



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Puppo, Paolo; Naselli, Angelo

Cistectomía radical laparoscópica. ¿Dónde estamos?

Archivos Españoles de Urología, vol. 63, núm. 7, septiembre, 2010, pp. 508-519

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181017304005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. ¿DÓNDE ESTAMOS?

Paolo Puppo y Angelo Naselli.

Departamento de Urología. Instituto Nacional de Investigación del Cáncer. Génova. Italia.

Resumen.- La Cistectomía Radical Laparoscópica (CRL) ha sido propuesta desde 1999 como una alternativa menos invasiva de la Cistectomía Radical Abierta (CRA). Los pioneros en esta técnica reclaman que la CRL tiene una recuperación más rápida, estancias hospitalarias más cortas y un retorno a las actividades diarias más rápido en comparación con la CRA a la vez que ofrece a los mismos resultados funcionales y oncológicos.

Se han publicado unos 900 casos en revistas con sistemas de revisión por pares. La serie más larga está formada por una cohorte de 85 pacientes. La derivación urinaria preferida es el conducto ileal (46%) aunque en series recientes la adopción de la neovejiga ileal está

aumentando. La derivación urinaria se realiza normalmente extracorpórea a través de la incisión abdominal de unos 5-10 cm utilizada también para extracción de la pieza.

La media o mediana de seguimiento de las series de CRL no supera los 31 meses y hasta ahora el seguimiento más largo comunicado en las series examinadas es de 58 meses. La tasa de supervivencia global varía entre 72% y 95%.

Aunque la viabilidad de la CRL ha sido demostrada, está lejos de haber demostrado el control oncológico, principalmente como consecuencia del seguimiento limitado en las series y de una inesperada baja tasa de supervivencia libre de enfermedad. Además, las ventajas defendidas de la CRL parecen estar más relacionadas con la selección del paciente que con una menor invasión. Realmente cuando las características del paciente y de la enfermedad son similares, los resultados de la CRL y la CRA en términos de hospitalización y de recuperación son comparables.

La CRL es realmente un procedimiento experimental que no puede ser considerada como una alternativa concreta a la CRA en el momento actual.

Palabras clave: Vejiga. Cistectomía. Derivación urinaria. Laparoscopia. Revisión.



CORRESPONDENCIA

Angelo Naselli
Largo Rossana Benzi 10
16132 Genoa (Italia)

angelo.naselli@libero.it

Aceptado para publicar: 20 de enero 2010.

Summary.- Laparoscopic Radical Cystectomy (LRC) has been proposed since 1999 as a less invasive alternative to Open Radical Cystectomy (ORC). Pioneers of the technique claim that LRC led to faster recovery, shorter hospital stay and more rapid return to daily activities respect to ORC while offering the same functional and oncological results.

About 900 cases are published in peer reviewed papers. The greatest series is formed by a cohort of 85 patients. The preferred urinary diversion is the ileal conduit

(46%) although in recent series the ileal neobladder is increasingly adopted. Urinary diversion is usually performed extracorporeally through an abdomen incision of about 5-10 used also for the extraction of the specimen.

The mean or median follow up of LRC series does not exceed 31 months and the longest follow up reported up to now is 58 months in the series examined. Overall survival rate varies from 72% to 95%.

While feasibility of LRC has been demonstrated, cancer control has far from been assured, mainly in consequence of limited follow-up of the series and an unexpected low disease free survival rate. Moreover the advocated advantages related to LRC seem to be related to patients' selection rather than to less invasiveness. Actually when characteristics of the patient and of the disease are similar, outcomes of LRC and ORC, in terms of hospitalization and recovery, are comparable.

LRC is currently an experimental procedure which can not be considered at the present time a concrete alternative to ORC.

Keywords: Bladder. Cystectomy. Urinary diversion. Laparoscopy. Review.

INTRODUCCIÓN

En los primeros años 90 Parra (1), Sánchez de Badajoz (2) y Puppo (3) describieron los primeros casos de Cistectomía Radical Laparoscópica (CRL). Desde entonces, la CRL ha sido adoptada de forma creciente como una alternativa mínimamente invasiva a la Cistectomía Radical Abierta (CRA), que es de hecho una operación establecida para la curación del cáncer vesical con invasión de la muscular o no músculo-invasivo de alto riesgo (4-8). Hasta el momento se han comunicado 937 casos de cistectomía radical laparoscópica en artículos en revistas con revisión por pares (9-52) y parece que su aceptación en la comunidad urológica está aumentando a (53).

Viabilidad de la CRL

Las Tablas I, II y III muestran los datos de los artículos de CRL publicados (9-52) en revistas, ordenados por fecha de publicación. De los 936 casos, fue necesaria conversión a cirugía abierta en 15/805 casos (2%) y aparecieron complicaciones graves intraoperatorias o postoperatorias en 99/841 casos (12%). Solamente se han comunicado 4 muertes (< 1%) relacionadas con la cirugía. La media o mediana de la puntuación ASA solamente es superior a 2

en una serie (41). La media o mediana edad está alrededor de los sesenta años. La tasa de pacientes con estadios patológicos avanzados, pT3-pT4, o ganglios linfáticos positivos es respectivamente 32% (245/767) y 10% (10/780). Se han comunicado 12/622 casos (2%) de márgenes quirúrgicos positivos. En relación con la disección de los ganglios linfáticos, la mediana del número de ganglios obtenidos varía entre 12 y 27. Un estudio prospectivo aleatorizado de no inferioridad demostró que el número de ganglios obtenible por CRL es similar al de la CRA (49). El sangrado raramente excede de 400 ml. Por lo tanto las transfusiones son sólo necesarias eventualmente. La mediana o media de estancia hospitalaria es extremadamente variable con un rango entre unos 5 y 25 días. Esto se explica fácilmente porque el momento del alta está unido primero a la recuperación de la función intestinal y después a la oportunidad de mandar de alta al paciente con una sonda (en derivación ortotópicas), y mucho menos con la técnica operatoria y el estrés consiguiente.

