

LXXXVII Congreso Nacional de Urología

Sesión: Próstata oncológica 1

Sala: Sala Menorca 1; Día: miércoles 12; Hora: 11:15-12:45

V-1: Tips and Tricks: Prostatectomía radical asistida por robot con preservación del espacio de Retzius

Matinero Tor, M.; Riera Ponsati, M.; Peña Lueza, J.; Martin Moral, G.; Orfila Sintés, D.; Sala Grau, N.; Perez Marichal, E.; Estigarribia Benitez, C.A.; Masso Allende, P.; Palomera Fernández, M.; Muñoz Rivero, M.V.; Diaz Argüello, M.; Velez Guayasamin, G. S.; Pascual Garcia, X.; Auguet Martin, J.M.; Bordalba Gómez, J.R.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

V-2: Cirugía radioguiada con gammasonda en paciente con recidiva local de adenocarcinoma de próstata, previamente operado e irradiado

Viver Colet, L.; Vituri Nicolas, X.; Solà Marquès, C.; Fumadó Ciutat, L.; Abascal Junquera, J.M.; Plaza Lopez, P.; Radosevic, A.; Juanpere Rodero, N.; Garcia Larrosa, A.; Cecchini Rosell, L.

Hospital del Mar de Barcelona

V-3: Prostatectomía radical con preservación neurovascular con abordaje lateral mediante sistema HUGO RAS

Noya Mourullo, Andrea; Davó Cerdá, R; Diana, P; Silva Garretón, A; Cutanda Puigvert, R; Cala Mon, A; Jorge Pérez, N; Rivero Cárdenas, A; Stagnaro, M; Penichet Sanatana, L; Ajubita Fernández, H; Gastón, R; Juarez del Dago Anaya, P

Hospitales San Roque. Urotintec. Gabinete Urología y Andrología

V-4: Terapia dirigida a metástasis en cáncer de próstata - linfadenectomía de rescate / Metastasis-directed therapy in prostate cancer - salvage lymphadenectomy

Laranjo Tinoco, C.; Cardoso, A.; Araújo, A.S.; Capinha, M.; Pinto, L.; Coutinho, A.; Oliveira, C.; Pimentel Torres, J.; Morais, N.; Carvalho-Dias, E.

Hospital de Braga, Urology Department, Portugal

V-5: Implementación del circuito del análisis intraoperatorio de secciones congeladas posterolaterales para evaluación de márgenes positivos durante la prostatectomía radical (NeuroSAFE).

Seco Frías, J.; Briones Mardones, G.; Fuentes Márquez, M.I.; Pérez Polo, M.; Coello González, A.; Cruz Mir, A.; Rubio Ballesteros, F; Terrasa Sagristá, F.*; Carrillo García, P.*; Herrero Aguilar, I.*; Mendizabal Cajal, D.*; Gutiérrez Sanz-Gadea, C.

Servicio de Urología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Llätzer.*

V-6: Biopsias transperineales usando microultrasonidos para el cáncer de próstata.

Moisés Rodríguez Socarrás; Juan Gomez Rivas; Javier Reinoso Elbers; Sonia Ruiz Graña; Diego Carrion Monsalve; Luis Llanes Gonzalez; Julio Fernandez Del Alamo; Vanesa Cuadros Rivera; Fernando Gómez Sancha

Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (Icua) - Clínica Centro, Madrid.

V-7: Tips and Tricks en la Prostatectomía Radical Laparoscópica asistida por Robot con preservación de Retzius.

