



**VI JORNADAS  
INTERHOSPITALARIAS DE  
UROLOGOS DE  
EXTREMADURA**

**PROSTATECTOMÍA  
RADICAL**

**PEDRO J OJEDA H  
FEA UROLOGÍA  
HOSPITAL CAMPO ARAÑUELO  
NAVALMORAL DE LA MATA**

# CÁNCER PRÓSTATA

- Tradicionalmente
- Edad
- Extensión
- Evolución

# GRUPOS DE RIESGO



	BAJO	INTERMEDIO	ALTO	
PSA	< 10ng/dl	10-20 ng/dl	> 20 ng/dl	<b>Cualquier PSA</b>
GLEASON	< 7	7	> 7	
ISUP	1	2/3	4/5	<b>Cualquiera</b>
CLÍNICO	cT1-2a cT2b		cT2c	<b>cT3-4 ó cN+</b>
LOCALIZADO				<b>LOCALMENTE AVANZADO</b>

# RNCP 2010

## LOCALIZADO

Bajo riesgo	36.89%
Intermedio	23.36%
Alto riesgo	28.86%

Localmente avanzado	5.21%
Adenopatías no Mt	1.07%

**METASTÁSICO** 3.78%

# CARACTERÍSTICA

Es una neoplasia poco agresiva y con una mortalidad baja a largo plazo, por lo que es preciso hacer una adecuada selección de los pacientes a los que realizamos esta intervención, para que haya un correcto equilibrio entre los riesgos y los beneficios de este tratamiento

# ESTADO DE SALUD Y ESPERANZA DE VIDA

Recomendaciones	Índice de fuerza
Utilice la esperanza de vida individual, el estado de salud y la comorbilidad en el tratamiento del CaP.	<b>Fuerte</b>
Utilice las herramientas Geriatric-8, mini-COG y Clinical Frailty Scale para la detección del estado de salud.	<b>Fuerte</b>
Realizar una evaluación geriátrica especializada completa en pacientes con una puntuación G8 $\leq$ 14.	<b>Fuerte</b>
Considere el tratamiento estándar en pacientes vulnerables con deficiencias reversibles (después de la resolución de problemas geriátricos) similar al de los pacientes aptos, si la esperanza de vida es > 10 años.	Débil
Ofrecer tratamiento adaptado a pacientes con deterioro irreversible.	Débil
Ofrezca terapia dirigida solo a los síntomas a los pacientes frágiles.	<b>Fuerte</b>



# PAUTAS GENERALES

<b>Tratamiento quirúrgico</b>	<b>Índice</b>
Informar a los pacientes que ningún abordaje quirúrgico ( <b>prostatectomía radical</b> abierta, laparoscópica o robótica) ha mostrado claramente superioridad en términos de resultados funcionales u oncológicos.	Débil
Cuando se considera necesaria una disección de ganglios linfáticos (LND), realice una plantilla de LND extendida para una estadificación óptima.	<b>Fuerte</b>
No realice una cirugía con conservación de nervios cuando exista riesgo de extensión extracapsular ipsilateral (según el estadio cT, grado ISUP, nomograma, resonancia magnética multiparamétrica).	Débil
No ofrezca terapia neoadyuvante de privación de andrógenos antes de la cirugía.	<b>Fuerte</b>



# BAJO RIESGO

Tratamiento activo	Índice
Ofrezca <b>cirugía</b> y radioterapia como alternativas a la EA a los pacientes aptos para dichos tratamientos y que acepten un compromiso entre la toxicidad y la prevención de la progresión de la enfermedad.	<b>Débil</b>
<b>DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS PÉLVICOS (PLND)</b>	
No realice un PLND.	<b>Fuerte</b>