Respecto a la cistectomía radical abierta, la mortalidad es menor del 4% en la serie más grande de la literatura. Knap y cols. han comunicado una mortalidad del 2% en 268 pacientes sometidos a cistectomía radical entre 1992 y 1998, con una mediana edad de 65 años. La tasa de reintervención quirúrgica fue del 17% (4). La EORTC publicó en 1999 un artículo sobre 976 pacientes y la mortalidad fue del 3,7% (5). Ghoneim y cols. Realizaron 1026 cistectomía radicales entre 1969 y 1990 y tuvieron una mortalidad del 4% (6). Stein presentó el 2,5% en 1054 pacientes intervenidos desde 1971 a 1997 (7). En la misma serie la morbilidad temprana fue del 30%. Los pacientes en estadios pT3-pT4 son aproximadamente el 50%, 80% sólo en la serie de Ghoneim, y los ganglios linfáticos obtenidos fueron positivos en cerca del 20%. Herr fijo los estándares para cistectomía radical en un artículo publicado en 2004. Comunicaba una serie de 1091 cistectomía radicales realizadas entre el 2000 y el 2002 en cuatro instituciones por 16 cirujanos. La tasa de márgenes quirúrgicos positivos se considera aceptable cuando es menos del 10% globalmente, el 15% en pT3-pT4. La mediana del número de ganglios linfáticos pérvicos obtenidos durante la cirugía debe ser del 10-14. El número mínimo de procedimientos por centro considerado suficiente para alcanzar este estándar es de 10 por año (8).

En conclusión, seguro que la CRL es viable. Sin embargo, las ventajas aducidas respecto a la cistectomía abierta, a saber disminución del sangrado, menor tasa de transfusiones, mortalidad, morbilidad, menor estancia hospitalaria y retorno a las actividades diarias, parecen estar más relacionadas con la

TABLA I. SERIES DE CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.

Ref	Pts (mujeres)	Edad (años)	ASA	Sangrado (mL)	Estan- cia hospi- talaria (días)	pT3-T4(%)	pN+(%)	Duración máxima del seguimiento	Paci- entes vivos libres de enfer- medad
9	9(9)	NC	NC	NC	7-11	NC	NC	Más de 13 meses	4
10	10(1)	40-66	NC	NC	10-13	1/10(10%)	NC	NC	NC
11	2	70-78	3	1000-1200	6	1/2(50%)	0	NC	NC
12	5(2)	59-65	NC	190-300	10	2/5(40%)	0	NC	NC
13	3(1)	42-57	1-2	200-400	5-12	0	0	19 meses	2
14	9(1)	41-65	NC	150-500	NC	0	0	NC	NC
15	5(1)	54-78	1	300-400	6-22	4/5(80%)	2/5(40%)	24 meses	3
16	1(1)	NC	NC	550	11	0	0	NC	NC
17	1	68	3	750	7	NC	NC	1 mes	1
18	1	58	NC	200	10	0	0	5 meses	1
19	3	49-58	NC	150-300	8 – 9	0	0	3 meses	3
20	9(1)	24-55	NC	300 - 900	8 – 21	9/9(100%)	0	48 meses mediana 15	9
21	14	NC	NC	<150	NC	NC	1(7%)	NC	NC
22	3(3)	59-66	NC	100-250	5-8	1/3(33%)	0	NC	NC
23	8(1)	47-70	media 2.6	400-1000	3-11	4/8(50%)	1(12.5%)	NC	NC
24	1	79	3	380	6	NC	NC	3 meses	1
25	13	media 67	media 2.8	media 1000	media 5.1	4/13(31%)	3(24%)	NC	NC
26	10	63-74	NC	220-440	7-9	1(10%)	0	36 mediana 31	5
27	11(11)	42-80	NC	150 – 1000 mediana 500	NC	2/11 (18%)	1/11 (10%)	18.9, mediana 7.1	8/11 (72%)
28	84(13)*	36-79	1-4	mediana 550	8-31	12/84(14%)	7/84 (8%)	44 meses (Media 18 meses)	70/84 (83%)
29	3	58-64	NC	100 – 550	NC	NC	NC	47 meses (rango 8-47, media 20)	NC
30	34(16)**	43-79	1-3	100 – 700 media 325	NC	9/27(33.3%)	2/27(7.4%)	12 meses	32/34 (94%)
31	8/(1)	41-73	NC	400 – 1050 media 675	7-28 media 12.8	3/8 (37.5%)	2/8 (25%)	14 meses (rango 4 -14, media 6.1)	8/8
32	11(4)	46-68 mediana 61	NC	50-750 mediana 150	media 7	5/11 (45%)	1/11	NC	11/11
32	7(3)	51-68 mediana 63	NC	50-650 mediana 100	media 7	2/7 (28%)	0	NC	7/7
33	25***	43-77 mediana 60	NC	200-1500 media 640	mediana 12 rango 8-31	9/25 (36%)	0	mediana 9 meses	24/25 (96%), 22/24 (92%)

CONTINUACIÓN TABLA I.

