

RESUMEN DEL V CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN CASTELLANO-LEONESA DE UROLOGÍA. Avila, 7-9 de Noviembre de 2002.

JORNADA DE MAÑANA DEL VIERNES 8 DE NOVIEMBRE DE 2002.

Uretroplastia. Dr JA Martínez Piñeiro.

El Dr JA Martínez Piñeiro realizó corrección de fístula en varón de 18 años según técnica de Mathieu, por hipospadias a 2 cm de meato. Historia: A los 8 años de edad se le había practicado un Mathieu modificado, con flap de prepucio, por recidiva del hipospadias. A los 13 a nueva uretroplastia (Magpy), presentando posteriormente una fístula uretral. A los 17 años corrección fallida de la fístula. En la actualidad se presenta con fístula uretral. Técnica: Comprobación de calibre uretral con una sonda. Incisión coronal a 2 cm de surco balano prepucial. Se intentan cerrar la alas del glande sobre una bujía del número 24. Se comprueba que no hay suficiente piel para un colgajo por las intervenciones previas. Se disecan cuerpo esponjoso y cavernosos. Se respeta la fascia de dartos bajo la piel respetando la vascularización. Se disecciona más el cuerpo esponjoso, se pasa vesseloop. Se continúa disección en sentido proximal. Se libera hasta uretra bulbar y después se libera en sentido distal. Se procede luego al cierre de la fosa navicular y zona del glande. Se fija la uretra a los cuerpos cavernosos para evitar tensión. Se coloca sonda de Foley, se refuerza zona dorsal de la uretra. Se ha de mantener la sonda uretral durante 10 días, se usa sonda de poco calibre. Se cierra herida de circuncisión. Se coloca vendaje compresivo.

Uretroplastia. Dr JA Martínez Piñeiro.

El Dr JA Martínez Piñeiro realizó uretroplastia en varón de 36 años diagnosticado de estenosis de uretra membranosa de < 1 cm. Historia: A los 29 años fue diagnosticado de estenosis de uretra membranosa de < 1 cm debutando clínicamente con una retención aguda de orina. Se le realizó uretrotomía interna con buen resultado. A los 34 años se le realizó uretroplastia término-terminal por recidiva de la estenosis. Se presenta en la actualidad con nueva recidiva de la estenosis de uretra membranosa. Técnica: A la exploración se aprecia estenosis de la uretra membranosa, cercana al esfínter. Se trata de una estenosis de etiología desconocida (no antecedentes de iatrogenia ni de infecciones), los trastornos del desarrollo suelen ocasionar más frecuentemente estenosis de uretra bulbar. Se pasa un tutor metálico para localizar la estenosis. Incisión media ventral, acceso al músculo bulbocavernoso, se practica un plano entre la uretra y el músculo bulbocavernoso. Disección y apertura longitudinal de cuerpo esponjoso. Se pasa catéter uretral para servir como guía. Sección de zona estenótica. Se procede a sección de uretra por zona sana. Muy dificultosa la sección de zona estenótica por la dura fibrosis que presenta. Se comprueba longitud de la uretra: Queda a tensión, por lo que se procede a la disección y liberación de los cuerpos cavernosos. Con un espéculo otorrinolaringológico se explora el cabo proximal uretral. Se dan puntos totales de anastomosis incluyendo la mucosa. Queda la anastomosis uretral sin tensión. Se coloca sonda uretral de 20Ch (comprobación de globo previa a la colocación). La anastomosis es término-terminal con puntos sueltos de vycril de 3/0. Se dan puntos de reconstrucción o refuerzo del cuerpo esponjoso. Se dan puntos laterales de la uretra a albugínea para evitar tensión. Se mantendrá la sonda uretral 8 o 9 días, antes de retirarla se hará uretrograma perisonda. Si no pudiera orinar se le retiraría la sonda. Se coloca drenaje que se retirará a las 24 horas, el drenaje tiene su salida supraescrotal. Cura seca al aire.

Prótesis uro-lume. Dr C Hernández Fernández.

