



INCIDENCIA DE METÁSTASIS GANGLIONARES POR CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA POBLACIÓN SELECCIONADA

INCIDENCE OF PROSTATE CANCER LYMPH NODE METASTASIS IN A SELECTED POPULATION.

Dres. Chamas, G. E.; Giúdice, C. R.; Gueglio G.; Damia O.; Jurado, A.; Schiappapietra, J.

RESUMEN: Introducción: La presencia de metástasis ganglionares por cáncer de próstata en los pacientes candidatos a Prostatectomía Radical constituye un ítem de muy difícil diagnóstico prequirúrgico, dada la pobre información que podemos obtener desde la imagenología (RNM, TAC, Linfografía, etc.). En este sentido, la Linfadenectomía Ilio-Obturatriz (LIO), termina siendo el único método diagnóstico certero, aunque es un procedimiento que retrasa el tiempo quirúrgico y no está exento de complicaciones.

El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de metástasis ganglionares en una población de "bajo riesgo", a fin de determinar si ésta es necesaria sobre la base del tiempo invertido, los costos, y la morbilidad que conlleva el procedimiento y así mejorar la selección de pacientes que deberán someterse a la misma.

Material y Métodos: Sobre 162 P.R. realizadas entre 1988 y 1998 en el Servicio de Urología del HIBA, se excluyeron pacientes con: Score de Gleason >7; tratamiento previo con análogos LHRH; sin PSA prequirúrgico; estadio clínico superior a T2b.

Los 87 pacientes que se incluyeron en el estudio, se dividieron en 2 grupos según su nivel de PSA prequirúrgico:

- Grupo A) Pac. con PSA < 20 ng/ml (46 casos)

- Grupo B) Pac. con PSA > 20 ng/ml (41 casos)

Resultados: Dentro del grupo A no se registraron ganglios positivos en la LIO (0/46). Para el grupo B, en cambio, el número de metástasis ganglionares ascendió a 4, ocasionando la suspensión de la cirugía en todas ellas. La incidencia para este grupo fue de 9,75% (4/41).

Conclusiones: A pesar de que la casuística no es muy extensa, podemos decir que sobre la base de nuestra experiencia, en pacientes con score de Gleason ≤ 7, estadio T2b o menor, y PSA < 20 ng/ml, la baja incidencia de metástasis ganglionares permitiría obviar la LIO.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 66, Nº 4, Pág. 183, 2001)

Palabras clave: Metástasis ganglionares; Linfadenectomía Ilio-Obturatriz; Cáncer de próstata; Prostatectomía radical.

SUMMARY: Introduction: To diagnose the presence of Prostate Cancer node metastasis prior to Radical Prostatectomy by means of CT scan, MRI and Lymphography is usually difficult.

In this way, lymph node dissection is still the way to find node metastasis even though it is a procedure that delays the surgical time and is not exempt from complications.

Departamento de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450 (C1181ACH), Buenos Aires, Argentina.
Tel.: 4959-0200. Fax: 4981-3881

The objective of this study is to evaluate the incidence of node metastasis in a "low risk" population in order to determine the necessity of the lymphadenectomy on the basis of the invested time, the costs, and the morbidity of the procedure.

Material and methods: On 162 Radical Prostatectomies carried out between 1988 and 1998 in the Hospital Italiano, Urological Department. Patients with Gleason Score > 7, with previous treatment, with LHRH analogs, without preop. PSA and with Clinical Stage > T2b. were excluded. The 87 patients that were included in the study were divided into 2 groups according to their level of preop. PSA:

- Group A) Patients with preop. PSA < 20 ng/ml (46 cases)

- Group B) Patients with preop. PSA > 20 ng/ml (41 cases)

Results: The incidence of positive nodes in Group A was 0 (0/46). On the other hand, in Group B there were 4 cases of positive nodes, causing the suspension of the surgery in all of them. The incidence for this Group was of 9.75% (4/41)

Conclusions: Although the casuistry is not very extensive, we can say according to our experience that in patients with Gleason Score \leq 7, Clinical Stage \leq T2b, and preop. PSA \leq 20 ng/ml the low incidence of node metastasis would allow to obviate the Lymph node dissection.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 66, N° 4, Pág. 190, 2001)

Key words: Node metastasis; Lymph node dissection; Prostate cancer; Radical prostatectomy.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los últimos años, hemos sido testigos de una serie de cambios radicales en lo que a diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Próstata se refiere.

Hasta hace no mucho tiempo, el Cáncer de Próstata se diagnosticaba casi invariablemente en estadios avanzados y los tratamientos instaurados eran, en su mayoría, de orden paliativo.