Curiel Elizondo, A; Sridhar, Ashwin; Ta, Anthony; Sooriakumaran, Prasanna; Nathan, Senthil; Kelkar, Anand; Shaw, Greg; Kelly, John
University College London Hospitals Nhs

V-8: Evitando márgenes positivos en la prostatectomía radical con preservación del espacio de Retzius

Altez Fernandez , Carlos; Vazquez-Martul , Darío; Delgado García , Eva; Gonzalez Manso, Anxo; Chantada Abal, Venancio
Complejo Hospitalario Universitario la Coruña

V-9: Linfadenectomía pélvica extendida asistida por robot Da Vinci en el cáncer de próstata de alto riesgo - vídeo didáctico

Ridaura Navarro, Neus; Abad Carratalà, Guillem; Amaya Barroso, Bárbara; Sánchez-Carpena Garrido-Lestache, Juan; Mateo Vidal, Lara; Colonques León, Maria; Hernández Villasana, Rafael; Arnau Patiño, Pablo; Sánchez Llopis, Anna; Barrios Arnau, Laura; Ponce Blasco, Paula; Monsonís Usó, Rosa; Planelles Soler, Paula; Martínez Meneu, Pedro; Garau Perelló, Carmen; Rodrigo Aliaga, Miguel
Hospital General Universitario de Castellón

Tips and Tricks: Prostatectomía radical asistida por robot con preservación del espacio de Retzius

Matinero Tor, M.; Riera Ponsati, M.; Peña Lueza, J.; Martín Moral, G.; Orfila Sintés, D.; Sala Grau, N.; Pérez Marichal, E.; Estigarríbia Benítez, C.A.; Masso Allende, P.; Palomera Fernández, M.; Muñoz Rivero, M.V.; Díaz Argüello, M.; Velez Guayasamin, G. S.; Pascual García, X.; Auguet Martín, J.M.; Bordalba Gómez, J.R.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción

La prostatectomía radical asistida por robot (PRAR) es la técnica gold standard para el cáncer de próstata localizado. Se han descrito multitud de técnicas para conseguir un mejor control oncológico, continencia urinaria y función eréctil. Los estudios anatómicos de Walz et al. mostraron la importancia de las estructuras anatómicas del espacio de Retzius, como los ligamentos puboprostáticos y el esfínter uretral estriado para preservar la continencia y la función eréctil. Estos estudios son la base para la preservación de Retzius, (RS) RARP.

Materiales y métodos

En este vídeo pretendemos ilustrar los pasos básicos de la técnica. El paciente es un varón de 66 años, con PSA de 6,3 ng/mL y volumen prostático de 42cc. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) mostró una lesión única de PIRADS 4 en el lóbulo prostático posterior izquierdo. La biopsia confirmó un adenocarcinoma de próstata GS 6(3+3) en el lóbulo izquierdo. Tenía una buena función eréctil que deseaba preservar. IIEF 23. Rechazó la vigilancia activa y se sometió a RS-RARP.

Este abordaje comienza con una incisión horizontal a lo largo del peritoneo por encima del recto, identificando rápidamente los conductos deferentes y las vesículas seminales. Dos puntos de suspensión suprapúbicos pueden ayudar en la tracción para acceder mejor a la fascia de Denonvilliers. Luego se realiza la disección de la cara posterior de la próstata hacia el ápex, permitiendo identificar el plano correcto según cada paciente. En este caso se seleccionó la disección siguiendo el plano intrafascial. La disección lateral mediante electrocoagulación selectiva preserva completamente el haz neurovascular. Siguiendo el plano de disección, el cuello de la vejiga queda claramente identificado y preservado. Finalmente, se libera la cara anterior de la próstata hasta alcanzar el ápex. La uretra está alargada y conservada. La técnica de Van-Velthooven para la sutura se realiza de anterior a posterior.

Resultados

No hubo complicaciones intraoperatorias o postoperatorias. El drenaje se retiró a las 24 h del postoperatorio y el paciente fue dado de alta a las 72 h del postoperatorio.

Los hallazgos anatomopatológicos revelaron adenocarcinoma prostático Gs 7 (3+4) en ambos lóbulos con márgenes negativos.

El paciente recuperó la continencia inmediatamente después de retirar la sonda vesical y actualmente tiene función eréctil completa.

