimientos, estos dos, junto con la biopsia de próstata guiada por ultrasonido, incrementó el índice de detección a un 70%(2).

Organismos Internacionales han recomendado que los hombres de 50 años o mayores deben realizarse una determinación anual del A.P.E. y un examen rectal, para la detección temprana del cáncer prostático y que los hombres con riesgo elevado, tales como hombres negros y aquellos con historia familiar de cáncer deberán empezar a realizarse la detección a los 40 años(2,3).

El manejo del cáncer prostático puede incluir tres opciones principales: la prostatectomía radical, la radioterapia y el manejo expectante ("ver y esperar"), debido a que no se puede hacer una recomendación en base a la literatura por ausencia de datos de estudios controlados que documenten que el tratamiento agresivo quirúrgico para el cáncer prostático localizado incrementa la supervivencia se debe tomar en cuenta factores tales como edad y estado general de salud del paciente, la etapa clínica, el estadio patológico, factores concernientes a la calidad de vida (Ej. los riesgos inmediatos asociados con el tratamiento vs. los riesgos subsecuentes asociados con el cáncer avanzado) y los recursos disponibles para el tratamiento(4).

El cáncer de próstata localizado representa un espectro de enfermedad de estadios clínicos que abarcan desde una etapa T1 a una etapa T2 y en algunas series inclusive la etapa T3. El concepto de "enfermedad localizada" implica que es curable con una mortalidad aceptable durante el tratamiento.

Las opciones de tratamiento para el cáncer de próstata localizado se han llevado a cabo con diferentes grados de entusiasmo, las prácticas y opiniones han variado considerablemente en la última década, por lo que la decisión del tratamiento a seguir deberá discutirse con el paciente y en algunos casos obtener segundas opiniones de varios especialistas(4).

En hombres con cáncer prostático localizado con una expectativa de vida de 10 años o más, el objeto del tratamiento debe ser, erradicar la enfermedad; los dos tratamientos potencialmente curativos son la prostatectomía radical y la radioterapia. La radioterapia es potencialmente curativa, sin embargo, la principal desventaja es que aproximadamente el 30% al 40% de los tumores clínicamente localizados contienen clones celulares que no pueden ser erradicados con dosis terapéuticas de radiación, por lo tanto un porcentaje similar de pacientes tienen biopsias persistentemente positivas un año o más después de la radiación. Por otra parte la prostatectomía radical es el estándar de oro para el tratamiento del cáncer localizado de la próstata.

A principios de los años 60's el abordaje perineal era el único procedimiento curativo en pacientes seleccionados, la principal desventaja del abordaje perineal es la necesidad de una laparotomía o laparoscopia para determinar el estado ganglionar. Las ventajas son menos sangrado y una mayor facilidad para realizar la anastomosis vesicouretral. Como resultado de un mejor conocimiento de la anatomía relevante y el refinamiento de la prostatectomía retropúbica (Millin 1947) con preservación nerviosa las complicaciones del tratamiento quirúrgico han disminuido significativamente(6,7,8).

La complicación temprana más importante y significativa es la mortalidad postoperatoria. La mortalidad esperada en los principales centros es alrededor del 1% ($\pm 0.9\%$) en 30 días y del 1.2% en los 11 meses postoperatorios. Una segunda complicación temprana es la lesión rectal con una frecuencia reportada de aproximadamente del 3%. La estenosis de uretra o del cuello vesical, la incontinencia urinaria e impotencia son las complicaciones tardías principales, no influyendo en la sobrevida, pero sí definitivamente en la calidad de vida. La frecuencia de la estenosis es del 20% y relativamente fácil de manejar. La incontinencia y la impotencia están también relacionadas con la etapa clínica y la edad. El índice final de incontinencia debería ser menor al 5%, sin embargo, depende de la definición que se le de. La impotencia es un hecho de capital importancia para la calidad de vida, pero su frecuencia ha disminuido considerablemente con la adopción de las técnicas de preservación nerviosa(9,10).

Quizá más que ninguna otra modalidad terapéutica, el resultado de la prostatectomía radical está estrechamente relacionado con el estadio patológico. Si el cáncer es órgano confinado, la sobrevida a largo plazo es indistinguible de la población masculina sin cáncer; se ha reportado un índice de sobrevida a 15 años del 50%.