Ref	Pts (mujeres)	Edad (años)	ASA	Sangrado (mL)	Estancia hospitalaria (días)	pT3-T4(%)	pN+(%)	Duración máxima del seguimiento	Pacientes vivos libres de enfermedad
34	5(1)****	38-66 mediana 43	2	150 – 800 mediana 400	3 – 14 mediana 5	1/5 (20%)	1/5 (20%)	6-43 meses mediana 9	5/5
35	28	58-73, media 68.5	NC	400 – 1500 mL media 850	NC	NC	NC	2 años	28/28
36	46	36-71	NC	155-567 mL media 276	12 – 35 media 17.6	23/46 (50%)	5/46 (11%)	3 - 19 meses media 6.1	44/46 (95%)
37	20(1)	42-78 media	≤4	400-620 mL media 520	15 – 22 media 18	7/20 (35%)	1/20 (5%)	3 – 37 meses media 19.5	18/20 (90%)
38	83(NC)	NC	NC	media 376 mL	8-19, media 13.2	NC	NC	1 – 36 meses, media 9	67/83 (80%), 7/67 (10%)
39	17	26-87 media 65 (todos los 46 pacientes)	≥ 2	media 788 mL	NC	3/17 (18%)	4/17 (23%)	media 28 meses	NC
39	37	26-87 media 65 (todos los 46 pacientes)	≥ 2	media 378 mL	NC	7/37 (19%)	5/37 (14%)	media 23	NC
40	30(2)	35-78 media 58	media 2.3	media 414 mL	media 9.2	15(50%)	2 (6.7%)	15-54 mediana 33	26/30 (87%), 23/26 (88%)
41	20(7)	69-86 media 77.6	2-4 media 3.3	653 (300- 1400)	4 – 32 mediana 6	NC	NC	NC	NC
41	14(4)	66-87 media 76.5	2-3 media 2.6	50-500 mL, mediana 212	4 – 7 mediana 6	NC	NC	NC	NC
42	20(3)	38-77 mediana 66	1-3 media 2	100-1150 mL, mediana 150	7-22 mediana 10	4/20 (20%)	2/20(10%)	7 – 44 meses mediana 23	19/20 (95%), 18/19 (95%)
43	85(8)	39-81 media 62.4 42-75	media 2.3	50-1000 mL media 280	17	29/85 (34%)	9/85 (10%)	1 – 41 meses media 23	80/85 (94%), 77/80 (96%)
44	14(14) *****	47-79	NC	media 350	NC	2/14(14%)	2/14(14%)	3-60 meses	NC
45	40(10)	media 63.6	NC	NC	NC	6/40 (15%)	8/40 (20%)	2-24 meses, mediana 13	35/40 (87.5%), 33/40 (82.5%)
46	50 (NC)	NC	NC	media 363 mL	media 8	14/50(28%)	3/50(6%)	NC	NC

CONTINUACIÓN TABLA I.

Ref	Pts (mujeres)	Edad (años)	ASA	Sangrado (mL)	Estan- cia hospi- talaria (días)	pT3-T4(%)	pN+(%)	Duración máxima del seguimiento	Pacientes vivos libres de enfermedad
47	10(1)	54-75, media 63.5	NC	NC	19-35, media 24.7	5(50%)	1(10%)	4-30 meses, media 14.8	8/10(80%), 6/10 (60%)
48	38(2)	media 67.9	1-3, me- dia 2	media 430 mL	media 12.7	16 (42%)	4 (10%)	NC	NC
49	21(7)	33-81, media 67.4	media 2.7	media 258 mL	media 5.1	3 (14%)	4 (19%)	NC	NC
50	31	media 61.3	NC	media 250 mL	media 19.7	11 (35%)	5 (16%)	8-44 meses, media 25	25/31(80%), 24/25
50	20	media 60.8	NC	media 236 mL	media 24.7	7 (35%)	4 (20%)	1-34 meses, media 14	18/20(90%), 16/18
51	36(4)	media 67.5	NC	media 420 mL	media 10.9	13 (36%)	7(19%)	1-58 meses, 22 mediana	28/36(77%), 29/36

* 40 pacientes varones fueron sometidos a cistectomía con preservación de próstata

** 3 pacientes varones sometidos a cistectomía por atrofia vesical, 4 mujeres por carcinoma de cérvix

*** cistectomía con preservación de la cápsula prostática (RTUP o prostatectomía simple)

**** cistectomía radical laparoscópica con preservación nerviosa

***** En cinco casos se conservaron completamente las trompas de Falopio, los ovarios, el útero y la vagina

selección de los pacientes que con la menor invasividad. Actualmente las series de CRL se caracterizan por una proporción significativamente menor de pacientes con estadios patológicos localmente avanzado o puntuaciones ASA altas o de pacientes mayores respecto de las series de cistectomía abierta.

