Rev Venez Oncol 2015;27(2):72-77

EXPERIENCIA EN LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO ENDOSCÓPICA EN CÁNCER DE PENE. SERVICIO HOSPITALARIO ONCOLÓGICO DEL SEGURO SOCIAL

ELLIECER PAYARES M, JAIRO BASCETTA, LUIS ALEMÁN, DANIEL LÓPEZ, HERMES PÉREZ, RAFAEL BARRIOS

SERVICIOS ONCOLÓGICOS HOSPITALARIOS (IVSS), CARACAS, VENEZUELA

TRABAJO GANADOR PREMIO DR. ALEJANDRO CALVO LAIRET. 2014

RESUMEN

OBJETIVO: El carcinoma epidermoide constituye más de 95 % de los casos de cáncer de pene. La linfadenectomía tiene un papel importante en el tratamiento, siendo curativa en 75 % de los casos con uno a dos ganglios invadidos. La linfadenectomía es un procedimiento con alta morbilidad es por esto que las nuevas técnicas video endoscópicas buscan disminuirla, con los mismos resultados oncológicos. Recientemente se ha descrito el acceso endoscópico, comunicando un menor índice de complicaciones con obtención de similar número de ganglios. Presentamos nuestra experiencia con dicho abordaje en 4 pacientes con linfadenectomías inguinales endoscópicas realizadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del Seguro Social Caracas, Venezuela. **MÉTODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal. **RESULTADOS**: El promedio de edad de los pacientes fue 56,25 años, el tiempo quirúrgico promedio de linfadenectomía fue de 122,5 minutos, se evidencia un estatus ganglionar confirmado por biopsia de la pieza quirúrgica negativo para malignidad, promedio de disección de 12 ganglios, el mayor tiempo de seguimiento de 34 meses sin evidencia de enfermedad ni tomográficamente ni clínicamente. El tiempo promedio del retiro del drenaje fue de 10,25 días y un promedio de estancia hospitalaria de 6,2 días. **CONCLUSIONES:** La linfadenectomía inguinal video endoscópica es una técnica segura y factible en pacientes con carcinoma epidermoide invasor de pene con ganglios palpables o no palpables. Los casos reportados sugieren que esta técnica puede disminuir la morbilidad posoperatoria sin comprometer el control oncológico.

PALABRAS CLAVE: Video, endoscopia, linfadenectomía, carcinoma, epidermoide, disección, ganglios.

SUMMARY

OBJECTIVE: The squamous cell carcinoma is more than 95 % of cases of the penile cancer. Should is properly stage the primary tumor and the regional lymph nodes to provide an appropriate treatment. Lymphadenectomy has an important role in treatment, being curative in 75 % of cases with one to two nodes invaded. Lymphadenectomy is a procedure with high morbidity for this reason the new video endoscopic techniques seek decrease with the same oncological results. Recently described endoscopic access is reporting a lower rate of complications with obtaining similar number of nodes. We present our experience with this approach in 4 patients with endoscopic inguinal lymphadenectomy performed at the Oncology Hospital Service Social Security Caracas, Venezuela. **METHOD:** A retrospectiva cross sectional descriptive study. **RESULTS:** The mean age of the patients was 56.25 years, the average lymphadenectomy surgical time was in 122.5 minutes, a status confirmed by lymph node biopsy negative for the malignancy surgical specimen, the average 12 lymph dissection evidenced, the longer follow-up of 34 months without evidence of disease or tomographic or clinically. The average time of drain removal was 10.25 days and the average hospital stay of 6.2 days. **CONCLUSIONS:** The video endoscopic inguinal lymphadenectomy is a safe and feasible technique in patients with invasive squamous cell carcinoma of the penis with palpable or not palpable nodes. These cases reports suggest that this technique can reduce postoperative morbidity without compromising oncological control.

KEY WORDS: Video, endoscopy, lymphadenectomy, carcinoma squamous cell, dissection, lymph.