El manejo y el seguimiento postoperatorio ha cambiado gracias al advenimiento del antígeno prostático específico, niveles detectables de A:P:E., después de la prostatectomía radical son indicio de persistencia tumoral, sin embargo el valor pronóstico de éste marcador es desconocido respecto a la morbilidad individual o a la mortalidad específica del cáncer. En éste momento no existen datos suficientes que apoyen el uso de radioterapia u hormonoterapia adyuvante, en los casos de progresión tumoral.

Los beneficios de la terapia hormonal neoadyuvante previa a la cirugía en etapas T3 ha sido explorada por varios trabajos, los resultados de la sobrevida no pueden ser evaluados ya que el seguimiento es corto, sin embargo, resultados preliminares reportan que la pérdida sanguínea y el tiempo quirúrgico no se disminuyen y la cirugía no es más fácil.

Existen ventajas y desventajas en cada uno de los tratamientos disponibles para el cáncer localizado de próstata. Para seleccionar el tratamiento individual en cada paciente se debe considerar todos los factores en juego junto con la opinión del paciente acerca de los efectos colaterales y su expectativa de los resultados de cada tratamiento. El hecho más importante para el tratamiento del cáncer prostático es el desarrollo de marcadores pronósticos reales que permitan separar aquellos pacientes que pueden morir de cáncer prostático de aquellos que no. Después de eso, el impacto de la cirugía debe ser determinado(1,5).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.- ¿Cuál es la correlación entre el diagnóstico clínico prequirúrgico y el diagnóstico histopatológico de los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer localizado de próstata?.
- 2.- ¿Cuales son las complicaciones tardías de los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer prostático localizado?.
- 3.- ¿Qué relación existe entre los niveles de antígeno prostático específico prequirúrgicos y el estadio patológico de los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer prostático localizado?.
- 4.- ¿Cuales son las características demográficas y el manejo postoperatorio de los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer prostático localizado?.

OBJETIVOS.

- 1.- Determinar la correlación entre la etapa clínica prequirúrgica y la etapa patológica de los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer localizado de próstata.
- 2.- Describir las complicaciones tardías y su relación con los grupos etáreos de los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer localizado de próstata.
- 3.- Relacionar los niveles de antígeno prostático específico con la etapa patológica de los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer localizado de próstata.
- 4.- Describir las características demográficas y el manejo postoperatorio de los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer localizado de próstata.

MATERIAL Y METODOS.

1.- Diseño del Estudio: Revisión de Casos.

2.- Universo de Trabajo: expedientes clínicos de pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer localizado de próstata, durante el periodo de Enero de 1990 a Enero de 1995 en el servicio de Urología del Hospital de Oncología C:M:N: SIGLO XXI. IMSS.

3.- Descripción de las Variables:

a) Variable Independiente:

Prostatectomía Radical.

Variable Dependiente:

Edad

Sexo

Diagnóstico Clínico.

Diagnóstico Histopatológico.

Obstrucción del Tracto Urinario

Disfunción Eréctil

Incontinencia Urinaria

Antígeno Prostático Específico.

b) Descripción Operativa:

Prostatectomía Radical: Cirugía abierta, en la cual se extrae la próstata en forma retropubica, preservando el esfínter externo, la vejiga y el paquete neurovascular siempre que no exista involucro tumoral. Dicha cirugía se llevó a cabo por médicos de base del Servicio de Urología del HO C:M:N: Los datos del procedimiento se tomaran directamente del expediente clínico, a través de la hoja quirúrgica y la nota postoperatoria.

Diagnóstico Clínico: Se trata de la clasificación del cáncer prostático descrita por Whitmore; la cual se divide en A, B, C, D, cada una de ellas subdividida a su vez en etapa 1 ó 2. De éstas se tomaran en cuenta únicamente las tres primeras por tratarse de cáncer localizado. La etapa clínica inicial es dada por médicos de base del servicio de Urología.

A Carcinoma no detectado clínicamente y encontrado como hallazgo durante una prostatectomía, biopsia o estudio de necropsia.

A1 Lesión menor al 5% del material revisado en patología y con suma de Gleason menor de 7.

- A2 Lesión en más del 5% del material estudiado o bien etapas A1 con suma de Gleason mayor de 7.
- B. Carcinoma localizado en próstata y detectado clínicamente.
- B1 Nódulo no mayor de 1.5cm. confinado a un lóbulo y rodeado de tejido sano.
- B2 Tumor que involucre todo un lóbulo ó más, pero intraprostático.
- C Tumor con extensión más allá de la cápsula ó las vesículas seminales.

Diagnóstico Histopatológico: Se define así a la clasificación del cáncer prostático; tomando en cuenta el espécimen patológico (incluyendo ganglios) y su gradación histológica de acuerdo al sistema de Gleason, en donde se toma en cuenta 2 grados, uno primario o predominante y uno secundario o menos representativo.