Los cuatro únicos estudios comparativos (37,48, 49,51) no consiguen demostrar claramente las ventajas de la cistectomía radical laparoscópica sobre la cistectomía abierta en relación con la morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria.

Aspectos técnicos

Las operaciones son normalmente realizadas con cinco o seis puertos. El tiempo operatorio es extremadamente dependiente de la curva de aprendizaje y del tipo de derivación. La derivación urinaria intracorpórea lleva mucho más tiempo que la extracorpórea, especialmente cuando se crea un reservorio ortotópico. Como consecuencia, la derivación se realiza solamente extracorpórea en la mayoría de las series recientes. La media o mediana del tiempo total de cirugía es de alrededor de 300-400 minutos, con un rango entre 3 y 12 horas.

En cinco series la CRL era mano-asistida a (17, 23,32, 46,50) y en siete asistida por robot (18, 21, 22, 41, 42, 45, 49). Hay una comunicación de tres casos de CRL realizada por medio de la técnica de puerto único (LESS- Laparoendoscopic single site) (52).

Los pedículos vasculares se aseguran con endocortadoras o series de coagulación bipolar. Los mismos artículos comunican el excelente control vascular del bisturí armónico (14, 26). Se pone una atención extrema para evitar la salida de orina durante la disección porque la siembra tumoral es frecuente en el carcinoma de células transicionales. La pieza quirúrgica pesa unos 200-400 gramos y tiene un volumen correspondiente. Por lo tanto, puede ser extraída por una incisión abdominal, por vagina o por el ano. La incisión abdominal se utiliza generalmente para extraer el intestino para configurar la derivación urinaria. La longitud de la incisión tiene un rango entre 3,5 y 15 cm (25) pero generalmente es de unos 5-10 cm y puede ser también en forma de "Y" para facilitar la extracción (30). Se puede realizar una incisión nueva o extender la de un puerto.

Obviamente, en la CRL mano asistida la pieza se extrae a través del dispositivo de la mano. Como

TABLA II. SERIES DE CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: ASPECTOS TÉCNICOS.

Ref	Pts (mujeres)	Complicaciones perioperatorias, conversión	Muerte operato- ria	Márgenes quirúrgicos positivos	Nº Ganglios	Tipo de laparoscopia	Derivación urinaria. Intracorporea/ Extracorporea
9	9(9)	0,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	E
10	10(1)	4,0	1	NC	NC	Laparoscopia pura	E
11	2	0,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	I
12	5(2)	NC	0	0	NC	Laparoscopia pura	I
13	3(1)	1,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	I
14	9(1)	2,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	E
15	5(1)	1,0	0	0	3-4	Laparoscopia pura	I
16	1(1)	0,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	E
17	1	0,0	0	0	NC	Mano asistida	E
18	1	0,0	0	0	NC	Robótica	I
19	3	0,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	E
20	9(1)	6,1	0	1	3-5	Laparoscopia pura	E
21	14	3,2	0	0	NC	Robótica	E
22	3(3)	0,0	0	0	3-21	Robótica	E
23	8(1)	2,0	0	1	NC	Mano asistida	E
24	1	0,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	E
25	13	6,2	0	1	NC	Laparoscopia pura	E
26	10	0,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	E
27	11(11)	2,0	0	0	2 – 24 (13 mediana)	Laparoscopia pura	I
28	84(13)	6,0	0	NC	NC	Laparoscopia pura	E
29	3	2,0	0	NC	NC	Laparoscopia pura	E
30	34(16)	0,0	0	2/27 (7%)	2-49 mediana 14	Laparoscopia pura	E
31	8(1)	0,1	0	1/8 (12.5%)	7-16 media 10.8	Laparoscopia pura	E
32	11(4)	1,0	0	0	media 6	Mano asistida	I/E
32	7(3)	0,0	0	0	media 6	Laparoscopia pura	I/E
33	25	0,3	0	0	NC	Laparoscopia pura	E
34	5	0,1	0	0	6 – 36 mediana 17	Laparoscopia pura	E
35	28	0,0	0	0	NC	Laparoscopia pura	E
36	46	0,0	0	NC	NC	Laparoscopia pura	E
37	20(1)	6,1	1	0	14-25 media 19.6	Laparoscopia pura	E
38	83(NC)	3,2	1	NC	NC	NC	NC
39	17	5,0	1	NC	NC	Laparoscopia pura	I
39	37	4,0	0	NC	NC	Laparoscopia pura	E
40	30(2)	2,0	0	1/30	7-19 media 12	Laparoscopia pura	E
41	20(7)	14,0	0	NC	7-26 (16/20 pacientes)	Laparoscopia pura	E
41	14(4)	4,0	0	NC	13-42 (14/20 pacientes)	Robótica	E

CONTINUACIÓN TABLA II.