Conclusiones

RS RARP es una técnica segura y factible para urólogos capacitados en prostatectomía robótica. Varios estudios muestran tasas superiores de continencia temprana y función eréctil. Se necesitan más estudios para demostrar resultados oncológicos similares.

Cirugía radioguiada con gammasonda en paciente con recidiva local de adenocarcinoma de próstata, previamente operado e irradiado

Viver Colet, L.; Vituri Nicolas, X.; Solà Marquès, C.; Fumadó Ciutat, L.; Abascal Junquera, J.M.; Plaza Lopez, P.; Radosevic, A.; Juanpere Rodero, N.; Garcia Larrosa, A.; Cecchini Rosell, L.

Hospital del Mar de Barcelona

Introducción

La cirugía de rescate en la recidiva local en pacientes prostatectomizados es un reto quirúrgico con un riesgo incrementado de complicaciones. La cirugía radioguiada puede ser una alternativa válida en casos concretos como el expuesto.

Material

Presentamos el caso de un paciente con recidiva local tardía por un cáncer de próstata. Inicialmente fue intervenido mediante prostatectomía radical laparoscópica y linfadenectomía pélvica extensa, resultando al análisis anatomopatológico un Adenocarcinoma ISUP 2 pT3a N1 y margen afecto de 0.5mm. Se realizó radioterapia (RDT) de rescate sobre el lecho quirúrgico, con una respuesta bioquímica de PSA nadir 0.02ng/ml. En 2022, por elevación progresiva de PSA hasta 0.5ng/ml y un PSADT de 5.1 meses, se solicita PET-PSMA que objetiva de recidiva única pélvica en región medial de uréter distal izquierdo.

Se descarta RDT por proximidad en el campo de irradiación previo, por lo que se opta por un rescate quirúrgico. Dada la previsión de fibrosis y dificultad de disección del campo quirúrgico previamente irradiado e intervenido, se decidió realizar cirugía radioguiada.

Métodos

El día anterior a la cirugía, se realiza punción del nódulo pélvico guiado por TC, con una inyección intra-lesional de 1ml de Tc99. Se realiza cirugía radioguiada asistida por robot, con detección y exéresis de remanente de conducto deferente izquierdo. La cirugía fue claramente facilitada con el uso de la gammasonda, que ayudó en la disección del campo quirúrgico complejo.

El resultado anatomopatológico informa de infiltración por metástasis de adenocarcinoma de próstata en el conducto deferente. El PSA postoperatorio se ha mantenido negativo en controles.

Conclusiones

La cirugía radioguiada es una herramienta disponible que puede ayudar en casos concretos donde la identificación de la lesión diana sea compleja o represente un riesgo de lesión a las estructuras adyacentes.

Prostatectomía radical con preservación neurovascular con abordaje lateral mediante sistema HUGO RAS

Noya Mourullo, Andrea; Davó Cerdá, R; Diana, P; Silva Garretón, A; Cutanda Puigvert, R; Cala Mon, A; Jorge Pérez, N; Rivero Cárdenas, A; Stagnaro, M; Penichet Sanatana, L; Ajubita Fernández, H; Gastón, R; Juárez del Dago Anaya, P
Hospitales San Roque. Urotintec. Gabinete Urología y Andrología

Introducción: La prostatectomía radical robótica es el tratamiento de elección del cáncer de próstata localizado. Entre las múltiples técnicas para la preservación neurovascular, destaca el abordaje lateral, con preservación del ligamento puboprostático para acelerar la recuperación de la continencia, con resultados oncológicos y funcionales en continencia y en función sexual excelentes

Método: Presentamos el primer caso de abordaje lateral puro mediante robot HUGO-RAS. Varón 50 años con PSA=8,7ng/mL, RMN PIRADS 2 y biopsia transrectal con adenocarcinoma próstata Gleason 6 en lóbulo izquierdo.