Ambos son sumados para obtener un solo grado que varía del 2 al 10; así junto con la clasificación de Whitmore se puede obtener el diagnóstico histopatológico final; en este caso, se codificará únicamente como hiperplasia prostática (H:P:), neoplasia intraepitelial prostática (N:I:P:), adenocarcinoma etapa A, B, C ó D, lo anterior debido a la falta de uniformidad en los criterios de los patólogos y a la falta de datos completos en los expedientes clínicos.

Estenosis del Tracto Urinario Inferior: Se cataloga como una obstrucción anatómica, es decir, una disminución en el calibre del tracto urinario inferior, ya sea a nivel de la anastomosis uretrovesical o uretral. Se diagnostica por el urólogo a través de cistoscopia, cuando se tiene la sospecha por los síntomas referidos del paciente. En este caso se codificará como estenosis uretrovesical o uretral.

Disfunción Eréctil: Es la incapacidad de un hombre con un pene normal de obtener o mantener una erección. Se investiga por el urólogo a través del interrogatorio a los 3 y 6 meses del postoperatorio. Se codificará como potente, impotente y erección parcial.

Incontinencia Urinaria: Se define como la salida de orina de forma involuntaria, pudiendo llegar a ser total o de esfuerzo (tos, risa o levantar objetos pesados), se codificará por el urólogo como pacientes secos, pacientes con incontinencia total y aquellos con incontinencia de esfuerzo, durante el interrogatorio del postoperatorio.

Antígeno Prostático Específico: Es una glicoproteína homóloga a la familia de las kaliceínas, la cual tiene una actividad parecida a la quimi tripsina y tripsina. Su valor normal en suero es de 4.0ng/ml. Su uso clínico específico es el monitoreo de los pacientes postoperados de prostatectomía radical y si se combina con el tacto rectal y el ultrasonido transrectal se puede utilizar como estudio de detección del cáncer prostático temprano. Este estudio se llevará a cabo por el laboratorio de hormonas del HO C:M:N: y se codificará como niveles de 0-4ng/ml, 4.1-10ng/ml y > de 10ng/ml., en el caso de los niveles actuales de A:P:E: se tomará en cuenta el nivel de 0.35ng/ml ó mayor a 0.35ng/ml.

4).- Selección de la Muestra:

a).- Tamaño de la Muestra: El tamaño de la muestra se conformo de 50 casos de pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer localizado de próstata, siendo el número total de pacientes operados en el periodo de 5 años a partir de Enero de 1990 a Enero de 1995. Siendo una revisión de casos el tamaño de la muestra se consideró suficiente.

b).- Criterios de Selección:

i).- Inclusión. Pacientes masculinos con cáncer de próstata localizado, sometidos a prostatectomía radical en el periodo de Enero de 1990 a Enero de 1995 en el servicio de Urología del Hospital de Oncología del C:M:N: IMSS.

ii).-Exclusión. Pacientes con cáncer de próstata localizado, sometidos a prostatectomía radical fallecidos previo al inicio del estudio o durante el estudio. Pacientes con cáncer de próstata localizado, sometidos a prostatectomía radical, los cuales no regresaron a consulta externa de control al momento de terminar el estudio.

5).- Procedimientos:

Fase I: El residente encargado del protocolo (R4), se encargara de localizar los nombres y afiliación de los pacientes programados para prostatectomía radical y lo confirmará con el registro de quirófano, en el periodo comprendido de Enero de 1990 a Enero de 1995.

Fase II: Una vez obtenida la lista y el permiso del jefe de archivo clínico, con la hoja de recolección de datos (anexo 1) se incluirán los pacientes seleccionados.

6).- Análisis Estadístico:

Se realizarón promedios, frecuencias, rangos y porcentajes.

Gráficas

Tablas.

Cuadros comparativos.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Todos los procedimientos mencionados se consideran totalmente inocuos para los sujetos de estudio, ya que únicamente se revisaran los expedientes clínicos.

La información obtenida se utilizara para fines de investigación clínica.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Humanos: Se utilizará a un residente de 4o año de la especialidad de Urología del Hospital de Especialidades C.M.N. IMSS.

Materiales: Hojas de recolección de datos, lápiz, y Expedientes Clínicos.

Económicos: Los gastos correrán a cargo del residente encargado del protocolo.