Hoy, mediante el advenimiento del Antígeno Prostático Específico (PSA, por sus siglas en inglés), las campañas de detección precoz y el mejoramiento de la imagenología como en el caso de la ecografía transrectal, podemos llegar al diagnóstico mucho más temprano, y ofrecer alternativas terapéuticas que apunten a la curación de la enfermedad.

Es entonces que, desde hace unos años, la prostatectomía radical ha cobrado un nuevo impulso, constituyendo para muchos, el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad localizada.

No obstante, la presencia de metástasis ganglionares ensombrece el pronóstico del paciente de manera ominosa. Distintos autores han publicado sus experiencias en esta temática notificando el descenso en la aparición de ganglios positivos desde el uso generalizado del PSA⁽¹⁾.

En este sentido, ni la Tomografía Axial Computada, ni la Resonancia Nuclear Magnética, ni la Linfografía Pedal, han demostrado ser útiles para la detección de éstas⁽²⁻⁴⁾, siendo la Linfadenectomía Ilio-obturatoria (LIO), el único método preciso con el que contamos.

Este procedimiento quirúrgico no está exento de complicaciones, y prolonga el tiempo quirúrgico y es

por esto, que nos propusimos evaluar la incidencia de metástasis ganglionares en pacientes que consideramos de "bajo riesgo" (score de Gleason \leq 7 y en estadio clínico no superior a T2b) a fin de determinar si es necesario, sobre la base del tiempo invertido, los costos, y la morbilidad que conlleva el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron un total de 162 prostatectomías radicales por vía suprapúbica, efectuadas entre 1988 y 1998 en el Servicio de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

La evaluación prequirúrgica de todos los pacientes se realizó a través de sus niveles de PSA (por técnica de electroquimioluminiscencia), tacto rectal y de biopsia transrectal randomizada y ecodirigida, con un número de muestras nunca menor a 6.

Se tomaron como criterios de exclusión para este estudio:

- Score de Gleason >7
- Pacientes que hubieran recibido tratamiento con análogos LHRH previo a la cirugía.
- Aquéllos sin determinación de PSA prequirúrgico.
- Estadio clínico superior a T2b.

Los 87 pacientes que se incluyeron en este estudio, fueron divididos en dos grupos, de acuerdo con sus niveles de PSA.

Se constituyó entonces, un grupo A, con aquellos pacientes que presentaron valores de PSA prequirúrgico \leq 20 ng/ml, (media 9,55 ng/ml), totalizando 46 casos; y un grupo B, con aquellos pacientes con cifras de

PSA > 20 ng/ml (media 42,5 ng/ml), con un total de 41 casos.

Las edades de los pacientes fueron similares en ambos grupos. En el grupo A las mismas oscilaron entre 52 y 74 años, con una media de 66,2 años y en el grupo B, estuvieron entre 54 y 72 años, con una media de 67,8 años.

RESULTADOS

En todos los casos, la LIO, se realizó previa a la prostatectomía, disecando todo el tejido linfático de la cara medias de la vena ilíaca externa, hasta el nervio obturador y desde la bifurcación de los vasos ilíacos hasta la pared pelviana. Dicho material fue enviado al Servicio de Anatomía Patológica, a fin de procesarlo para su examen por congelación. La misma fue evaluada en todos los casos, por el mismo profesional. La cantidad de ganglios disecados osciló entre 5 y 25 para todos los casos.

El tiempo requerido para la LIO, sumado al del examen por congelación fue de aproximadamente 45 minutos. No existieron diferencias entre el informe para la congelación y el examen diferido, en ninguno de los casos seleccionados.

Los accidentes intraoperatorios reportados durante la LIO (relacionados directamente) totalizaron 6 (6,74%), siendo todos de orden vascular (lesión de arteria o vena ilíaca externa) y de rápida solución, no revistiendo gravedad ni secuelas, salvo uno de ellos con una lesión grave de la arteria ilíaca externa, que requirió la reparación por parte de un cirujano vascular en el mismo acto quirúrgico. No se reportaron lesiones del nervio obturador ni lesiones intestinales.

Dentro del grupo A no se encontraron ganglios positivos en la linfadenectomía, siendo la incidencia para este grupo, cero (0/46).

Para el grupo B, en cambio, el número de metástasis ganglionares encontradas ascendió a 4, ocasionando la suspensión de la cirugía en todas ellas. La incidencia para este grupo fue del 9,75% (4/41).

La incidencia global de metástasis ganglionares fue del 4,6% (4/87).

CONCLUSIONES

Si bien sabemos que la casuística no es muy extensa, podemos concluir diciendo que en nuestra experiencia, la asociación entre un score de *Gleason* < 7, estadio clínico no superior a T2b y PSA ≤ 20 ng/ml presenta una incidencia nula de LIO positiva.