Ref	Pts (mujeres)	Complicaciones perioperatorias, conversión	Muerte operato- ria	Márgenes quirúrgicos positivos	Nº Ganglios	Tipo de laparoscopia	Derivación urinaria. Intracorporea/ Extracorporea
42	20(3)	0,0	0	0	6 -28, mediana 16	Robótica	E
43	85(8)	12,0	0	0	6-20 mediana 12	Laparoscopia pura	E
44	14(14)	2,0	0	0	7-18 mediana 12	Laparoscopia pura	E
45	40(10)	NC	NC	0	8-37, mediana 19	Robótica	E
46	50(NC)	NC	NC	1/50(2%)	Mediana 15	Mano asistida	E
47	10(1)	2,0	0	0	19-32, mediana 27	Laparoscopia pura	E
48	38(2)	3,2	0	4(10.5%)	media 11.9	Laparoscopia pura	E
49	21(7)	0,0	0	0	12-30, media 19	Robótica	NC
50	31	9,0	0	0	7-22, media 14	Mano asistida	E
50	20	7,0	0	1(5%)	12-26, media 17	Laparoscopia pura	E
51	36(4)	NC,0	0	0	4-26, media 14.2	Laparoscopia pura	E

la cistectomía abierta se puede realizar fácilmente a través de una incisión infraumbilical de 12-15 cm se puede debatir cuál es la ventaja real que puede ofrecer disminuir 5-10 cm la incisión. La extracción vaginal en mujeres, originalmente descrita por Puppo, no siempre se realiza, incluso si el acceso a través de la pared vaginal anterior permite completar la cistectomía y realizar, cuando sea necesaria, la uretrectomía total (9). Los grupos de Cleveland y Taipei extraían la pieza por vía vaginal en caso de exanterioración pélvica anterior (27,32). En casos seleccionados de cistectomía con preservación de órganos genitales la vagina no se abre durante la operación y la pieza se extrae por la incisión abdominal (27,44).

Solamente Tuerk extrae la pieza por vía transanal. Ésta era la vía natural para sacar la pieza, realizando a la vez una ureterosigmoidostomía (12). En una minoría de casos la derivación urinaria fue ureterostomía cutánea, ureterosigmoidostomía y neovejiga contínente. De 850 casos se realizó conducto ileal en 379 (45%) y neovejiga en 376 (44%). La derivación urinaria se realiza generalmente extracorpórea. Algunos autores realizan la anastomosis de los uréteres y de la uretra después de restablecer el neumoperitoneo. Solamente tres series comunican

la creación de la neovejiga ileal completamente intracorpórea (18, 27,39). Realizar la CRL y la neovejiga ortotópica consume mucho tiempo y necesita una curva aprendizaje larga. Lleva mucho más tiempo del necesario para el procedimiento abierto, unos 180 minutos. Probablemente ésta no sea la razón por la que muchas cistectomías laparoscópicas en pacientes bien seleccionados terminen con un porcentaje significativo de derivaciones urinaria no deseables, incluyendo derivaciones cutánea no continentales y derivaciones anales.

Seguimiento y control oncológico

La cistectomía radical es el "gold standard" en el tratamiento del cáncer vesical músculo invasivo y no músculo invasivo de alto riesgo. La series más grandes de cistectomía radical abierta de un único centro son las de Mansoura (6), Los Angeles (5) y Padua (54). En la serie de Ghoneim hay aproximadamente un 80% de los pacientes en estadio pT 3-pT 4, en las otras dos el 50% a (7,54).

El porcentaje de ganglios linfáticos positivos en el análisis patológico es de aproximadamente el

TABLA III. SERIES DE CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: ASPECTOS TÉCNICOS.

Ref	Pts (mujeres)	Nº Puertos	Control pedículos vasculares	Tiempo quirúrgico	Derivación urinaria Extracorpó- rea/Intra- corporea	Tipo de derivación urinaria
9	9(9)	5	Endocortadora	NC	E	Ureterostomía cutánea 1 Conducto ileal 8
10	10(1)	4	Endocortadora	195-245 min	E	Bolsa de rectosigmoide 4
11	2	6	Endocortadora	10-11.5 horas	I	Conducto ileal 6
12	5(2)	6	Endocortadora	6.9-7.9 horas	I	Bolsa de rectosigmoide 6
13	3(1)	6	Endocortadora	8.5-10.5 horas	I	Neovejiga ileal 3
14	9(1)	5	Endocortadora/ Bisturí armónico	6.5-12 horas	E	Neovejiga ileal 9
15	5(1)	6	Endocortadora	7-8 horas	I	Conducto ileal 6
16	1(1)	5	Coagulación bipolar	8.5 horas	E	Reservorio ileal continente 1
17	1	5	Endocortadora	7 horas	E	Conducto ileal 1
18	1	5	Coagulación bipolar	8.5 horas	I	Neovejiga ileal 1
19	3	5	Endocortadora	410-480	E	Neovejiga ileal 3
20	9(1)	5 or 6	Clips o Endocortadora	5 – 8 horas	E	Conducto ileal
21	14	6	Coagulación bipolar	media 260-380 min	E	Conducto ileal 3 Neovejiga ileal 11
22	3(3)	5	Clips	NC	E	Conducto ileal 1 Neovejiga ileal 2
23	8(1)	5	Endocortadora	330-465 min	E	Conducto ileal 8
24	1	5	Endocortadora	290 min	E	Conducto ileal 1
25	13	5	Endocortadora	Media 8h	E	Neovejiga ileal 13
26	10	5	Bisturí armónico	260-510 min	E	Ureterostomía cutánea 2 Ureterosigmoidostomía 2 Neovejiga ileal 6
27	11 (11)	6	Endocortadora	7 – 10.5 h	I	Conducto ileal 8 Neovejiga ileal 2 Reservorio ileal continente 1
28	84(13)	5	Coagulación bipolar	215 – 330 min	E	Conducto ileal 33 Neovejiga ileal 51
29	3	5	NC	6 – 6.5 h	E	Neovejiga ileal 3
30	34(16)		Endocortadora o clips	180 – 420 min media 244 min	E	Ureterostomía cutánea 4 Conducto ileal 18 Neovejiga ileal 9 Reservorio ileal continente 2 Neovejiga colónica continente 1
31	8/(1)	5	Clips	455-680 min media 560	E	Conducto ileal 6 Neovejiga ileal 2
32	11(4)	4	Endocortadoras	4.7 – 11 h, media 7	I/E	Reservorio ileal continente 11
32	7(3)	5	Endocortadoras	4.7 – 11 h, media 7	I/E	Reservorio ileal continente 7