RESULTADOS

Se revisaron 80 expedientes, de Enero de 1990 a Enero de 1995, de los cuales se incluyeron 50 expedientes.

El rango de edad fue de 42-76 años, con un promedio de edad de 64 años.

Con respecto al tacto rectal; el 12% de los pacientes se reportaron con T.R. normal (6 pts.), mientras que el 88%, (44 pts.), tuvieron un T. R. anormal.(aumento de consistencia y/o nódulo).

El antígeno prostático específico tuvo un rango de 0.1-62 ng/ml en la muestra total, con un promedio de 17.2ng/ml. Se tomaron en cuenta únicamente 46 pacientes, ya que 4 no poseían A:P:E:.

La etapa clínica prequirúrgica más frecuente fue la etapa B (28 pts.), seguida de la etapa A (16 pts.) y la etapa C (6 pts.).(Ver gráfica 1).

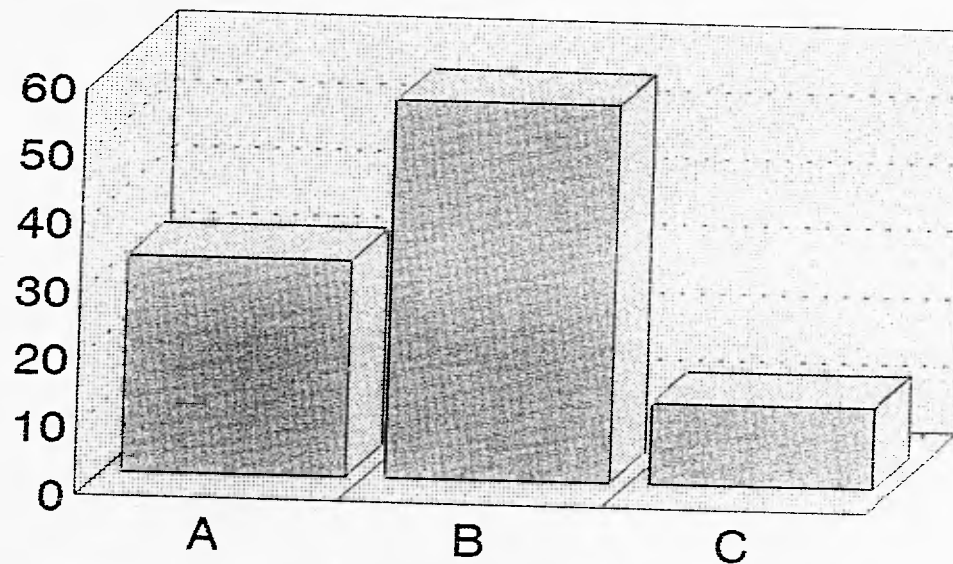
Con respecto al diagnóstico histopatológico el 32%(16 pts.) fueron etapa D, 26%(13 pts.) etapa B, 16% (8 pts. respectivamente) etapa C y A; existiendo 6% (3 pts.) con hiperplasia prostática y 4% (2 pts.) con diagnóstico de neoplasia intraepitelial prostática. (Ver gráfica 2).

En cuanto a las complicaciones tardías se puede mencionar que la impotencia es la complicación más frecuente con un 34% (17 pts.), seguida de la incontinencia urinaria de esfuerzo 28% (14 pts.), la estenosis de uretra 16% (8 pts), la erección parcial 12% (6 pts.), la contractura de cuello 10% (5 pts.) y de la incontinencia total 8% (4 pts.). (Ver gráfica 3 y 4).

En lo que se refiere al manejo postoperatorio de los pacientes ; los días de hospitalización tuvieron un rango de 5-36 días, con un promedio de 13 días. El tiempo de permanencia de la sonda uretral tuvo un rango de 12-60 días, con un promedio de 24.6 días.

Cabe mencionar que se tomo el año de 1990 como inicio de la revisión, ya que en dicho año se inicio el uso regular del antígeno prostático específico.