Recibido: 12/08/2914 Revisado:26/12/2014
Aceptado para publicación: 29/p1/015

Correspondencia: Dr. Eliecer Payares. Servicio Oncológico Hospitalario IVSS. Urbanización Los Castaños, Calle Alejandro Calvo Lairet, Planta Baja, El Cementerio, Caracas, Venezuela. Teléfono: 04244596033 Email: eliecer_payares@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En los países de occidente el carcinoma epidermoide de pene es una enfermedad rara, con una incidencia de <1 por 100 000 hombres en Europa y Norteamérica y representa de 0,4 % a 0,6 % de todas las neoplasias. Sin embargo, esta incidencia se eleva cuando hablamos de países menos desarrollados como es el caso de los de Sur América. El carcinoma epidermoide constituye más de 95 % de los casos de cáncer de pene. Se debe estadificar correctamente el tumor primario y los ganglios linfáticos regionales para ofrecer el tratamiento más apropiado. En algunas series pequeñas se ha demostrado que el examen físico proporciona información más confiable que el ultrasonido (US) para juzgar la infiltración de la lesión primaria al cuerpo cavernoso aunque la estadificación definitiva de la misma es la valoración histopatológica [1-4].

El drenaje linfático primario en cáncer de pene es hacia los ganglios inguinales. Se ha señalado que la diseminación linfática se relaciona con el grado tumoral, etapa local de la enfermedad y el tipo histológico del tumor. La presencia y extensión de las metástasis linfáticas es el factor pronóstico más importante, localizándose en 28 % a 64 % de los enfermos al momento del diagnóstico, aunque se confirman en 47 % a 85 % de los casos; sin embargo, 25 % tendrán metástasis sin ganglios palpables [5].

Debido a que la sobrevida a cinco años de 65 % a 75 % se reduce a menos de 50 % en presencia de invasión ganglionar, la linfadenectomía tiene un papel muy importante en el tratamiento, siendo curativa en 75 % de los casos con uno a dos ganglios invadidos y en 20 % con invasión pélvica, por lo que la linfadenectomía ilio-inguinal bilateral es el tratamiento más efectivo para erradicar las metástasis ganglionares [4-6].

La linfadenectomía es un procedimiento con alta morbilidad es por esto que las nuevas técnicas video endoscópicas buscan disminuir la misma con los mismos resultados oncológicos. Recientemente se ha descrito el acceso endoscópico, comunicando un menor índice de complicaciones con obtención de similar número de ganglios, y aunque en series más cortas y de menor seguimiento, con seguridad oncológica similar al acceso convencional [7].

Presentamos nuestra experiencia con dicho abordaje en 4 pacientes con 4 linfadenectomías inguinales endoscópicas realizadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del Seguro Social Caracas, Venezuela.

MÉTODO

Estudio descriptico, retrospectivo, de corte transversal, de los pacientes a los cuales se le practicó linfadenectomía inguinal video endoscópica por cáncer de pene, realizadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, antiguo Hospital Oncológico Padre Machado.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Inicialmente se colocó al paciente en posición de decúbito supino con abducción del muslo, marcando las zonas de disección de Deseler con objetivo principal las zonas I, IV y V. Se procedió a realizar la primera incisión de 1 cm a 2 cm distales del vértice inferior del triángulo femoral elaborando un plano de disección a nivel de la fascia de Scarpa colocando un trocar de 10 mm por el cual se insufló CO^2 a 15 mmHg. La segunda y tercera incisión se realizaron a 5 cm en sentido proximal medial y lateral a la primera incisión triangulando, se colocaron en estas trocares de 10 mm. La linfadenectomía radical inguinal video endoscópica se realizó con los mismos principios de la técnica abierta respetando los límites anatómicos: músculo

aductor largo medialmente, el músculo sartorio lateralmente y el ligamento inguinal por arriba los cuales se visualizaron adecuadamente. La disección de las zonas de Deseler I, IV y V se iniciaron de manera retrógrada con *Harmonic* previa localización de la vena safena iniciando la misma en el vértice del triángulo femoral hacia la fosa oval, donde a la vena safena se le colocó un *clamp* proximal, distal y se seccionó. Se procedió a la extracción de los grupos ganglionares y se verificó de hemostasia. Se logró observar los límites quirúrgicos y los lechos ganglionares vacíos. Se colocó drenaje cerrado tipo Portovac ¼ (Figura 1-5).