# RIESGO INTERMEDIO

<b>Prostatectomía radical (PR)</b>	<b>Índice</b>
Ofrezca <b>PR</b> a pacientes con enfermedad de riesgo intermedio y una esperanza de vida de > 10 años.	<b>Fuerte</b>
Ofrezca cirugía para preservar los nervios a pacientes con bajo riesgo de enfermedad extracapsular.	<b>Fuerte</b>
<b>DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS PÉLVICOS (EPLND)</b>	
Realice una ePLND en caso de enfermedad de riesgo intermedio	<b>Fuerte</b>



# PROSTATECTOMÍA RADICAL

- Disminuye riesgo de Mt
- Disminuye progresión
- Disminuye mortalidad global
- Disminuye la mortalidad cáncer específica

# ALTO RIESGO

Recomendaciones	Índice de fuerza
<b>PROSTATECTOMÍA RADICAL (PR)</b>	
Ofrezca <b>PR</b> a pacientes seleccionados con CaP localizado de alto riesgo como parte de una posible terapia multimodal.	<b>Fuerte</b>
<b>DISECCIÓN EXTENDIDA DE GANGLIOS LINFÁTICOS PÉLVICOS (EPLND)</b>	
Realice un ePLND en CaP de alto riesgo.	<b>Fuerte</b>
No realice una sección congelada de nodos durante la RP para decidir si continuar o abandonar el procedimiento.	<b>Fuerte</b>



# LOCALMENTE AVANZADO

Recomendaciones	Índice de fuerza
<b>PROSTATECTOMÍA RADICAL (PR)</b>	
Ofrezca <b>PR</b> a pacientes seleccionados con CaP localmente avanzado como parte de la terapia multimodal.	<b>Fuerte</b>
<b>DISECCIÓN EXTENDIDA DE GANGLIOS LINFÁTICOS PÉLVICOS (EPLND)</b>	
Realice un ePLND antes de RP en PCa avanzado localmente.	<b>Fuerte</b>



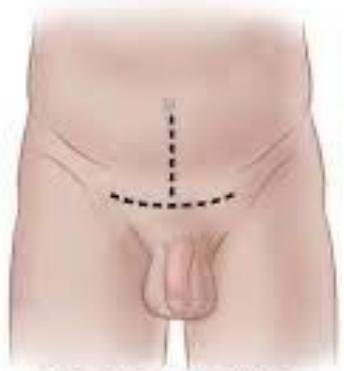
# cN1 M0

Recomendaciones	Índice de fuerza
Ofrezca a los pacientes con enfermedad cN1 un tratamiento local (ya sea <b>prostatectomía radical</b> o radioterapia de intensidad modulada más radioterapia guiada por imágenes) más ADT a largo plazo.	Débil

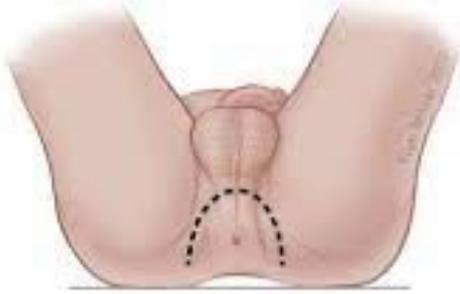


# PROSTATECTOMÍA RADICAL

- Evita el BH
- Disminuye recurrencia local sintomática
- Mejora Estadiaje anatomopatológico
- Evita toxicidad y riesgo de tumores secundarios
- En tratamiento multimodal



Método retropúbico



Método perineal



# ROBOT



- VISION
- INSTRUMENTAL
- MEJORÍA RESULTADOS
- POPULARIDAD

# ROBOT



- Se ha convertido en la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico del CaP localizado en Estados Unidos y en muchos países de Europa
- Las mejoras en los últimos modelos robóticos están minimizando el riesgo de IU postquirúrgica y una recuperación mayor de la disfunción eréctil, en pacientes favorables
- En régimen ambulatorio, se ha llevado a cabo principalmente en hospitales de Francia y los Estados Unidos.