PROSTATECTOMIA RADICAL ETAPA CLINICA PREOPERATORIA

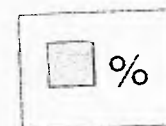
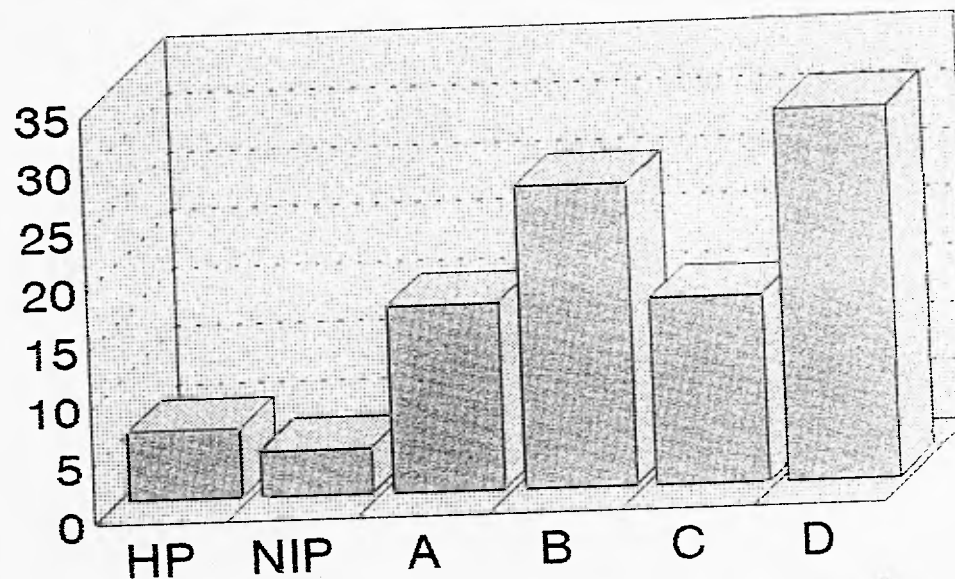


%	32	56	12
PACIENTES (n = 50)	16	28	6

GRAFICA 1
FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA-ONCOLOGICA.
H.O. C.M.N. I.M.S.S.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