El Dr C Hernández Fernández colocó una prótesis uro-lume en un varón de 90 años. Historia: Varón de 90 años con antecedentes de paludismo, crisis renoureterales, prostatismo, intervenido de catarata bilateral y de carcinoma basocelular en mejilla. Presenta síndrome obstructivo del tracto urinario inferior con frecuencia miccional diurna cada hora y nicturia de 7 veces, sin mejoría con tratamiento farmacológico. Tacto rectal: Próstata tamaño III/IV, fibroadenomatosa. Ecografía: Próstata de 55 mm de diámetro. Valorada la situación clínica del paciente, se le propuso la posibilidad de realizar cirugía prostática o colocación de prótesis, aceptando la última posibilidad. Técnica: Uretroscopia, previa aplicación de gel de xilocaína. Cistoscopia muy cuidadosa intentando evitar el sangrado. Se visualiza uretra hiperémica. Se vacía vejiga periódicamente. El paciente no está anestesiado. Colocamos catéter en vejiga, llenamos balón con 12cc. El catéter está milimetrado para medir la distancia del cuello al veru montanum, que aparece a las 6 del horario uretroscópico, a 2,5 cm del cuello. Se introduce la prótesis, vamos retirando y soltando la prótesis, teniendo en cuenta que apretando el gatillo distal sale la prótesis y apretando el gatillo proximal se desprende. La prótesis queda apoyada sobre el veru montanum. Al salir vemos perfectamente el esfínter. Al final se comprime hipogastrio y se comprueba buen calibre del chorro miccional. El procedimiento se realiza bajo protección antibiótica (profilaxis habitual para procedimientos transuretrales), y se indican antiinflamatorios y analgésicos los primeros días. No requiere sonda uretral, aunque puede ponerse sin complicaciones una de 14-16Ch. Si aparece sangrado es efectivo el tratamiento con finasteride.

Prostatectomía radical retropúbica. Dr F Herranz Amo, Dr F Verdú Tartajo

El Dr Herranz Amo realizó una prostatectomía radical retropúbica. Historia: Paciente de 68 años de edad, con antecedentes de hiperlipemia y herniorrafia inguinal derecha. Remitido a consulta de Urología por su médico de cabecera por hallazgo en analítica rutinaria de PSA de 9,7ng/ml. Ninguna sintomatología urológica. Tacto rectal: Próstata I-II/IV, consistencia fibroelástica, superficie lisa, sin induraciones, surco medio posterior conservado. Ecografía transrectal: Próstata de 30 ml de volumen, ecogenicidad homogénea, cápsula prostática y vesículas seminales sin alteraciones. Biopsia: Adenocarcinoma Gleason 2+3 (25% de la muestra) en lóbulo derecho, adenocarcinoma Gleason 2+3 (30% de la muestra) en lóbulo izquierdo. Notas técnicas de la intervención: En primer lugar, procedió a linfadenectomía iliaco-obturatriz bilateral. Disección del plexo de Santorini. Se pasa ligadura retrouretra, y con las ligaduras pasadas, sección de los ligamentos puboprostáticos. Se da una segunda ligadura de seguridad. Sección del complejo venoso de Santorini. Disección de uretra. Disección de espacios laterales prostáticos, vesículas seminales, sección de pedículos laterales. Conserva parte distal de las vesículas, pues ayuda a la continencia y no aumenta el riesgo oncológico. Sección a la altura del tercio distal de la vesícula. El Dr Herranz señala que si hubiera invasión tumoral a ese nivel la prostatectomía radical no sería curativa. Disección de la cara posterior de la próstata desde la cara inferior. Se dan puntos de eversión de la mucosa de cuello vesical para evitar estenosis de la anastomosis. Se ha respetado el cuello vesical completo como ayuda al mecanismo de continencia pasiva. Puntos de anastomosis primero en cuello vesical y después en la uretra para evitar desgarramientos en ésta. Se dan 4 puntos. La localización de la uretra ha de ayudarse con una sonda (pues en el caso particular de esta operación el paciente presentaba una importante exostosis de pubis que dificultaba la visión de la uretra). Se

pasa la sonda definitiva, de silicona de 20Ch, que se ha de mantener 14 días aproximadamente, previa cistografía a su retirada.