Figura 1. Límites de la linfadenectomía.

RESULTADOS

El promedio o media de edad de los pacientes fue 56,25 años, todos acudieron en estadio I, el tiempo quirúrgico promedio de linfadenectomía fue de 122,5 min siendo de 280 min en el caso que se realizó linfadenectomía bilateral en un solo tiempo quirúrgico. Las características clínicas de

Figura 2 . Colocación de trócares de 11 mm 5 mm y 5 mm.

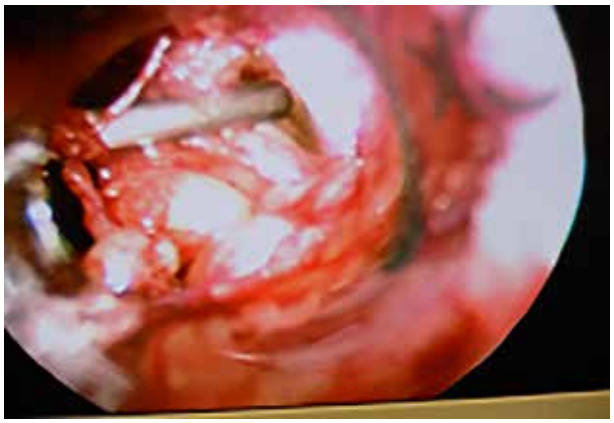

Figura 3. Visión lente óptico 0 grados.

Figura 4. Extracción de pieza quirúrgica.

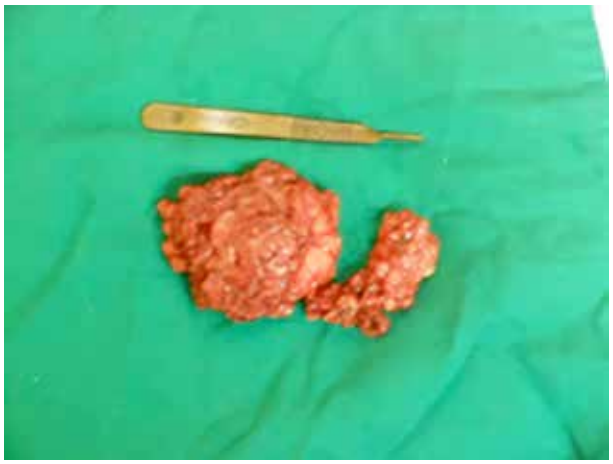

Figura 5. Pieza quirúrgica.

los pacientes están reflejadas en el Cuadro 1. Hay que destacar que en 3 de los 4 casos realizados se llevó a cabo la linfadenectomía bilateral en 2 tiempos quirúrgicos esto tomando en cuenta la edad del paciente así como patologías y factores de riesgos asociados por lo que se propone no someter a tiempos quirúrgicos prolongados al paciente a fin de evitar complicaciones mayores. En el caso de un paciente de 77 años de edad se realizó en primer tiempo quirúrgico linfadenectomía inguinal abierta debido a limitaciones técnicas para el momento del ingreso del paciente, sin embargo, al cabo de 2 meses se completa el procedimiento realizándose linfadenectomía izquierda vía endoscópica.