Procedimiento: Abordaje transperitoneal. Iniciamos disección en lóbulo derecho prostático buscando el límite entre vejiga y ligamentos pubovesicales, donde la primera estructura que debe ser disecada es una vena sobre la bandeleta, que debe cliparse al igual que el resto de pequeñas estructuras vasculares que van apareciendo. De esta manera se va liberando la bandeleta de manera intrafascial de la base prostática, ascendiendo hacia la cara anterior de la bandeleta, sin ejercer tensión para evitar neuropraxia por estiramiento y restringiendo la energía utilizada. Los vasos arteriales capsulares aparecen al progresar la disección, debiendo ser clicados y cortados para evitar avulsiones. En la disección medial identificamos el conducto deferente y vesículas que son clipados y seccionados. Se progresa hacia el lado izquierdo seccionando vesícula y conducto deferente, perfilando el cuello vesical manteniendo íntegras las fibras anteriores del mismo, así como la bandeleta izquierda. Se continúa disección hasta ápex para realizar corte de la uretra. El complejo de Santorini ha sido preservado ya que los haces anteriores prostatovesicales no han sido manipulados.

Resultados: Tiempo quirúrgico 95min, anestésico y docking 40 min. Sangrado 250mL. No dejamos drenaje y no se registraron incidencias intraquirúrgicas. Alta a las 24h. Retirada de sonda a los 7 días con continencia inmediata. Erecciones desde la primera noche postquirúrgica. Ausencia de márgenes en la pieza quirúrgica.

Conclusiones: El abordaje lateral prostático mediante el sistema robótico HUGO RAS es realizable con resultados precoces de continencia y función eréctil. La reproducibilidad de la técnica deberá ser valorada con la estandarización de la técnica y el aumento del número de casos.

Terapia dirigida a metástasis en cáncer de próstata - linfadenectomía de rescate / Metastasis-directed therapy in prostate cancer - salvage lymphadenectomy

Laranjo Tinoco, C.; Cardoso, A.; Araújo, A.S.; Capinha, M.; Pinto, L.; Coutinho, A.; Oliveira, C.; Pimentel Torres, J.; Morais, N.; Carvalho-Dias, E.

Hospital de Braga, Urology Department, Portugal

Introducción El manejo de la recurrencia del cáncer de próstata sigue siendo un desafío. La terapia dirigida a las metástasis, específicamente la linfadenectomía de rescate, es una estrategia emergente. Presentamos un caso en vídeo de un hombre de 64 años con recurrencia de cáncer de próstata manejado con linfadenectomía dirigida de rescate.

Métodos El paciente fue diagnosticado con cáncer de próstata de riesgo intermedio en 2017 y se sometió a prostatectomía laparoscópica. Tras la recurrencia bioquímica, recibió radioterapia de rescate en 2019. En 2021, se realizó una linfadenectomía pélvica bilateral de rescate debido a niveles crecientes de PSA y adenopatía ilíaca interna sospechosa en PSMA-PET/CT; sin embargo, los 21 ganglios linfáticos resecados no tenían metástasis y el PSA continuó aumentando. En 2022, después de encontrar un nodo ilíaco común aislado sospechoso en un nuevo PSMA-PET/CT, se le propuso una linfadenectomía dirigida de rescate. El ganglio linfático sospechoso fue resecado sin complicaciones.

Resultados El informe patológico confirmó una metástasis de adenocarcinoma prostático con un extenso patrón cribiforme. El PSA postoperatorio fue de 0.16ng/mL, comenzó a aumentar nuevamente en 2023. El PSMA-PET/CT finalmente reveló metástasis a distancia en ganglios linfáticos no regionales y huesos. Se inició el tratamiento con goserelina + apalutamida y actualmente está bien.

Conclusiones La linfadenectomía de rescate puede ser una estrategia efectiva para manejar la recurrencia del cáncer de próstata. Puede retrasar la necesidad de terapia sistémica, como se demostró en este caso. Si está disponible, esta cirugía podría ser guiada por radiotrazadores. Sin embargo, el monitoreo continuo es crucial, ya que la enfermedad puede progresar, necesitando intervenciones adicionales.