JORNADA DE TARDE DEL VIERNES 8 DE NOVIEMBRE DE 2002.

Sesión de videos.

1- Prostatectomía radical laparoscópica. Dr Estébanez Zarranz. Dr Martínez Sagarra. Hospital Río Hortega Valladolid.

Técnica: Posición de Trendelenburg. Colocación de 5 trócares. Secuencia de estructuras localizadas y seccionadas: Conductos deferentes, vesículas seminales, fascia de Denonvilliers, peritoneo paravesical bilateral, resto del uraco, fascia endopélvica, plexo de Santorini, ligamentos puboprostáticos, cuello vesical, pedículos laterales, complejo venoso dorsal, uretra, músculo rectouretral. Anastomosis uretrovesical con puntos sueltos 3/0, los dos primeros a las 5 y 7 de horario cistoscópico, se pasan de dentro afuera en la uretra y de afuera adentro en la vejiga. Algunos puntos de la cara anterior pueden darse con endostick. Se pasa sonda, se infla balón, se extrae la pieza y se coloca drenaje.

2-Nefrectomía radical laparoscópica. Dr Estébanez Zarranz. Dr Martínez Sagarra. Hospital Rio Hortega, Valladolid.

Paciente mujer de 37 años diagnosticada de adenocarcinoma de 7 cm de diámetro en zona postero externa de riñón derecho. Técnica: Posición: Decúbito lateral a 45°. Colocación de 4 trócares. Secuencia del procedimiento: Liberación de colon derecho por incisión en línea de Toldt, maniobra de Kocher del duodeno, visualización de vena cava, abordaje del pedículo renal, colocando en la arteria doble clip, y sección, y en la vena endogía, disección y liberación del riñón, disección, ligadura y sección del uréter, extracción de pieza quirúrgica, colocación de drenaje.

3-Tratamiento laparoscópico de hemangioma venoso. Dr Estébanez Zarranz. Dr Martínez Sagarra. Hospital Rio Hortega, Valladolid.

Paciente mujer de 26 años diagnosticada de masa pararenal izquierda. Técnica: Posición: Decúbito lateral a 45°. Abordaje del espacio izquierdo. Secuencia en el procedimiento: Visualización del uréter, sección del ligamento esplenocólico, visualización de la vena gonadal, incisión en la fascia de Gerota, disección en todo su contorno de masa en polo inferior renal, que se encuentra en estrecha relación con la vena renal, clampaje de las ramas de vascularización de la masa y extracción de la misma, colocación de drenaje.

4-Uretroplastia término-terminal y conversión a técnica de Orandi. Dr Lope Martín. Hospital General de Segovia.

Paciente varón de 75 años diagnosticado de estenosis uretra peneana. Historia: RTUP 8 años antes posterior estenosis uretral, uretrotomía endoscópica, reproducción de la estenosis. Técnica: Incisión media en cara ventral del pene. Disección de cuerpo esponjoso, apertura de uretra hasta encontrar uretra sana, resección de callo fibroso que ocasiona la estenosis. Se encuentra que la longitud uretral no permite anastomosis término-terminal por excesiva tensión, por lo que se procede a realizar uretroplastia según técnica de Orandi: Dibujado sobre área lateral derecha de piel ventral del pene, paralelo a incisión media practicada, una bandeleta, se procede a incisión en el borde lateral y disección respetando vascularización, se bascula medialmente y se construye

trayecto uretral mediante sutura continua. Finalmente se coloca drenaje y un vendaje compresivo que se mantendrá 48 horas.

Mesa redonda Controversias en los tumores de vejiga. Moderador Dr Pierna Manzano.