Cuadro 1. Características clínicas

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad	46	77	55	47
Estadio	pT1N0M0	pTisNoMo	pt1N0M0	pt1nomo
Tiempo Qx	170 min Der/ 110 min Izq	90 min Lap/ 50 min Abta	110 min Izq/ 110min Der	120 min Der/ 110 min Izq
Estatus ganglionar	Negativos	Negativos	DII: negativo / DID: negativo	Negativos
Número ganglios disecados	15 Ganglios Disecados DID: 11/ DII:4	DII: 11 Ganglios Disecados/ DID:19 Abta	DII:8 Ganglios/ DID:14 Ganglios	DII:14 ganglios/ DID:13 ganglios
SLE	24 meses	34 meses	24 meses	10 meses
Complicación	Ninguna	ISQ	No	Linforragia
Tratamiento primario de pene	Falectomía total	Falectomía parcial	Falectomía parcial	Falectomía parcial
Bilateral unilateral	Bilateral lap	LII Lap/ LID Abta	Bilateral lap	Bilateral
Intervalo entre tratamiento primario y Linfadenectomía	3 meses	5 meses	3 meses	2 meses
retiro del drenaje	8 días	12 días	7 días	14 días
Procedimiento fue realizado en:	Un solo tiempo	2 tiempos Qx	2 tiempos Qx	2 tiempos Qx
Tiempo estancia hospitalaria	4	14	2	5

Para el momento de la revisión de historias se evidencia un estatus ganglionar confirmado por biopsia de la pieza quirúrgica negativo para malignidad en los 4 casos realizados, asimismo, obteniendo el mayor número de ganglios vía endoscópica disecados de 15 ganglios con un promedio de disección de 12 ganglios y rango entre 4 y 15. Se observó una diferencia en el caso en el cual se realizó linfadenectomía derecha por técnica convencional y en el mismo paciente disección inguinal izquierda video endoscópica de 19 ganglios y 11 ganglios respectivamente.

Al analizar la sobrevida libre de enfermedad todos los pacientes aún se encuentran en control y seguimiento en nuestro centro con mayor tiempo de seguimiento de 34 meses sin evidencia de enfermedad ni tomográfica ni clínica.

Se presentaron 50 % de complicaciones, todas menores clasificándolas como infección del sitio quirúrgico, realizándose cultivo y antibiograma de secreción que reporta positivo para *Pseudomona aeruginosa* y *Echerichia coli* sensible a ertapenem. Como segunda complicación se presentó linforragia la cual se manejó de forma ambulatoria y en 14 días se retiró drenaje portovac 1/4.

El tratamiento inicial quirúrgico realizado predominante fue falectomía parcial en 3 de los 4 casos representando el 75 %, la falectomía total realizada fue por la extensión de la lesión así como la localización hacia la base del pene.

A todos los pacientes 100 % de la muestra se les completó la linfadenectomía bilateral, incluyendo 1 paciente al que se le realizó en el mismo tiempo quirúrgico, con un intervalo mayor de 5 meses entre el primer procedimiento realizado y la segunda cirugía en la que se completa linfadenectomía bilateral y el intervalo menor de 3 meses.

El tiempo promedio del retiro del drenaje fue de 10,25 días, con el mayor tiempo para el retiro del dren de 14 días en el caso del paciente con complicación de linforragia, y el menor tiempo para el retiro fue de 7 días.

Finalmente el promedio de estancia hospitalaria fue de 6,2 días, observándose que el paciente con infección del sitio quirúrgico permaneció durante 14 días por manejo de antibiótico-terapia vía endovenosa. La menor estancia hospitalaria le corresponde a 1 paciente sin complicaciones que permaneció durante 2 días egresando con manejo por consulta externa.

DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide invasor de pene es una patología con pronóstico desfavorable en los casos metastásicos es por esto, que el manejo debe instalarse a la brevedad, siendo el tratamiento quirúrgico la piedra angular para la curación de pacientes con enfermedad localizada y con diseminación linfática locorregional. El manejo quirúrgico es complejo, pero la linfadenectomía inguinal temprana permanece como parte integral del tratamiento porque mejora el pronóstico de los pacientes. Con una sobrevida a 5 años mayor a 60 %, aunque exista invasión a ganglios pélvicos lograremos la misma sobrevida en 20 % de los enfermos. Sin embargo, a pesar de que este es el manejo recomendado, no está exento de complicaciones, teniendo una morbilidad reportada entre 24 % a 87 % presentando infección, necrosis de los colgajos, dehiscencia de la herida, linfedema o linfocele e incluso una mortalidad relacionada al procedimiento de 1 % a 3 %. Recientemente Tobías Machado y col., describieron en pequeñas series la linfadenectomía inguinal video endoscópica derivada de la cirugía laparoscópica, desarrollada con el fin de disminuir la morbilidad relacionada con el procedimiento, manteniendo buenos resultados oncológicos [6].