# COMPLICACIONES PRECOCES

- Hemorragia
- Lesión rectal
- Lesión del uréter
- Lesión del nervio obturador

- Médicas:
  - Trombosis venosa profunda
  - Embolismo pulmonar
- Quirúrgicas:
  - Fuga de orina a través de la anastomosis
  - Linfocele

# COMPLICACIONES TARDÍAS

- Estenosis del cuello vesical
- Incontinencia urinaria
- Disfunción sexual

# INCONTINENCIA URINARIA

- 4-31% de pacientes al año de la cirugía
- Factores predisponentes:
  - Edad
  - Índice de masa corporal (IMC)
  - Comorbilidades
  - Presencia de síntomas del tracto urinario inferior (STUI)
  - Volumen prostático
  - RTUP previa

# INCONTINENCIA URINARIA

- Característica
- Después 1 año
- Presentan peor calidad de vida, dificultades para dormir y mayor prevalencia de depresión

# RECOMENDACIONES

- Ejercicios preoperatorios del suelo pélvico
- Disección con conservación de Retzius
- Cirugía para preservar los nervios
- Conservación de la longitud uretral

# MANEJO IU

- Ejercicios de suelo pélvico (ejercicios de Kegel)
- Inyección periuretral
- *Sling* o cabestrillo masculino
- Esfínter urinario artificial

# DISFUNCIÓN SEXUAL

- Características:

3 meses	38%
6 meses	54%
12 meses	70%
24 meses	85%.

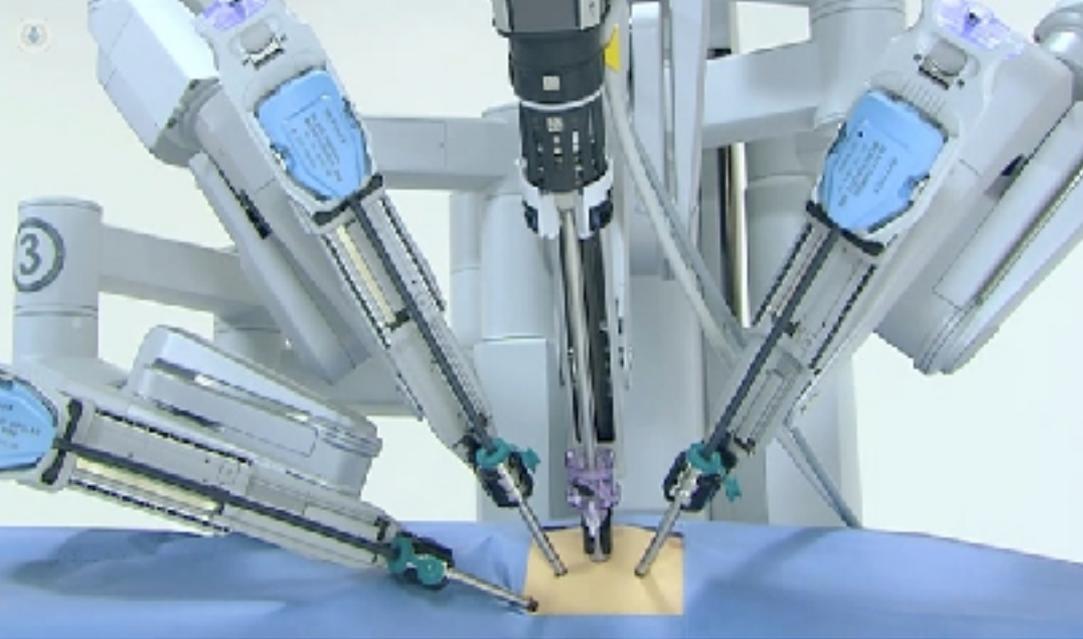
14% DSE como secuela permanente

- Factores predisponentes:

- Edad
- Función sexual previa a la cirugía
- Técnica quirúrgica

# MANEJO DE LA DSE

- Utilización precoz de dispositivos de constricción por vacío
- Utilización precoz de inhibidores de la 5-fosfodiesterasa
- Inyección intracavernosa prostaglandinas
- Colocación de prótesis de pene



**DA VINCI**

**CYBERKNIFE**





## CIRUGÍA

- **Duración del tratamiento:**
  - Entre 2 y 4 horas de intervención
  - 1 o 2 noches de estancia hospitalaria
- **Precisión del tratamiento:**

Mayor visión, elimina el temblor de la mano del cirujano, movilidad absoluta de ángulos, sin dañar tejidos cercanos a la zona afectada (gran exactitud).