1- Controversias en el diagnóstico de tumores vesicales. Dr L Martín Rodríguez:

El diagnóstico se sospecha por la clínica: Hematuria macroscópica caprichosa, y en menor porcentaje, puede presentarse como síndrome cistítico. La primera prueba de imagen a realizar es la ecografía, inespecífica pero no invasiva. La UIV es obligatoria y no ha sido superada ni por la TAC ni por la RMN. La cistoscopia con biopsias selectivas y randomizadas es la prueba diagnóstica de confirmación. La TAC es importante para el diagnóstico de extensión. La RMN no tiene un papel establecido en este tumor. La arteriografía y la linfografía no se usan de rutina actualmente. Las innovaciones que apuntan al futuro son pruebas de imagen con técnicas de realidad virtual, y por otra parte técnicas de biología molecular y citogenética.

2- Controversias en el tratamiento post RTU del CCT superficial. Dr Gallo Rolanía:

Este tratamiento comenzó con la Thiotepa en 1961 y desde entonces ha sufrido múltiples cambios tanto en los protocolos como en los resultados informados. Hay dos modalidades: Intravesical y sistémico. Los objetivos son _ el tiempo libre de enfermedad y disminuir el número de recaídas. No se ha demostrado el beneficio de la multiterapia frente a la monoterapia. El momento más adecuado para comenzar el tratamiento endovesical es a la 1-2 semanas post RTU. La BCG _ recurrencia en 50% de casos de T1, según informó Herr en una serie con 6 años de seguimiento. El Dr Gallo señaló que otras series más entusiastas podrían ser cuestionadas por el menor tiempo de seguimiento. La BCG ha demostrado beneficio en casos de CIS y alto grado, pero no en casos de bajo grado. El ciclo de inducción de BCG ha de durar 6 semanas. No está establecido el tiempo máximo recomendado de tratamiento. En la fase de discusión de esta ponencia, el Dr Martínez Piñeiro aportó que como resultado de un estudio que había realizado su equipo, la dosis por instilación recomendada es de 27mg. Los tratamientos más innovadores apuntan al uso de interferón γ 2b, e interleucina 12, pero de momento la probabilidad de recurrencias con estos tratamientos ha resultado la misma que con otros ttos, y no se ha logrado establecer una dosis recomendada, además de ser tratamientos muy caros.!

3- Controversias en si la cistectomía radical es el tratamiento estándar en caso de

CCT vesical infiltrante. El Dr Torrecilla García afirmó que la cistectomía radical continúa siendo el tratamiento estándar del CCT vesical infiltrante. Comentó la serie de Stein presentada en el año 2001 con 1054 pacientes con un seguimiento durante 10 años, donde se informa que la presencia de ganglios es el factor que más condiciona el pronóstico, de forma que con ganglios (-) sobreviven 87%, y con ganglios (+) sólo el 34% a los 10 años. En cuanto a la utilidad de la radioterapia, los objetivos de su uso neoadyuvante son evitar la siembra quirúrgica, hacer a ciertos tumores operables y esterilizar las micrometástasis. La radioterapia postquirúrgica sólo ha demostrado utilidad en series de tumores vesicales epidermoides, como las presentadas por autores egipcios. Actualmente, la quimioterapia, tanto pre como post cirugía, no ha demostrado beneficios. La alternativa a la cistectomía radical en el cáncer vesical infiltrante, sería el tratamiento conservador de vejiga, cuyas indicaciones son: Tumor único, <3cm de

tamaño, invasor en el diagnóstico inicial, resección completa transuretral, bajo estadio, no metástasis, no CIS, no patología urinaria obstructiva. Se comentó la serie del Dr Solsona, de 671 pacientes, donde los resultados del tratamiento conservador son comparables a los de la cistectomía radical.

4-Controversias en aspectos técnicos de las neovejigas. Dr Martínez-Sagarra.

La única condición excluyente para la construcción de una neovejiga es la imposibilidad de utilizar la uretra. El mejor segmento para la sustitución vesical es el ileon.