CONTINUACIÓN TABLA III.

Ref	Pts (mujeres)	Nº Puertos	Control pedículos vasculares	Tiempo quirúrgico	Derivación urinaria Extracorpó- rea/Intra- corporea	Tipo de derivación urinaria
33	25	5	NC	200-380 min, media 285	E	Neovejiga ileal 25
34	5	NC	Clips	7-12 h, mediana 10	E	Neovejiga ileal 5
35	28	5	NC	7-10 h	E	Neovejiga ileal 15 Neovejiga Rectal 10 Ureterostomía cutánea 3
36	46	5	NC	185 – 369 min, media 295	E	Conducto ileal 46
37	20(1)	5	Clips	260–305 min, media 284	E	Neovejiga ileal 10 Conducto ileal 10
38	83(NC)	5	NC	media 8 h 40 min	NC	Conducto ileal 43, Neovejiga 23 Ureterostomía cutánea 14
39	17	NC	NC	media 9.4 h	I	Conducto ileal 8 Neovejiga ileal 9
39	37	NC	NC	media 6.3 h	E	Conducto ileal 18 Neovejiga ileal 19
40	30(2)	NC	NC	media 305 min	E	Conducto ileal 30
41	20(7)	5	NC	275-527, media 419 min	E	Conducto ileal 20
41	14(4)	5	NC	340 – 545, media 410 min	E	Conducto ileal 14
42	20(3)	6	Clips/Endocortad- ora	295-510 min, mediana 330	E	Conducto ileal 17 Neovejiga ileal 3
43	85(8)	5	Coagulación bipolar/Clips	210 – 605 min mediana 320	E	Neovejiga ileal 85
44	14(14)	5	Bipolar	media 350	E	Neovejiga ileal 14
45	40(10)	6	NC	NC	E	Conducto ileal 29 Neovejiga ileal 21
46	50(NC)	NC	NC	NC	E	NC
47	10(1)	5	NC	7-11 h media 8.5	E	Conducto ileal 4 Neovejiga ileal 6
48	38(2)	NC	NC	media 382	E	Conducto ileal 13 Neovejiga ileal 24 Ureterostomía cutánea 1
49	21(7)	NC	NC	media 4.2 h	NC	Conducto ileal 14 Neovejiga ileal 7
50	31	5	NC	media 365 min	E	Conducto ileal 24 Neovejiga ileal 7
50	20	5	NC	media 388 min	E	Conducto ileal 11 Neovejiga ileal 9
51	36(4)	NC	NC	media 428 min	E	Conducto ileal NC Neovejiga ileal NC

20% (5,6,7,54). Las tasas de supervivencia global a los cinco años son del 48% (6), 66% a (7) y 56% (54) respectivamente. Los artículos publicados sobre la CRL tienen tiempos de seguimiento considerablemente más cortos y un menor porcentaje de pacientes pT3-pT4 o pN+. En 13 series publicadas de CRL no se comunica el seguimiento. (10, 11,12, 14,16, 21,22, 23,25, 32, 41, 48,49). Cuatro series presentan un seguimiento menor de seis meses (17,18, 19,24). Diecisiete series tienen cinco o más pacientes y una media o mediana de seguimiento igual o superior a un año a (9, 15, 20, 26, 27, 28, 30, 35, 37, 39, 40, 42, 43, 45, 47, 50, 51). Entre todas suman 536 pacientes; el seguimiento más largo es de 58 meses, la media o mediana es aproximadamente de 10-20 meses. Se comunica que 387/482 pacientes están vivos y libres de enfermedad (80%). Cerca del 30% son pT3 o pT4 y el 10% presentan metástasis ganglionares. Considerando el seguimiento corto y la selección de los pacientes hacia estadios bajos, la tasa de curación resultante parece ser inadecuada. Hasta ahora, se han comunicado dos casos de metástasis en los puertos de entrada en la literatura, una incidencia sorprendentemente baja considerando que la siembra de tumor es frecuente en el cáncer de células transicionales (55,56). En cualquier caso, el número limitado de pacientes y la duración del seguimiento no permiten una evaluación definitiva de la seguridad oncológica de la CRL.

CONCLUSIONES

La cistectomía radical laparoscópica es todavía un procedimiento experimental. Sus indicaciones están aumentando, pero solamente en centros extremadamente comprometidos con la laparoscopia. Los primeros 936 casos demostraron que la CRL es seguramente viable. La morbilidad y mortalidad están por debajo de lo comunicado en las grandes series de cistectomía radical abierta. Además, la mayoría de las series de CRL tienen pacientes con menor comorbilidad y estadios más bajos. El sangrado y las estancias hospitalarias no son tan diferentes de las de la cistectomía abierta. La tasa de márgenes quirúrgicos es sorprendentemente baja y siempre afectó a casos avanzados. De todos modos, series recientes de cistectomía radical abierta y neovejiga ortotópica son similares.

