

PROSTATECTOMÍA RADICAL
RETROPÚBICA
TÉCNICA QUIRÚRGICA

Dr. Héctor Peña de la Moneda

PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA (PRR)

- Principios anatómicos
- Control vascular para obtener un campo con escaso sangrado
- Exposición y valoración de la extensión del tumor
- Incisión amplia para obtener márgenes libres de tumor

BASES PARA EL ÉXITO DE LA PRR

- Selección apropiada del paciente.
- Conocimientos amplios de la anatomía aplicada a la técnica quirúrgica.
- Seguimiento cuidadoso para la recuperación exitosa.

MANEJO PREOPERATORIO

- Aplazar la cirugía 6 a 8 semanas después de la biopsia
- Disponer de 2 o 3 unidades de sangre autóloga.
- No usar electrocauterio en las bandeletas neurovasculares (BNV) ni esfínter.

INDICACIONES PERIOPERATORIAS

- Dieta líquida el día antes de la cirugía y enema en la mañana.
- Antibiótico: dosis única de cefalosporina de 4ta generación.
- Anestesia espinal.
- Administrar 1500 ml de cristaloides hasta la extracción de la próstata

LINFADENECTOMÍA PÉLVICA

Drenaje linfático de la próstata

- Escalón 1: Ganglios obturadores, hipogástricos e ilíacos externos.
- Escalón 2: Ganglios presacros e ilíacos comunes distales.
- Escalón 3: Ganglios ilíacos comunes proximales y aórticos.

INCIDENCIA DE LAS METÁSTASIS LINFÁTICAS

Obturador e hipogástricos > 85 %

Metástasis que omiten el primer escalón y toman:

ganglios presacros (14 %)

ganglios ilíacos externos (5%)

VALOR DE LA DISECCIÓN GANGLIONAR

ESTRATIFICACIÓN Y PRONÓSTICO

- A) Si Gleason 5-7 el 60% de los hombres con toma ganglionar tienen una gammagrafía ósea normal a los 10 años.
- B) Si Gleason 8-10 el 85% de los hombres con toma ganglionar tienen una gammagrafía ósea positiva a los 5 años.

J.Urol. 1997.

VALOR DE LA DISECCIÓN GANGLIONAR

CONTROL DEL CÁNCER

A los 10 años el 13% de los pacientes con toma ganglionar tienen un APE no detectable y pueden considerarse curados.

J. Urol.1997

INDICACIÓN ACTUAL DE LA LINFADENECTOMÍA

- Pacientes de alto riesgo para metástasis ganglionares.
- APE > DE 10 ng/ml.
- Gleason > 7.
- Estadio clínico: T2 o mayor

VESÍCULAS SEMINALES

- El porcentaje de invasión es bajo.
- Se sugiere dejar la porción distal para facilitar la cirugía sin comprometer la curación.

Korman J.Urol 1996

VESÍCULAS SEMINALES

La resección limitada de las mismas:

- Minimiza el trauma a los nervios trigonales (sensación de la micción)
- Minimiza el trauma por tracción del plexo pélvico y BNV (potencializan el retorno a la continencia y preservación de la erección (Colombo J. Urol.2001)
- Un 22% tiene recurrencia del tumor en las VS no resecadas (Theodorescu Urology 1998)

CAUSAS DE ESTENOSIS URETROVESICAL

- Inadecuada técnica en la anastomosis.
- Resección previa de la próstata (RTU)
- Extravasación de la orina (Fibrosis).
- Pérdida sanguínea excesiva o formación de hematoma (isquemia).
- Uso del electrocauterio en el cuello vesical.