Actualmente se tiende a construcción de neovejigas con segmentos más cortos, de aproximadamente 25-30cm. El Dr Sagarra presentó un video donde se construye la vejiga con el siguiente procedimiento: Elige 30 cm de ileon. Prepara 3 bucles en la zona distal en forma de N que destubuliza, la zona proximal del asa ileal independizada será el asa aferente, en la que realiza intususpección, a esta parte se anastomosan los uréteres. Hubo discusión con la audiencia sobre la necesidad de la intususpección. El Dr Sagarra obtiene buenos resultados funcionales, con Q_{máx} de 16cc/seg y residuos postmiccionales inferiores a 50cc.

5-Controversias sobre el tratamiento de la enfermedad local avanzada. Dr R Espuela Orgaz. El Dr Espuela señaló que es prioritario evitar el encarnizamiento terapéutico. Habrá que considerar el “Testamento vital”. Se está creando una nueva legislación sobre los derechos de los pacientes. Las opciones terapéuticas son la cirugía radical, la radioterapia y la quimioterapia. Se ha comprobado que el régimen clásico de quimioterapia: M-VAC (metotrexate, vinblastina, adriamicina y cisplatino) no aumenta la supervivencia ni mejora la calidad de vida. Actualmente está probándose una pauta nueva con gemcitabina y cisplatino. El futuro apunta al uso de anticuerpos monoclonales y tratamientos moleculares.

Sesión de comunicaciones. Moderadores: Dr Herrero Benito y Dr Marcos Díaz.

1- Tratamiento endoscópico radical del tumor vesical. Dr J Vicente Rodríguez. El Dr Vicente defendió que la RTU radical del CCT vesical no conlleva peligro de diseminación del tumor. Deben realizarse biopsias randomizadas. Señaló que la quimioterapia postRTU radical retrasa la recidiva. La cistectomía parcial endoscópica está indicada en tumores T₂, <3cm de tamaño, sin CIS asociado, sin afectación del aparato urinario superior.

2- Endopielotomía con catéter Acucise en un caso de síndrome de la unión pieloureteral. Dr A. Diego García. El Dr Diego presentó su serie de 13 pacientes, de edades comprendidas entre 22 y 73 años. Realizan entre 1 y 11 cortes por procedimiento, con un tiempo quirúrgico que oscila entre 40 y 130 minutos. Colocan un doble J ureteral que mantienen durante 6 semanas. Obtienen buenos resultados clínicos en cuanto a la presencia de: Dolor (en 87% de pacientes), ITU, ectasia demostrada por medios de imagen.

JORNADA DE MANANA DEL SABADO 9 DE NOVIEMBRE DE 2002.

Lo mejor del día anterior. Dra MF Lorenzo Gomez y Dr Herrero Polo.

Estado actual de los marcadores tumorales para diagnóstico del cáncer de vejiga. Test HA-HAasa. Dra MF Lorenzo Gómez. El diagnóstico del cáncer de vejiga se realiza por la clínica, la ecografía, la UIV y la cistoscopia, siendo la TAC útil para el diagnóstico de extensión. Un gran problema del cáncer vesical superficial tras la RTU es la recidiva y la progresión. El seguimiento estándar actual es cistoscopia y citología cada 3 meses durante 1,5-2 años, cada 6 meses los 2 años siguientes y anualmente después. Un papel importante de los marcadores tumorales sería la vigilancia de la recurrencia. Se revisaron los siguientes marcadores: 1). Citología de Papanicolau: Sensibilidad 11-17% en G1 (Wiener. J Urol 1999), Sensibilidad 26% en Ta: Landman. Urology 1998), Falso (-) 20% en alto grado (Edward. Campbell Urology 1998), Falso (+) en 1-12% en inflamación (Koshikava. Diagn Cytopathol 1989). 2). Otros marcadores: BTA-stat, NMP22, Citometría de flujo, FISH, Quanticyt, Cariocitometría, Telomerasa, Immunocyt, DD23, BLCA-4, CD44, UBC, CYFRA 21-1. El test HA y HAasa (descrito por la Dra Lokeshwar) detecta el ácido hialurónico (HA) en cáncer vesical independientemente del grado y la hialuronidasa específica de cáncer vesical de grados G2 y G3 (HAasa). Es un test de tipo ELISA, que presenta una sensibilidad del 94% (G1 – G3: 91 – 100%), y una especificidad del 63%, en los casos de hipotéticos falsos-positivos, los pacientes presentaron recurrencia clínica en 4,7 meses. El test no da falsos positivos en individuos normales, ni en condiciones genitourinarias benignas ni en historia de cáncer vesical sin enfermedad activa. Está en fase de comercialización.