Por este motivo, consideramos que un procedimiento no exento de morbilidad como es la LIO, debería reservarse sólo para aquellos pacientes en los que se sospeche que la enfermedad no se encuentra localizada.

De esta forma estaríamos ofreciendo una alternativa más segura, más rápida y a un menor costo.

DISCUSIÓN

No es el objetivo de este estudio subevaluar la extensión de la enfermedad, sino de evitar un procedimiento inútil, no exento de riesgos, la prolongación estéril del tiempo quirúrgico, y encarecer los costos.

Si bien no hemos tenido en nuestra serie complicaciones como las que se documentan en la literatura⁽⁵⁾, presumimos que posiblemente se deba al N de las series internacionales.

Otros autores han propuesto la creación de nomogramas a fin de ayudar a predecir el estadio patológico y en donde se correlacionan score de *Gleason*, PSA y estadio clínico, evaluando luego la probabilidad de metástasis ganglionares^(6, 7).

Un aspecto que no debe quedar de lado en el análisis, es el de la vía de abordaje perineal. En este sentido, son bien conocidas las ventajas de esta técnica en manos adiestradas. A tal efecto, observamos el creciente auge de la linfadenectomía laparoscópica, para la estadificación prequirúrgica de estos pacientes. No obstante, si bien pensamos que es un excelente método de diagnóstico, tampoco está exenta de complicaciones. *Kavoussi*⁽⁸⁾ y *Parra*⁽⁹⁾, comunicaron independientemente una tasa de complicaciones del 9,3% y 15% respectivamente, de las cuales hasta un 24% necesitó reparación por cirugía a cielo abierto. Por todo esto creemos que ésta debe ser realizada sólo en aquellos pacientes con sospecha de metástasis ganglionares y no en forma rutinaria⁽¹⁰⁾.

Los avances en materia de diagnóstico, en nuestra opinión, deberían reflejarse en la conducta terapéutica.

El PSA, el score de *Gleason* y estadificación clínica utilizadas en forma combinada pueden convertirse en herramientas muy útiles para seleccionar pacientes con enfermedad localizada, brindando, a éstos, una alternativa terapéutica con menos morbilidad, con menor costo y tiempo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petros J.; Catalona W.: Lower incidence of unsuspected lymph node metastases in 521 consecutive patients, with clinically localized prostate cancer. *J. Urol.* 147: 1574, 1992.
2. Benson, K.; Watson, R.; Spring, D.; Agee, R.: The value of computerized tomography in evaluation of pelvic lymph nodes. *J. Urol.* 126: 63, 1981.
3. Mukamel, E.; Hanna, J.; Barbaric, Z.; deKernion, J.: The value of computerized tomography scan and magnetic resonance imaging in staging prostatic carcinoma: comparison with the clinical and histological staging. *J. Urol.* 136: 1231, 1986.
4. Flanigan, R.; Mohler, J.; King, C.; Atwell, J.: Preoperative

lymph node evaluation in prostatic cancer patients, who are surgical candidates: the role of lymphangiography and computerized tomography scanning with directed fine needle aspiration. *J. Urol.* 134: 84, 1985.

5. Donohue, R.; Mani, J.; Whittesell, J.; Augspurger, R.; Williams, G.; Fauver, H.: Intraoperative early complications of staging pelvic lymph node dissection in prostatic adenocarcinoma. *Urology* 35. N° 3: 223, 1990.
6. Partin A.; Yoo, J.; Carter, B.; Pearson, J.; Chan, D.; Epstein, J.; Walsh, P.: The use of Prostate Specific Antigen, Clinical Stage, and Gleason Score to predict pathological stage in men with localized prostate cancer. *J. Urol.* 150: 110, 1993.
7. Bishoff, J.; Reyes, A.; Thompson I.; Harris, M.; St Clair, S.; Gomella, L.; Butzin C.: Pelvic Lymphadenectomy can be omitted in selected patients with carcinoma of the prostate: development of a system of patient selection. *Urology*, 45, N° 2: 270, 1995.
8. Kavoussi, L.; Sosa, E.; Chandhoke, P.; Chodak, G.; Clayman R.; Hadley, H.; Loughlin, K., Ruckle H.: Complications of laparoscopic pelvic lymph node dissection. *J. Urol.* 149: 322, 1993.
9. Parra, R.; Hagood, P.; Boullier, J.; Cummings, J.; Mehan D.: Complications of laparoscopic urological surgery: experience at St. Louis University. *J. Urol.* 151: 681, 1994.
10. Danella, J.; deKernion, J.; Smith, R.; Steckel, J.: The contemporary incidence of lymph node metastases in prostate cancer: implications for laparoscopic lymph node dissection. *J. Urol.* 149: 1488, 1993.