La media ideal de ganglios que se deben obtener en la linfadenectomía inguinal superficial es de 8 a 10 y en la linfadenectomía inguinal radical

10 a 11 siendo la suma de la linfadenectomía inguinal y pélvica 22 a 25 ganglios. En nuestro caso, el número de ganglios obtenidos en promedio 12 con un rango entre 4 y 15 y las únicas complicaciones fueron de infección del sitio quirúrgico y linforragia similar a lo reportado en la literatura [7-9]. Esta técnica tiene un riesgo menor de complicaciones cutáneas pero una mayor incidencia de linfocele (23 %) en comparación con el abordaje abierto. Su tasa global de complicaciones es de 23 %.

La linfadenectomía inguinal video endoscópica es una técnica segura y factible en pacientes con carcinoma epidermoide invasor de pene con ganglios palpables o no palpables. Los casos reportados sugieren que esta técnica puede disminuir la morbilidad posoperatoria sin comprometer el control oncológico. Sin embargo, parece ser que el número de ganglios obtenidos por este abordaje es menor en relación a la cirugía abierta por lo que se debe seleccionar cuidadosamente el paciente [8].

Consideramos que es necesario realizar estudios con un mayor número de pacientes y con un seguimiento a largo plazo, sin embargo, es una técnica altamente reproducible de la que seguramente seguiremos obteniendo grandes beneficios. Es por esto que es importante ampliar la experiencia y reafirmar esta línea de investigación de la cual hasta la actualidad hay poca data a nivel nacional.

REFERENCIAS

1. Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-Sang J, Giuliano AR. Incidence trends in primary malignant penile cancer. Urol Oncol. 2007;25(5):361-367.
2. Velazquez EF, Barreto JE, Rodriguez I, Piris A, Cubilla AL. Limitations in the interpretation of biopsies in patients with penile squamous cell carcinoma. Int J Surg Pathol. 2004;12(2):139-146.
3. Tabatabaei S. Lymphadenectomy for penile carcinoma. En: Graham SD, Glenn JF, Keane TE, editores. Urologic Surgery. 6ª edición. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.p.539-545.
4. Donat SM. Cirugía del carcinoma de pene y de la uretra. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. Campbell, editores. Urología, 8ª edición. Caracas: Editorial Panamericana; 2005.p.3267-3284.
5. Loughlin KR. Surgical atlas. Surgical management of penile carcinoma: The inguinal nodes. BJU Int. 2006;97(5):1125-1134.
6. Tobias-Machado M, Tavares A, Ornellas AA, Molina WR Jr, Juliano RV, Wroclawski ER. Videoendoscopic inguinal lymphadenectomy: A new minimally invasive procedure for radical management of inguinal nodes in patients with penile squamous cell carcinoma. J Urol. 2007;177(3):953-957.
7. Sotelo R, Sánchez-Salas R, Carmona O, Garcia A, Mariano M, Neiva G, et al. Endoscopic lymphadenectomy for penile carcinoma. J Endourol. 2007;21(4):364-367.
8. Hegarty PK, Dinney CP, Pettaway CA. Controversies in ilio-inguinal lymphadenectomy. Urol Clin North Am. 2010;37(3):421-434.
9. Master V, Ogan K, Kooby D, Hsiao W, Delman K. Leg endoscopic groin lymphadenectomy (LEG Procedure): Step-by-step approach to a straightforward technique. Eur Urol. 2009;56(5):821-828.