## RADIOTERAPIA

- **Duración del tratamiento:**
  - Radioterapia externa: 5 días a la semana durante 5 o 6 semanas
  - Cyberknife: Entre 1 y 5 días
- **Precisión del tratamiento:**

No es un tratamiento preciso, la radiación se dirige a la próstata en base a las imágenes y datos analizados (la terapia es aproximada).



## CIRUGÍA

- **Análisis del estadio del cáncer:**  
Preciso, debido a que al extraer el tumor por completo, se puede analizar en su totalidad
- **Aplicación de terapias complementarias:**  
Se pueden aplicar sin riesgo. La radioterapia es posible tras la intervención



## RADIOTERAPIA

- **Análisis del estadio del cáncer:**  
Impreciso, no permite conocer la extensión del cáncer
- **Aplicación de terapias complementarias:**  
No se realizan, es muy complicado realizar la cirugía tras haber administrado al paciente radiación

# PRINCIPIO CLÍNICO

El asesoramiento a los pacientes para seleccionar el tratamiento, debe incorporar la **toma de decisiones compartida** y considerar la gravedad del cáncer, preferencias del paciente, su esperanza de vida, los síntomas funcionales y genitourinarios previos y su estado funcional esperado después del tratamiento

# METASTÁSICO

Recomendaciones	Índice de fuerza
Ofrezca tratamiento sistémico inmediato con terapia de privación de andrógenos (ADT) para paliar los síntomas y reducir el riesgo de secuelas potencialmente graves de la enfermedad avanzada (compresión de la médula espinal, fracturas patológicas, obstrucción ureteral) a los pacientes sintomáticos M1.	<b>Fuerte</b>
No ofrezca ADT combinado con ningún tratamiento local (radioterapia / <b>cirugía</b> ) a pacientes con enfermedad M1 de alto volumen (criterios CHAARTED) fuera de los ensayos clínicos (excepto para el control de síntomas).	<b>Fuerte</b>
No ofrezca ADT combinado con cirugía a pacientes M1 fuera de los ensayos clínicos.	<b>Fuerte</b>
Solo ofrezca terapia dirigida a metástasis a pacientes M1 dentro de un entorno de ensayo clínico o un estudio de cohorte prospectivo bien diseñado.	<b>Fuerte</b>



# OLIGOMETASTÁSICO

- DEFINICIÓN (DINAMISMO)
- SOBREVIDA
- MEJORÍA IMÁGENES
- CONDICIONES PR:
  - Jóvenes
  - Estado general
  - Resecable
  - Respuesta BA

# PROSTATECTOMÍA RADICAL

- DISMINUYE CARGA TUMORAL
- DISMINUYE LA MORBILIDAD
- DISMINUYE NECESIDAD Qx PALIATIVA
- AUMENTA EL PERÍODO DE RESISTENCIA
- EVITA COMPLICACIONES DE PROGRESIÓN LOCAL

# PROSTATECTOMÍA RADICAL

- Citorreductiva
- Factible y combinable
- Estudios prospectivos, comparativos y aleatorizados

# CONCLUSIONES

- Objetivo
- Disminución de las complicaciones
- Grupo de riesgo

# CONCLUSIONES

- Tendencia actual de la cirugía
- La clasificación basada solo en parámetros clínicos y patológicos son insuficientes
- Decisión médica compleja. Tomar en cuenta varios factores



## **VI JORNADAS INTERHOSPITALARIAS DE URÓLOGOS DE EXTREMADURA**

# **GRACIAS**

## **POR SU ATENCIÓN**