Nuevos tratamientos en la disfunción eréctil. Dr J Estébanez Zarranz.

Sesión de posters.

- 1- Rebiopsia de próstata. Resultados. Dr J Valer Algarabel,** Dr L Aguera Fernández, Dr JM Adot Zurbano, DR JA Gómez López. Dr J Marcos Díaz, Dr JA Plaza Martos. Hospital militar de Burgos. Hospital Yague de Burgos.
- 2- Estenosis de uretra. Dilatación hidrostática-Autodilatación. DR LM Gómez Tejeda,** Dr J Herrera Puerto, Dr L Aguila Malato, Dr J Pierna Manzano, Dr Isusquiza Carro, Dr A Maghnie Baydoun, Dr C Hoyos Fitto. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila.
- 3- Morbilidad y tolerancia de la biopsia prostática transrectal ecodirigida. Un análisis de 105 procedimientos. Dr M Pascual Samaniego,** Dr L Fernández Domínguez, Dr J Calleja Escudero, Dr Rivero Martínez, Dr J Egea Camacho, Dr E Fernández del Busto. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- 4- Análisis de nuestra serie de prostatectomías radicales. Dr J Herrera Puerto,** Dr LM Gómez Tejeda, Dr L Aguila Malato, Dr J Pierna Manzano, Dr JI Isusquiza Carro, Dr A Maghnie Baydoun, Dr C Hoyos Fitto. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila.
- 5- Etanol intraprostático versus láser intersticial como tratamiento mínimamente invasivo de HBP. Dra C Conde Redondo,** Dr J Amón Sesmero, Dr J Estébanez Zarranz, Dr A Robles Samaniego, Dr A Rodríguez Toves, Dr Alonso Fernández, DR J Santos Largo, Dr J Martínez-Sagarra Oceja. Hospital Río Hortega Valladolid.

- 6- Quiste del conducto eyaculador. Dra N del Valle Gutierrez,** Dr J Estébanez Zarranz, Dra C Conde Redondo, Dr A Robles Samaniego, Dr A Rodríguez Toves, Dr D Alonso Fernández, DR A Amo García, Dr J Martínez Sagarra Oceja. Hospital del Río Hortega Valladolid.
- 7- Avulsión penoescrotal: A Propósito de un caso. Dr A Robles Samaniego,** Dr Alonso Fernández, Dra C Conde Redondo, Dra N del Valle Gutierrez, Dr A Rodríguez Toves, Dr J Santos Largo, Dr J Martínez Sagarra Oceja. Hospital Río Hortega de Valladolid.
- 8- Inyección intraprostatica de etanol: Un año de seguimiento. Dra C Conde Redondo,** Dr J Amón Sesmero, Dr A Rodríguez Toves, Dr Alonso Fernández, Dr J Estébanez Zarranz, Dra N del Valle Gutierrez, Dr A Amo García, Dr J Martínez Sagarra Oceja. Hospital Río Hortega de Valladolid.

Mesa Redonda: Avances en cáncer de próstata. Moderador Dr LM Gómez Tejeda.

El Dr Gómez Tejeda presentó un caso de un varón de 55 años, diagnosticado de T1cN0M0, Gleason 7, y le preguntó a cada ponente sobre su propuesta de actuación en ese paciente concreto.

1- Tratamiento quirúrgico. Dr Herranz Amo.