Implementación del circuito del análisis intraoperatorio de secciones congeladas posterolaterales para evaluación de márgenes positivos durante la prostatectomía radical (NeuroSAFE).

Seco Frías, J.; Briones Mardones, G.; Fuentes Márquez, M.I.; Pérez Polo, M.; Coello González, A.; Cruz Mir, A.; Rubio Ballesteros, F.; Terrasa Sagristá, F.*; Carrillo García, P.*; Herrero Aguilar, I.*; Mendizabal Cajal, D.*; Gutiérrez Sanz-Gadea, C.

Servicio de Urología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Llàtzer.*

Introducción:

La prostatectomía radical es uno de los principales tratamientos con intención curativa para el cáncer de próstata pero con importantes secuelas funcionales. El análisis intraoperatorio de márgenes (neuroSAFE) podría ayudarnos a realizar una cirugía más o menos agresiva sin correr riesgos oncológicos y mejorar nuestros resultados funcionales.

Objetivos:

Mostrar el circuito y resultados tras la implantación de un protocolo de neuroSAFE.

Material y métodos:

Caso de prostatectomía radical laparoscópica con preservación unilateral de bandeleta y su análisis intraoperatorio de márgenes según protocolo NeuroSAFE.

Estudio intraoperatorio de los márgenes prostáticos en contacto con las bandeletas haciendo cortes perpendiculares de 2.5 mm y secciones de 5 micras con el criostato y realización de tinción con hematoxilina-eosina.

Si no hay tumor en el margen o está afecto por Gleason 3 en una sección y ≤ 1 mm, no se efectúa resección de bandeleta. Afectación por Gleason 3 en ≥ 1 sección o ≥ 1 mm y en cualquier afectación por Gleason 4 o 5, se realiza resección de bandeleta.

El estudio de las bandeletas, se realiza en diferido. Se realizan secciones seriadas de las bandeletas tras procesamiento en parafina y se informa de si hay tumor residual o no.

En el caso presentado el resultado de NeuroSAFE fue negativo y se completó la cirugía realizando la anastomosis uretrovesical.

Mostramos además 2 casos de extirpación de bandeletas por márgenes positivos y el análisis definitivo de la bandeleta confirmó tumor residual.

Resultados:

Hemos realizado neuroSAFE a 15 pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica. 8 pacientes con márgenes positivos intraoperatorios (53%). 10 pacientes bilateralmente y 5 unilateralmente (25 neuroSAFE) resultando un total de 10 positivos (40%).

En el análisis definitivo de la pieza de prostatectomía en parafina hemos tenido una correlación del 100% en los márgenes posterolaterales respecto al análisis intraoperatorio (valores predictivos positivos y negativos del 100%).

Conclusiones:

NeuroSAFE resulta un procedimiento viable aunque consume recursos. Sugiere seguridad oncológica y permite preservar bandeletas con seguridad y ser agresivos en los casos que realmente lo precisen. Necesitamos aumentar el número de casos y el tiempo de seguimiento para confirmar y asentar nuestros resultados.

Biopsias transperineales usando microultrasonidos para el cáncer de próstata.

Moisés Rodríguez Socarrás; Juan Gomez Rivas; Javier Reinoso Elbers; Sonia Ruiz Graña; Diego Carrion Monsalve; Luis Llanes Gonzalez; Julio Fernandez Del Alamo; Vanesa Cuadros Rivera; Fernando Gómez Sancha
Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (Icua) - Clínica Cemtro, Madrid.

Introducción

La resonancia magnética multiparamétrica de próstata (RMMP) cuenta con evidencia consistente y ha cambiado la forma de diagnosticar el cáncer de próstata (CaP). Los microultrasonidos ofrecen una visión excelente de la anatomía de la próstata en comparación con la ecografía convencional, lo que permite observar y biopsiar lesiones sospechosas de CaP en tiempo real y enriquecer la fusión con la RMmp, aunque tiene limitaciones y menos evidencia. Nuestro objetivo es evaluar las aplicaciones y limitaciones de las biopsias transperineales enfocadas al cáncer de próstata usando microultrasonidos.