Existe una falta de información sobre el número de ganglios linfáticos obtenidos durante la operación. Solamente las publicaciones más recientes comunican una mediana del número de ganglios linfáticos obtenidos dentro del rango fijado como estándar para cistectomía radical abierta. Obviamente, demostrar que una operación nueva es viable no quie-

re decir que debería sustituir a la vieja. La mayoría de las publicaciones sobre CRL están principalmente dedicadas a la descripción de la técnica operatoria; generalmente faltan los datos de seguimiento y las tasas de supervivencia. Sin embargo, juntando todos los artículos se puede tener, empíricamente, una idea sobre el control oncológico.

La población sometida a CRL está globalmente mejor seleccionada que la de las grandes series de cistectomía radical abierta y la tasa de supervivencia libre de enfermedad del 80% con el seguimiento comunicado parece ser inferior que la de las grandes series de cistectomía abierta. Obviamente, son necesarias cohortes de pacientes más homogéneas y más grandes, con seguimientos más largos para juzgar definitivamente esta operación en términos de seguridad quirúrgica y control oncológico. La CRL todavía consume mucho tiempo y dinero, necesita una curva de aprendizaje larga y cirujanos dedicados; todas estas razones parecen afectar negativamente al tipo de derivación urinaria elegida.

Muchas cistectomías laparoscópicas en pacientes bien seleccionadas terminan con un tipo de derivación urinaria no deseable. Mientras tanto, la cistectomía radical abierta también se está convirtiendo con el tiempo en menos invasiva, porque el sangrado y los tiempos operatorios se están reduciendo progresivamente. De acuerdo con esto, los estudios prospectivos comparativos no consiguen demostrar una superioridad de la CRL respecto a la cistectomía abierta para algunos de los resultados relevantes como tasa de transfusiones, tasa de complicaciones, tiempo hasta el alta o retorno a las actividades de la vida diaria. Queda, efectivamente, el mayor coste de la CRL en términos de instrumental, tiempo operatorio y equipo quirúrgico dedicado. Hoy en día, la CRL debe considerarse todavía un procedimiento experimental y en estos términos debe proponerse los pacientes

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

1. Parra RO, Andrus CH, Jones JP. Laparoscopic cystectomy; initial report on a new treatment for retained bladder. J Urol, 1992;148:1140-4.
2. Sanchez de Badajoz E, Gallego Perales JL, Reche Rosado A, Gutierrez de la Cruz JM, Jimenez Garrido A. Laparoscopic cystectomy and ileal conduit: Case report. J Endourol, 1995;9:59-62.
3. Puppo P, Perachino M, Ricciotti G, Bozzo W, Gallucci M, Carmignani G. Laparoscopically assisted transvaginal radical cystectomy. Eur Urol, 1995;27:80-4.