El Dr Herranz hizo un repaso de la historia de la prostatectomía, desde Young en 1905, hasta la actualidad, señalando que de 1950 a 1980 la técnica se relegó por la aparición de los estrógenos en el tratamiento. A partir de 1980 con la aparición del PSA, la ecografía y la mejor estadificación, se retoma la técnica. En 1983 Walsh respeta las bandeletas laterales. Se han descrito más de 21 maniobras para preservar la continencia posquirúrgica y más de 8 para el abordaje del plexo venoso. Señalar las innovaciones aportadas por Kim en 1999, quien ante el riesgo de enfermedad avanzada no preserva las bandeletas e interpone el nervio sural, con anastomosis llevadas a cabo con hilo Prolene de 8/0. Este proceder aumenta al tiempo quirúrgico en 80 minutos. El DR Herranz comentó la serie de Kim de 12 pacientes en el año 2001, de los cuales el 33% conseguían erección. En cuanto a la continencia, hizo hincapié en que se preserva si no se denerva al cuello vesical al disecar las vesículas seminales (concepto difundido por John y Hami en el 2000 y con el que el Dr Herranz está de acuerdo). La dificultad está en si la próstata es demasiado grande, lo cual impediría preservar el cuello.

Radioterapia. Dra MA Zapatero Laborda.

No hay estudios aleatorios comparativos entre radioterapia y cirugía radical en el cáncer de prostata localizado. La Dra Zapatero señaló que la decisión por una u otra opción depende de la experiencia del centro, de la preferencia del paciente y del perfil de morbilidad con cada tratamiento. En la radioterapia se ha producido en los últimos 10-12 años grandes avances tecnológicos y científicos. Las cuestiones claves son si con un aumento de la radiación se pueden conseguir resultados de prostatectomía radical y si se puede disminuir la morbilidad. Las series más grandes estudiadas, si se revisan conjuntamente las 12 principales, reúnen a 5.000 pacientes, y los seguimientos más largos son de 3 a 8 años. Las dosis administradas varían entre 75 y 78Gy., el control de la respuesta es bioquímico. La supervivencia en estas series no se ha estudiado de forma aleatoria, sólo prospectiva, y de este modo sí se encuentra aumento en la supervivencia. Los pacientes más beneficiados de la radioterapia son los de riesgo

intermedio, pues los de riesgo más alto se benefician más de la hormonoterapia y en los de riesgo bajo no necesitamos dar dosis altas de radiación. La morbilidad más frecuente es la afectación rectal (entre 8-9% de pacientes). La disfunción eréctil es también muy frecuente: entre 7-64% según las series, las cuales son todas personales, no hay estudios de calidad de vida. Según el metaanálisis de Robinson, la disfunción eréctil es mucho más frecuente con la braquiterapia que con la radioterapia externa, prostatectomía radical y crioterapia.

Braquiterapia. Dr L Hidalgo Togoeres

El Dr Hidalgo señaló que en el caso propuesto por el moderador, la indicación es prostatectomía radical. Por otra parte, la braquiterapia se lleva a cabo con semillas de I^{125} . Las unidades de braquiterapia están compuestas por equipos multidisciplinares de radioterapeutas y urólogos. Las indicaciones son un T1c-T2a con poco volumen de tumor: 2 de 6 cilindros con tumor, pero no en la zona del apex; un PSA <10ng/ml, la suma de Gleason <6 o de 7; no metástasis, volumen inferior a 40cc, no lóbulo medio, no cirugía previa. Un criterio de exclusión sería la esperanza de vida. En la serie del Dr Hidalgo de 79 pacientes, los resultados a 10 años son una supervivencia del 87%, edad media de los pacientes 67 años, PSA medio 9,07ng/ml, volumen medio 25cc, lóbulo medio 5%. El Dr Hidalgo proyectó unas imágenes para explicar cómo se realiza el cálculo del número y posición ! de las semillas. Para un volumen inferior a 40cc, se suelen colocar unas 60-70 semillas, que ya no se desplazan con el sistema actual, en el que las semillas van unidas por un hilo. Si la próstata tiene un gran volumen se puede intentar reducir con finasteride. En casos de T3a N0 M0 se puede realizar sobreimpresión con radioterapia externa.