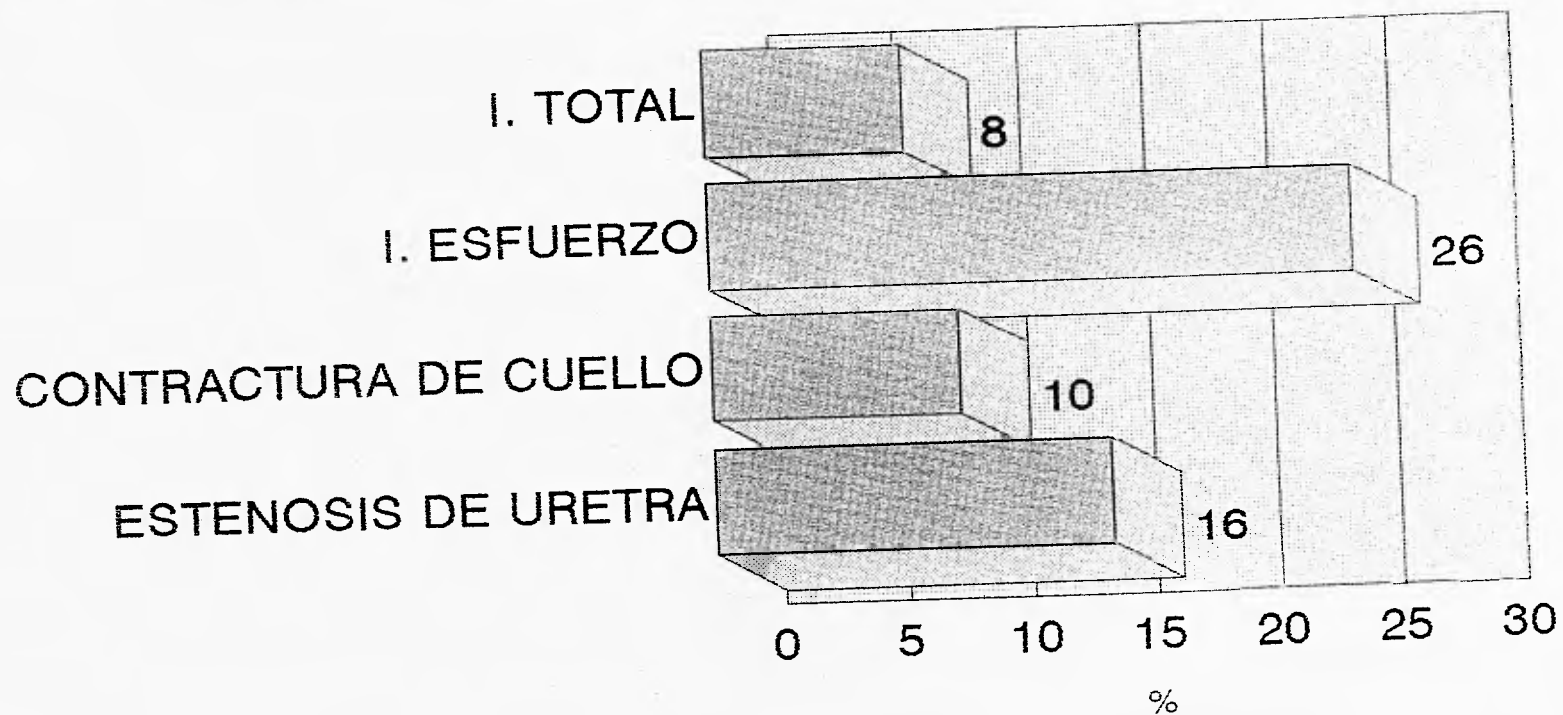
PROSTATECTOMIA RADICAL ETAPA PATOLOGICA



%	6	4	16	26	16	32
PACIENTES (n = 50)	3	2	8	13	8	16

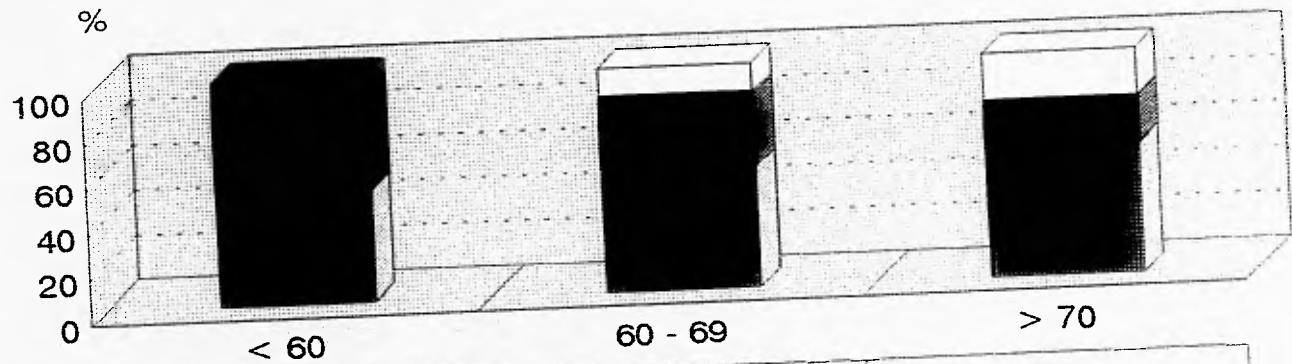
GRAFICA 2
FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA-ONCOLOGICA
H.O. C.M.N. I.M.S.S.

PROSTATECTOMIA RADICAL COMPLICACIONES TARDIAS



GRAFICA 3
FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA-ONCOLOGICA
H.O. C.M.N. I.M.S.S.

PROSTATECTOMIA RADICAL DISFUNCION ERECTIL



	< 60	60 - 69	> 70
% EREC. PARCIAL	0	13	21
% IMPOTENTES	50	33	21
% POTENTES	50	54	58

EDAD (años)

% POTENTES
 % IMPOTENTES
 % EREC. PARCIAL

GRAFICA 4
 FUENTE: SERVICIO DE UROLOGIA-ONCOLOGICA
 H.O. C.M.N. I.M.S.S.

ANALISIS DE RESULTADOS.

Debido a que se trata de una revisión de casos, el análisis desarrollado es parcial, y deberá complementarse con estudios prospectivos y comparativos.

Definitivamente la muestra obtenida es pobre, para el periodo estudiado, sin embargo, esto refleja que el ejercicio clínico de la detección del cáncer prostático es poco conocida.

El promedio de edad corresponde sobre todo a la muestra obtenida y refleja que la población con cáncer prostático referida a nuestro hospital es mayor de 60 años de edad, (38 pts.) y de ésta más del 50% (24 pts.) corresponde al rango de 60-69 años.

Tabla 1. Influencia de la edad en la etapa clínica preoperatoria.

EDAD EN EL MOMENTO DE LA CIRUGIA (AÑOS)	No. PTS.	ETAPA CLINICA		
		A	B	C
< 50	3	-	3	-
50 - 59	9	2	6	1
60 -69	24	7	14	3
70 - 79	14	7	5	2
TOTAL	50	16	28	6

Así mismo el mayor porcentaje del T.R. anormal, (88%) muestra que los pacientes referidos, por lo menos se encontraban en una etapa clínica B. De los 28 pts. en etapa clínica B, únicamente 10 pts. (35%) se confirmaron en el estudio histopatológico.

