

CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON EXTRACCIÓN DE PIEZA POR VAGINA. CASO CLÍNICO

Gonzalo Vitagliano, Nicolas Villasante, Juan Paterlini,
Carlos Ameri y Osvaldo Mazza.

Sección Oncología. Servicio de Urología. Hospital Alemán.
Buenos Aires. Argentina.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar la utilidad de una técnica mínimamente invasiva como herramienta terapéutica en el tratamiento de un paciente de edad avanzada portador de cáncer de vejiga musculoinvasor.

MÉTODO: Paciente femenina de 78 años con cáncer de vejiga avanzado que debuta con hematuria. Se realiza cistectomía radical con linfadenectomía pelviana por vía laparoscópica con extracción de pieza quirúrgica por vía vaginal.

RESULTADOS: El tiempo operatorio fue de 240 minutos con un sangrado de 200 ml y una estadía hospitalaria de 8 días. La paciente evolucionó favorablemente y tras un seguimiento de 6 meses se encuentra sin evidencia de recidiva tumoral.

CONCLUSIÓN: El bajo impacto quirúrgico permite que este abordaje pueda ser utilizado en casos seleccionados para evitar la severa morbilidad indefectiblemente asociada a la progresión local del cáncer de vejiga avanzado.

Palabras clave: Laparoscopia. Cistectomía. Cáncer de vejiga.

Summary.- OBJECTIVE: To report a case of laparoscopic radical cystectomy and pelvic lymphadenectomy with vaginal extraction of the surgical specimen in an elderly patient with muscle invasive bladder tumor.

METHOD: A 78 year old patient with history of hematuria was diagnosed of muscle invasive bladder cancer. Laparoscopic radical cystectomy and pelvic lymphadenectomy with vaginal extraction of the surgical specimen was performed without incident.

RESULTS: Operative time was 240 minutes, surgical bleeding was 200 ml and hospital stay 8 days. The patient evolved uneventfully and remains disease free after 9 months of follow-up.

CONCLUSION: Laparoscopic radical cystectomy provides adequate oncologic results with decreased morbidity, making this surgery an attractive alternative for the management of patients in a delicate condition.

Keywords: Laparoscopy. Cystectomy. Bladder cancer.

INTRODUCCIÓN

Anualmente se diagnostican más de 54.000 nuevos casos de cáncer de vejiga y se reportan 5.000 casos de muerte específica por esta enfermedad en los Estados Unidos de Norte América. Se estima que para el 2020 más del 20% de la población será mayor de 65 años. Este significativo incremento en la longevidad de la población se asocia con un aumento en la incidencia del cáncer de vejiga. Además de una alta tasa de mortalidad esta patología es responsable de una morbilidad significativa, que resulta de severos síntomas irritativos de vaciado, obstrucción del tracto urinario superior y hematuria prolongada (1).

El manejo de esta enfermedad en el anciano se presenta como un dilema para el urólogo tratante. No se debe considerar sólo la edad cronológica del paciente sino también su edad fisiológica y sus condiciones médicas



CORRESPONDENCIA

Gonzalo Vitagliano
Zabala, 2664 3° B
Código postal 1426
Capital Federal. Buenos Aires. (Argentina)
gonzalovitagliano@hotmail.com

Trabajo recibido: 6 de abril 2008.

asociadas. A pesar de que la cistectomía radical continúa siendo el tratamiento de elección para el cáncer de vejiga músculo invasor, se reconoce que esta cirugía conlleva un alto riesgo de complicaciones perioperatorias (2). Tratamientos con preservación de vejiga han ido evolucionando con el fin de ofrecer terapias a los pacientes considerados de alto riesgo para la cistectomía radical. Estas opciones alternativas, como la radioterapia, tienen a su vez morbilidades asociadas no despreciables y carecen de los resultados oncológicos de la cirugía radical (1, 3).

En nuestro medio la cistectomía radical persiste como la indicación principal ante la presencia de cáncer vesical musculoinvasor independientemente de la edad del paciente. Presentamos un caso de cistectomía radical más linfadenectomía pelviana laparoscópica con extracción de pieza quirúrgica por vagina en una mujer de 78 años con cáncer vejiga avanzado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico

Paciente femenina de 78 años de edad con historia de anexo hysterectomía por miomatosis uterina, hipertensión arterial, gastritis crónica y tabaquismo severo durante 40 años. Debuta hace 10 años con importante episodio de macrohematuria por la cual se efectúa diagnóstico de lesión exofítica vesical. En su momento fue sometida a una primera resección endoscópica (RTUV).