Criocirugía. Dr Escudero Barrilero.

El Dr Barrilero también señaló que en el caso propuesto por el moderador, la indicación es prostatectomía radical. La criocirugía utiliza cilindros de frío que se introducen en los lóbulos prostáticos. La criocirugía actual nada tiene que ver con la antigua. Los requisitos son: 6 criosondas (se pueden añadir dos más si están invadidos los bordes prostáticos), estadio T3b. El control con la ecografía es fundamental pero no suficiente, la refracción de los ecos en los tejidos es más grande que el efecto de la crioterapia en los tejidos. Se alcanzan unos -45 C ! como media. Se colocan unos termosensores en el ápex, , en el esfínter externo, a nivel de Denonvilliers, en las bandas neurovasculares y un medidor de temperatura uretral y en esfínter para evitar complicaciones. Para evitar lesiones del recto se puede introducir suero salino entre próstata y recto. Con las vainas y criosondas se modela la figura de la bola de hielo. El resultado de la biopsia preoperatoria y del sumatorio de Gleason influyen poco en los resultados. Teniendo en cuenta los factores de riesgo de extensión extracapsular, la crioterapia da buenos resultados en casos de alto riesgo. También se puede indicar como tratamiento de salvataje tras fracaso de una primera crioterapia o radioterapia. Está contraindicada en alteraciones de la coagulación no controlables. El Dr Barrilero mostró esquemas para la colocación de las criosondas.

Tratamiento médico. Dr M Urrutia Avisrrior.

El Dr Urrutia hizo un recordatorio histórico del tratamiento hormonal en el cáncer de próstata: La orquiectomía desde antes de 1940, estrógenos desde 1940, análogos de LHRH desde 1980, pautas de bloqueo hormonal completo desde 1989. Señaló que en las curvas de Kaplan Meier sería necesario informar sobre el intervalo de confianza de los valores que arrojan. La indicaciones de hormonoterapia según la “ NCCN Practical

Guidelines in Oncology 2002” son: 1) Alto riesgo de recurrencia (T3a-T3b, Gleason 8-10, PSA >20), 2) Muy alto riesgo (T3c-T4), 3). Cualquier T, N1-N3, 4) Cualquier T, cualquier N, M1, 5) Recurrencia del PSA (1.5-2.5), 6) Neoadyuvante en tumor localmente avanzado, 7) Adyuvante de la radioterapia externa y braquiterapia.

Tratamiento precoz o tardío? El tardío reatarde la aparición de la hormono-resistencia. El precoz mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia en combinación con la radioterapia, señaló el Dr Urrutia.

Tratamiento continuo o intermitente? El intermitente se realiza tras un año completo del continuo; cuando volver al tratamiento? Si PSA 10-15 ng/ml. Con finasteride y acetato de ciproterona a intervalos, aumenta el tiempo libre de tratamiento.

Quimioterapia. Dr G Martín García.

Actualmente sólo se utiliza en la enfermedad hormono-resistente. Aún teniendo algún tipo de respuesta hasta el 70-80% de pacientes, la supervivencia no supera 6-8 meses. Se ha venido considerando que la tasa de respuestas objetivas a la quimioterapia es de 6,8-7%. Se utilizaban la adriamicina y la epirrubicina. Dawson en 1998 estableció unos criterios de selección en los que incluía: Enfermedad medible, una lesión ósea medible, aumento de PSA con o sin evidencia de enfermedad, tiempo desde la retirada del tratamiento hormonal, mínimo performance estatus requerido. Actualmente no hay estudios que relacionen el PSA y la respuesta a la quimioterapia. Actualmente se está ensayando con mitoxantrone y prednisona, estramustina con docetaxel y vinblastina, sin que existan aún resultados concluyentes.

Resúmen realizado por: Dra. M^a Fernanda Lorenzo Gómez