Materiales y métodos.

621 pacientes biopsiados entre 2019 - 2022 por abordaje transperineal, utilizando micro-ultrasonidos.

Resultados:

La tasa global de detección de CaP añadiendo microultrasonidos a la Biopsia de Fusión (FBx) y Biopsias Sistemáticas (SBX) fue del 58 % y de cáncer de próstata clínicamente significativo (csPCa) del 43 %. El valor añadido de la microultrasonidos a la RNMmp TBx es del 22 % y más allá de SBX es del 9 %. La concordancia con las muestras de prostatectomía radical fue 96 %, significativamente superior a las biopsias convencionales con ecografía (TBx) o FBx. La tasa de detección de PCa en los casos con cirugía previa de HBP=78 %. Además, se biopsiaron 4 casos de recidiva local, todos ellos con lesiones visibles en microultrasonidos y todos fueron positivos para cáncer de próstata clínicamente significativo (csPCa).

Conclusiones:

Los microultrasonidos son muy útiles y tienen diversas aplicaciones en la detección y seguimiento del CaP, pero se necesitan más pruebas de calidad, así como mejoría en AI y estandarización en informes.

Tips and Tricks en la Prostatectomía Radical Laparoscópica asistida por Robot con preservación de Retzius.

Curiel Elizondo, A; Sridhar, Ashwin; Ta, Anthony; Sooriakumaran, Prasanna; Nathan, Senthil; Kelkar, Anand; Shaw, Greg; Kelly, John

University College London Hospitals Nhs

Introducción:

Los elevados costes de la Prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot conllevan una carga adicional, como cirujanos, es nuestro deber asegurarnos de que, con este aumento de los costes, se consiga el máximo beneficio. De ahí que se hayan llevado a cabo múltiples modificaciones en la búsqueda de técnicas óptimas que produzcan los mejores resultados oncológicos y funcionales, la menor morbilidad y complicaciones, y el uso más eficiente de los recursos quirúrgicos.

En 2010, se describió por primera vez la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot con preservación de Retzius.

En esta técnica la próstata se aborda de forma anterógrada desde el fondo de saco de Douglas, con una alteración mínima de las estructuras anteriores que se cree que desempeñan un papel integral en la continencia y la potencia.

Resumen:

En el siguiente video presentamos puntos claves a la hora de realizar esta técnica donde se preserva las estructuras del espacio de Retzius para intentar conseguir el mejor resultado funcional y la menor cantidad de márgenes quirúrgicos afectos.

Estos puntos claves van desde la selección del paciente, referencias anatómicas y técnica de preservación Neurovascular todo esto en pacientes intervenidos en un centro de muy alto volumen por cirujanos con mas de 5 años familiarizados con este abordaje quirurgico.

Conclusiones:

La Prostatectomía radical RS presenta varias ventajas e inconvenientes.

Al evitar los ligamentos pubouretrales y las complicaciones derivadas de la manipulación del complejo venoso dorsal de Santorini los pacientes sometidos a prostatectomía radical por esta técnica tienen la posibilidad de recuperar antes la continencia urinaria en el postoperatorio. Sin embargo, el abordaje tiene una curva de aprendizaje independiente y con muchas posibles complicaciones.

Es una técnica compleja pero que con una buena curva de aprendizaje es reproducible garantizando buenos resultados oncológicos y funcionales a los pacientes.

Evitando márgenes positivos en la prostatectomía radical con preservación del espacio de Retzius

Altez Fernandez , Carlos; Vazquez-Martul , Darío; Delgado García , Eva; Gonzalez Manso, Anxo; Chantada Abal, Venancio

Complejo Hospitalario Universitario la Coruña

Introducción:

La ejecución de una prostatectomía radical con conservación del espacio de Retzius presenta la ventaja de preservar de manera más extensa las estructuras anatómicas anteriores, lo que potencialmente mejora la continencia a corto plazo. No obstante, se ha observado que esta técnica se asocia con una incidencia elevada de márgenes positivos (MP) en la pieza quirúrgica.