Al corto plazo presentó recidiva tumoral requiriendo de múltiples RTUV. Tras la última resección el material remitido se informa como carcinoma trabecular anaplásico. Concorre para una segunda opinión tras ser derivada

a oncólogo por su urólogo tratante. En ecografía de control se observa la pared lateral derecha con imagen nodular sólida con vascularización central y periférica de 35 x 28 x 33 mm con otra imagen polipoidea en pared postero lateral derecha de 10 x 9 x 9 mm. En tomografía computada se observa severa atrofia renal derecha. Ausencia de adenomegalias. Vejiga con pólipo de 38 x 35 mm en cara lateral derecha sólido y con superficie irregular. Otra en pared posterolateral derecha de 3 mm (Figura 1). El centellograma óseo era normal. Se indica cistectomía radical con linfadenectomía pelviana bilateral laparoscópica y ureterostomía cutánea izquierda. La técnica empleada fue la desarrollada por Castillo et al. (4).

Técnica quirúrgica

En la inducción anestésica se administró una cefalosporina de tercera generación. Se colocó al paciente en posición de litotomía modificada con los brazos adheridos al cuerpo y soporte en un hombro para permitir una posición de Trendelenburg máxima (Figura 2). Se efectuó el pneumoperitoneo con punción con aguja de Veress a través de una incisión supraumbilical, hasta una presión de 15 mmHg. Los trócares fueron colocados en forma de W según técnica (Figura 3).

Se comenzó realizando una sección del peritoneo del fondo de saco recto-vesical. Esta sección continúa en forma bilateral siguiendo una línea imaginaria entre los vasos espermáticos y el ligamento umbilical bilateral formando una "H". Se seccionaron ambos uréteres cuidando especialmente la vasculatura del uréter izquierdo. Se enviaron segmentos de los mismos a congelación siendo informados como negativos. La linfadenectomía se realizó desde la arteria ilíaca primitiva hasta el ex-

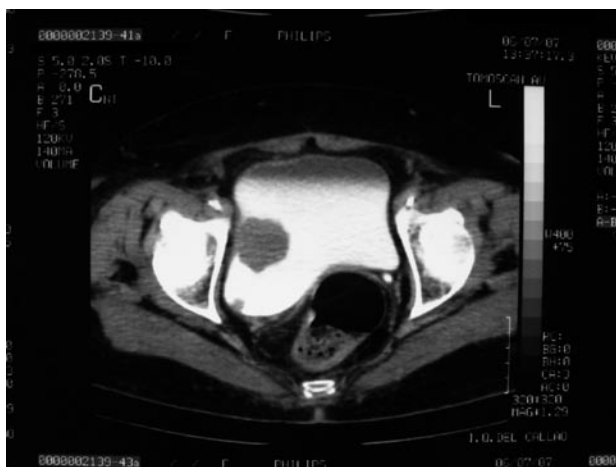


FIGURA 1. Tomografía computada que evidencia ambas lesiones vesicales.



FIGURA 2. Posición del paciente.

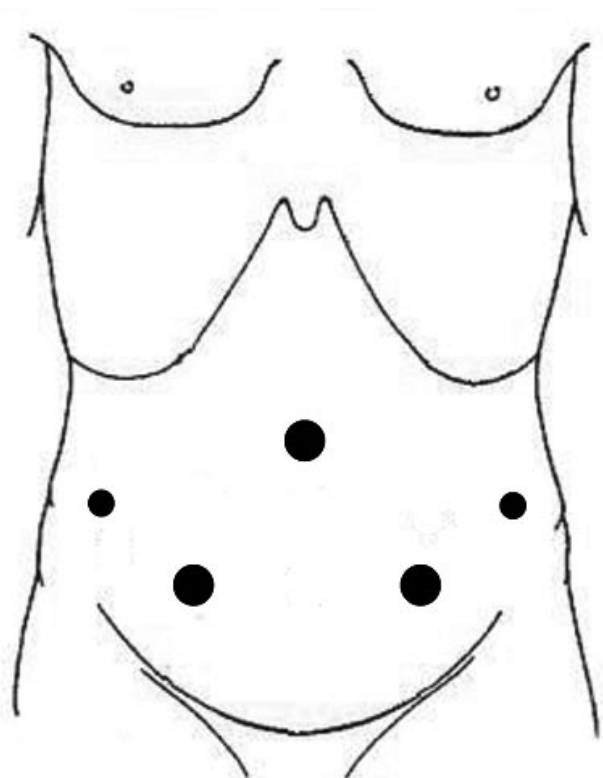


FIGURA 3. Distribución de trócares.
(Círculos grandes: 10-12 mm, círculos pequeños: 5 mm)

tremo distal de los vasos iliacos externos, incluyendo el paquete obturatriz y siendo los límites laterales el nervio genito-femoral y la vejiga. Tras diseccionar y exponer el fondo de saco vaginal, los pedículos vesicales fueron identificados, ligados y seccionados. Luego de acceder al espacio de Retzius y liberar la cara anterior y lateral