La etapa clínica prequirúrgica mostró que de los 16 pts en etapa A (32%), únicamente 5 fueron confirmados en el histopatológico, del 56% en etapa B (28 pts.), únicamente 10 fueron confirmados y de los 6 en etapa C (12%), 2 fueron confirmados. De los 50 pacientes, 21 (42%) resultó ser órgano confinado, es decir etapa A ó B, mientras que 24 pacientes fueron localmente avanzado (16%) o avanzado (32%). Lo anterior puede reflejar que los pacientes sometidos a prostatectomía radical estaban subetapificados o que los pacientes eran localizados y progresaron a etapas avanzadas.

Tabla 2. Comparación entre estadios clínicos y patológicos.

ETAPA CLINICA	No. PTS.	ETAPA PATOLOGICA					
		HP	NIP	A	B	C	D
A	16	2	2	5	3	-	4
B	28	1	-	3	10	6	8
C	6	-	-	-	-	2	4
TOTAL	50	3	2	8	13	8	16
				21 (42%)		24 (48%)	

Con respecto al A:P:E: prequirúrgico, únicamente se tomaron a 46 pacientes para el análisis, los 4 restantes tenían únicamente fosfatasa ácida prostática por radioinmunoensayo (PAP x RIA); de éstos el 26% (13 pts.) tenían valores entre 4.1ng/ml y 10ng/ml, el 50% (25 pts.) tenían valores por arriba de 10ng/ml y el resto poseían valores dentro de límites normales. Las etapas avanzadas correlacionaron con los niveles de A.P.E. mayor de 10 ng/ml con una $r=0.44$ y una $p=0.035$.

Tabla 3. Comparación entre la etapa patológica y los niveles de A:P:E:.

ETAPA PATOLOGICA	No. PTS.	NIVELES DE A.P.E. PREQUIRURGICO (ng/ml)			
		0 - 4	4.1 - 10	> 10	PAP-RIA
H. P.	3	2	-	1	-
N. I. P.	2	1	1	-	-
A	8	2	4	1	1
B	13	1	3	8	1
C	8	1	4	3	-
D	16	1	1	12	2
TOTALES	50	8	13	25	4

Dentro de las complicaciones tardías encontradas, la incontinencia urinaria de esfuerzo representó un 28%(14 pts.), resultado discretamente elevado a lo reportado en la literatura (0-17%) así mismo la correlación de mayor frecuencia a mayor edad, está acorde con lo reportado en la literatura, donde se describe que los pacientes mayores de 60 años recobran la continencia en un tiempo más prolongado que los pacientes más jóvenes. El resultado final, depende quizá en mayor proporción de la utilización de una disección anatómica del musculo estriado del esfínter externo ya que mientras se realice una mejor disección, mejores resultados se tendrán. Por otra parte el hecho de tener un 8% (4 pts.) de incontinencia total, quizá refleje la curva de aprendizaje de los cirujanos, hecho que no debe ser pasado por alto.

Tabla 4. Comparación de las complicaciones tardías y la edad.

COMPLICACIONES TARDIAS	No. (%)	HOMBRES	HOMBRES
		< 60 AÑOS	> 60 AÑOS
		No. (%)	No. (%)
INCONTINENCIA TOTAL	4 (8)	2	2
INCONTINENCIA DE ESFUERZO	13 (26)	2	11
CONTRACTURA DE CUELLO	5 (10)	2	3
ESTENOSIS DE URETRA	8 (16)	2	6
TOTAL	32 (64)	8 (16)	22 (44)

A pesar de tener un porcentaje nada despreciable de contractura de la anastomosis (10%) y de estenosis de uretra, (16%) cabe hacer mención de la importancia que posee la preservación del cuello vesical con su musculatura circular y la creación de una anastomosis amplia que evita la formación posterior de cicatrices y contracturas. Por otra parte, la incidencia de estenosis de uretra en nuestra serie puede estar influenciada por el hecho de que los pacientes referidos ya poseen algún tipo de instrumentación previa, como es la cistoscopia, portación de S.T.U. ó R.T.U.P..

En lo que respecta a la disfunción eréctil el grupo de edad de 60 a 69 años obtuvo el mayor porcentaje con 33% de impotentes (8 pts.) y 12% de pacientes con erecciones parciales (3), datos que están de acuerdo a lo reportado en diferentes series, donde los pacientes jóvenes (menores de 60 años) retornan gradualmente mejor al año de la cirugía en su función sexual.