Objetivo del video:

El propósito de este material audiovisual es destacar la importancia de la selección cuidadosa de pacientes, así como proporcionar detalles técnicos y consideraciones específicas de esta técnica para reducir la tasa de MP.

Material y métodos:

Se presentan tres casos de carcinoma de próstata con riesgo intermedio y afectación tumoral en diferentes niveles. Se describe la planificación meticulosa y las consideraciones intraoperatorias destinadas a lograr un margen de seguridad y preservar las estructuras pertinentes de manera efectiva.

Resultados:

Todos los casos presentados involucraban tumores de grado intermedio (ISUP 2 y 3), predominantemente de pT2 (con un caso de pT3a). En todos los casos, los márgenes resultaron negativos, y no se registraron complicaciones postoperatorias, permitiendo la alta hospitalaria en las primeras 24 horas después de la intervención.

Un mes después de la cirugía, los pacientes exhibieron continencia temprana y una óptima preservación de la función sexual.

Conclusiones:

Mediante una planificación quirúrgica precisa y consideraciones técnicas adecuadas durante la intervención, es factible intentar reducir la tasa de MP que parece estar vinculada a este enfoque particular.

Linfadenectomía pélvica extendida asistida por robot Da Vinci en el cáncer de próstata de alto riesgo - vídeo didáctico

Ridaura Navarro, Neus; Abad Carratalà, Guillem; Amaya Barroso, Bárbara; Sánchez-Carpena Garrido-Lestache, Juan; Mateo Vidal, Lara; Colonques León, Maria; Hernández Villasana, Rafael; Arnau Patiño, Pablo; Sánchez Llopis, Anna; Barrios Arnau, Laura; Ponce Blasco, Paula; Monsonís Usó, Rosa; Planelles Soler, Paula; Martínez Meneu, Pedro; Garau Perelló, Carmen; Rodrigo Aliaga, Miguel

Hospital General Universitario de Castellón

Introducción: En los pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado de alto riesgo que son aptos para cirugía se recomienda asociar a la prostatectomía radical una linfadenectomía pélvica extendida (ePLND). Esta debe incluir los ganglios de los territorios de la arteria y la vena ilíaca externa, de la fosa obturatriz craneal y caudal al nervio obturador, los mediales y laterales a la arteria ilíaca interna y los de la arteria y la vena ilíaca común. El objetivo del presente vídeo es describir la técnica quirúrgica de la ePLND en la prostatectomía radical asistida por robot de forma detallada y sistemática.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años con un PSA de 5,15 ng/ml que se realizó una biopsia de próstata con el resultado histológico de adenocarcinoma acinar de próstata, grado ISUP 5, Gleason 4+5, con 5 cilindros positivos de 13, de forma bilateral. El estudio de extensión con TC y GO fue negativo para enfermedad a distancia y se le ofreció tratamiento curativo. El paciente decidió tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se realizó la prostatectomía radical y ePLND asistida por robot en mayo de 2023. El resultado de anatomía patológica fue un adenocarcinoma acinar prostático grado ISUP 5 con Gleason 4+5 en la cara lateral izquierda con extensión extraprostática no focal y otro grado ISUP 1 con Gleason 3+3 en ápex derecho, sin invasión del cuello vesical ni las vesículas seminales, con margen positivo por contacto de 0,5mm en el lado izquierdo y 31 ganglios linfáticos sin infiltración por carcinoma (15 derechos y 16 izquierdos). A los 6 meses presentaba PSA <0,008 ng/ml.

Conclusión: Es importante realizar una correcta linfadenectomía pélvica extendida de forma sistemática en los pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo, puesto que confiere un estadiaje correcto y puede ser determinante para decidir el tratamiento adyuvante.