FIGURA 4. Tiempo uretral.

de la vejiga se procedió con el tiempo uretral, realizando una incisión en "U invertida" por encima de la uretra y comprometiendo la cara anterior de la vagina (Figura 4). Por esta, se procedió a delimitar la uretra y el cuello vesical hasta lograr la liberación completa de la vejiga y extracción de la misma junto con ambas linfadenectomías previamente embolsadas (Figuras 5, 6 y 7). Se efectuó el cierre de la cara anterior de la vagina tanto en forma extra como intracoporea. Tras la colocación de un drenaje se exteriorizó el uréter izquierdo por el trocar pararectal ipsilateral.

El tiempo operatorio fue de 240 minutos con un sangrado de 200 ml y una estadía hospitalaria de 8 días. La paciente evolucionó favorablemente y tras un seguimiento de 6 meses se encuentra sin evidencia de recidiva tumoral.

DISCUSIÓN

Recientes reportes han demostrado aceptable morbilidad perioperatoria en pacientes ancianos sometidos a cistectomía radical. Algunos trabajos señalaron que no existen diferencias significativas entre las complicaciones menores y mayores entre los pacientes de edad avanzada de alto riesgo (29% y 5%, respectivamente) y la población general (35,9% y 4,9%, respectivamente) (1). En pacientes añosos con o sin comorbilidades significativas la cistectomía radical demostró proveer control local de la enfermedad, paliar los síntomas y extender la sobrevida.

En los últimos años se ha demostrado que la cistectomía radical laparoscópica presenta los mismos resultados oncológicos que la cirugía radical asociado a la menor morbilidad de un abordaje mínimamente invasivo (4). Desde el primer reporte por Parra et al. en 1992



FIGURA 5. Extracción de pieza quirúrgica.



FIGURA 6. Extracción de pieza quirúrgica.

la cistectomía radical laparoscópica ha evolucionado considerablemente hasta convertirse en una técnica estandarizada y reproducible. No obstante su seguridad oncológica a largo plazo no fue probada sino hasta hace pocos años (3).

En este caso particular la baja morbilidad de este procedimiento permitió su empleo en un paciente añoso. La presencia de solo un riñón funcional evitó la utilización de un reservorio intestinal y a su vez la extracción de la pieza quirúrgica por vía vaginal permitió ahorrar la laparotomía.

CONCLUSIÓN

Creemos que este abordaje mínimamente invasivo puede ser utilizado en casos seleccionados para evitar la severa morbilidad indefectiblemente asociada a la progresión local del cáncer de vejiga avanzado minimizando el impacto quirúrgico.

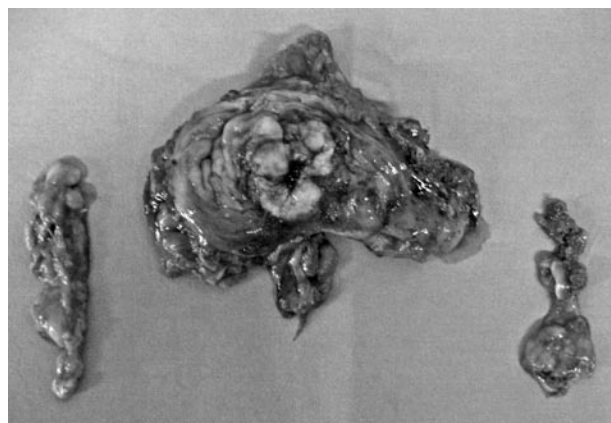


FIGURA 7. Especimen quirúrgico de cistectomía y linfadenectomía pélvica bilateral.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. Farnham SB, Cookson MS, Alberts G, Smith JA Jr, Chang SS. Benefit of radical cystectomy in the elderly patient with significant co-morbidities. *Urol Oncol.* 2004; 22(3): 178-81.
2. Ghoneim MA, el-Mekresh MM, el-Baz MA, et al. Radical cystectomy for carcinoma of the bladder: critical evaluation of the results in 1,026 cases. *J Urol* 1997; 158: 393-399.
- *3. Zebic N, Weinknecht S, Kroepfl D. Radical cystectomy in the patients aged > or = to 75 years: an updated review of patients treated with curative and palliative intent. *BJU Int.* 2005; 95(9): 1211-4.
- **4. Castillo O, Cabello Benavento R, Briones Mardones G, Hernández Fernández C. Radical laparoscopic cystectomy. *Actas Urol Esp.* 2006; 30(5):531-40.
- **5. Haber GP and Gill IS. Laparoscopic radical cystectomy for cancer: oncological outcomes at up to 5 years. *BJU Int* 2007; 100: 137-142.