Tabla 5. Disfuncion eréctil y edad
DISFUNCION ERECTIL POSTOPERATORIA

EDAD (AÑOS)	No PTS.	POTENTES % % (No)	IMPOTENTES % (No)	ERECCION PARCIAL % (No)
< 60	12	50 (6)	50 (6)	0
60 - 69	24	54 (13)	54 (13)	12.5 (3)
> 70	14	57 (8)	21 (3)	21 (3)

El promedio de estancia hospitalaria fue prolongada (13 días), promedio que varia con el cirujano y su experiencia para el manejo de éstos pacientes; así mismo el tiempo de permanencia de la sonda uretral fue prolongado (24.6 días), hecho que puede repercutir indudablemente en la incidencia de estenosis de uretra y de infecciones de vias urinarias. Sin embargo en el servicio de urología oncológica, el tiempo estándar de permanencia de la STU es de 3 semanas, con la finalidad de evitar fistulas urinarias y permitir una cicatrización adecuada de la anastomosis.

Indudablemente, a pesar de todos los esfuerzos que se realicen con el fin de etapificar adecuadamente a los pacientes candidatos a un tratamiento curativo, si no se cuenta con la infraestructura adecuada y una estandarización en el manejo prequirurgico de éstos pacientes los resultados no serán los mismos y se estará en riesgo de obtener datos sesgados. En el caso de ésta revisión, la falta del ultrasonido transrectal fue fundamental, así como la falta de biopsias dirigidas por ultrasonido; ambos factores considerados a nivel mundial como básicos para el estudio de un paciente que se sospeche de cáncer prostático.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:

AFILIACION:

EDAD:

TACTO RECTAL:

NORMAL

ANORMAL

A.P.E. PREQUIRURGICO:

0-4

4.1-10

>10

(ng/ml)

A.P.E. ACTUAL:

0-0.35

>0.35

(ng/ml)

DIAGNOSTICO CLINICO:

A

B

C

FECHA DE CIRUGIA:

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

- 1.- HIPERPLASIA PROSTATICA.
- 2.- NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PROSTATICA
- 3.- CARCINOMA EN ETAPA A
- 4.- CARCINOMA EN ETAPA B
- 5.- CARCINOMA EN ETAPA C
- 6.- CARCINOMA EN ETAPA D

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDIAS:

INCONTINENCIA URINARIA:

- 1.- SECO
- 2.- ESFUERZO
- 3.- TOTAL

OBSTRUCCION DEL TRACTO URINARIO:

- 1.- NO
- 2.- UNION URETROVESICAL
- 3.- URETRAL

DIFUNCION ERECTIL:

- 1.- IMPOTENTE
- 2.- POTENTE
- 3.- ERECCION PARCIAL

MANEJO POSTOPERATORIO:

DIAS DE HOSPITALIZACION:

DIAS DE PERMANENCIA DE SONDA TRANSURETRAL:

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Catalona WJ:** Management of Cancer of the Prostate. N. Engl. J. Med. 1994; 331: 996-1004.
- 2.- **Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, et. al.:** Measurement of prostate specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer. N. Engl. J. Med. 1991; 324:1156-61.
- 3.- **Wolf Jr JS, Shinohara K, Carroll PR, Narayan P.** Combined role of transrectal ultrasonography, Gleason score, and prostate-specific antigen in predicting organ-confined prostate cancer. Urology 1993; 42: 131-7.
- 4.- **Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, Basler JW:** Detection of organ confined prostate cancer is increased through prostate-specific antigen-based screening. JAMA 1993; 270:948-54.
- 5.- **Wasson JH, Cushman CC, Bruskewitz RC et al.:** A structured literature review of treatment for localized prostate cancer. Arch Fam Med. 1993; 2 : 487-493.
- 6.- **Walsh PC.** Radical prostatectomy: a procedure in evolution. Sem Oncol 1994; 21: 662-667.
- 7.- **Thomas R et al.** One-stage laparoscopic lymphadenectomy and radical perineal prostatectomy. J Urol 1994; 152: 1174-1177.
- 8.- **Bagshaw MA, Kaplan ID, Cox RC.** Radiation therapy for localized disease. Cancer 1993; 71: 939-52.
- 9.- **Steiner MS, Morton RA, Walsh PC.** Impact of anatomical radical prostatectomy on urinary continence. J Urol 1991; 145: 512-515.
- 10.- **Quinlan DM, Epstein JI, Carter BS, Walsh PC.** Sexual function following radical prostatectomy: influence of preservation of neurovascular bundles. J Urol 1991; 145: 998-1002.