4. Knap M, Lundbeck F, Overgaard J. Early and late treatment-related morbidity following radical cystectomy. *Scand J Urol Nephrol*, 2004;38:153-160.
5. EORTC-GU Group. Neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999;354:533-540.
6. Ghoneim MA, el-Mekresh MM, el-Baz MA, el-Attar IA, Ashamallah A. Radical cystectomy for carcinoma of the bladder: critical evaluation of the results in 1,026 cases. *J Urol*, 1997;158:393-9.
7. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *J Clin Oncol*, 2001;19:666-75.
8. Herr H, Lee C, Chang S, Lerner S; Bladder Cancer Collaborative Group. Standardization of radical cystectomy and pelvic lymph node dissection for bladder cancer: a collaborative group report. *J Urol*, 2004;171:1823-8.
9. Puppo P, Ricciotti G. Videoendoscopically assisted transvaginal radical cystectomy. *J Endourol*, 2001;15:411-3.
10. Denewer A, Kotb S, Hussein O, El-Maadawy M. Laparoscopic assisted cystectomy and lymphadenectomy for bladder cancer: initial experience. *World J Surg*, 1999;23:608-11.
11. Gill IS, Fergany A, Klein EA, et al. Laparoscopic radical cystoprostatectomy with Conducto ileal performed completely intracorporeally: the initial 2 cases. *Urol*, 2000; 56:26-9.
12. Turk I, Deger S, Winkelmann B, Schonberger B, Loening SA. Laparoscopic radical cystectomy with continent urinary diversion (rectal sigmoid pouch) performed completely intracorporeally: the initial 5 cases. *J Urol*, 2001;165:1863-6.
13. Gill IS, Kaouk JH, Meraney AM, et al. Laparoscopic radical cystectomy and continent orthotopic Neovejiga ileal performed completely intracorporeally: the initial experience. *J Urol*, 2002;168:13-8.
14. Abdel-Hakim AM, Bassiouny F, Abdel Azim MS, et al. Laparoscopic radical cystectomy with orthotopic neobladder. *J Endourol*, 2002;16:377-81.
15. Gupta NP, Gill IS, Fergany A, Nabi G. Laparoscopic radical cystectomy with intracorporeal Conducto ileal diversion: five cases with a 2-year follow-up. *BJU Int*, 2002;90:391-6.
16. Chiu W, Radhakrishnan V, Lin CH, Huan SK, Wu MP. Internal bladder retractor for laparoscopic cystectomy in the female patient. *J Urol*, 2002;168:1479-81.
17. Peterson AC, Lance RS, Ahuja S. Laparoscopic Mano asistida radical cystectomy with Conducto ilealurinary diversion. *J Urol*. 2002;168:2103-5.
18. Beecken WD, Wolfram M, Engl T, et al. Robotic-assisted laparoscopic radical cystectomy and intra-abdominal formation of an orthotopic ileal neobladder. *Eur Urol*, 2003;44:337-9.
19. Guazzoni G, Cestari A, Colombo R, et al. Laparoscopic nerve- and seminal-sparing cystectomy with orthotopic ileal neobladder: the first three cases. *Eur Urol*, 2003;44:567-72.
20. Hemal AK, Singh I, Kumar R. Laparoscopic radical cystectomy and Conducto ilealreconstruction: preliminary experience. *J Endourol*, 2003;17:911-6.
21. Menon M, Hemal AK, Tewari A, et al. Nerve-sparing robot-assisted radical cystoprostatectomy and urinary diversion. *BJU Int*, 2003;92:232-6.
22. Menon M, Hemal AK, Tewari A, et al. Robot-assisted radical cystectomy and urinary diversion in female pacientes: technique with preservation of the uterus and vagina. *J Am Coll Surg*, 2004;198:386-93.
- *23. Taylor GD, Duchene DA, Koeneman KS. Mano asistida laparoscopic cystectomy with minilaparotomy ileal conduit: series report and comparison with open cystectomy. *J Urol*, 2004;172:1291-6.
24. Sircini A, Tuerk I. Laparoscopic radical cystectomy with Conducto ilealurinary diversion. *Urol Oncol*, 2004;22:149-52.
- *25. Basillote JB, Abdelshehid C, Ahlering TE, Shenberg AM. Laparoscopic assisted radical cystectomy with ileal neobladder: a comparison with the open approach. *J Urol*, 2004;172:489-93.
26. Simonato A, Gregori A, Lissiani A, Bozzola A, Galli S, Gaboardi F. Laparoscopic radical cystoprostatectomy: our experience in a consecutive series of 10 pacientes with a 3 years follow-up. *Eur Urol*, 2005;47:785-92.
27. Moinzadeh A, Gill IS, Desai M, Finelli A, Falcone T, Kaouk J. Laparoscopic radical cystectomy in the female. *J Urol*, 2005;173:1912-7.
28. Cathelineau X, Arroyo C, Rozet F, Barret E, Vallancien G. Laparoscopic assisted radical cystectomy: the Montsouris experience after 84 cases. *Eur Urol*, 2005;47:780-4.
29. Abreu SC, Araújo MB, Silveira RA, et al. Laparoscopic-assisted radical cystectomy with U-shaped orthotopic Neovjiga ilealconstructed using nonabsorbable titanium staples. *Urology*, 2006;68:193-7.
30. Gerullis H, Kuemmel C, Popken G. Laparoscopic cystectomy with extracorporeal-assisted urinary diversion: experience with 34 pacientes. *Eur Urol*, 2007;51:193-8.
31. Hong S, Seo S, Kim JC, Hwang TK. Laparoscopic radical cystectomy with extracorporeal urinary diversion: Preliminary experience. *Urol Int*, 2005;12:869-74.

32. Yang S, Huang YH, Ou Yang CM, et al. Clinical experience of laparoscopic-assisted radical cystectomy with Reservoir ileal continente reservoir. *Urol Int*, 2005;74:240-5.
33. Rozet F, Harmon J, Arroyo C, Cathelineau X, Barret E, Vallancien G. Benefits of laparoscopic prostate-sparing radical cystectomy. *Expert Rev Anticancer Ther*, 2006;6:21-6.
34. Lane BR, Finelli A, Moinzadeh A, et al. Nerve-sparing laparoscopic radical cystectomy: technique and initial outcomes. *Urol*, 2006;68:778-83.
35. Xia GW, Ding Q, Xu K, Zhang YF. Laparoscopic radical cystectomy with Neovejiga ileal and rectum pouch: the initial experience of 28 cases in China. *Chin Med J*, 2007;120:132-5.
36. Gao ZL, Fan J, Zhao JJ, et al. Laparoscopic radical cystectomy with extracorporeal Conduito ileal-urinary diversion for treatment of Chinese bladder cancer patients. *Urol Int*, 2007;79:204-9.
37. Sighinolfi MC, Micali S, Celia A, et al. Laparoscopic radical cystectomy: an Italian survey. *Surg Endosc*, 2007;21:1308-11.
- *38. Porpiglia F, Renard J, Billia M, et al. Open versus laparoscopy-assisted radical cystectomy: results of a prospective study. *J Endourol*, 2007;21:325-9.
39. Haber GP, Campbell SC, Colombo JR Jr, et al. Perioperative outcomes with laparoscopic radical cystectomy: "pure laparoscopic" and "open-assisted laparoscopic" approaches. *Urol*, 2007;70:910-5.
- *40. Hemal AK, Kolla SB. Comparison of laparoscopic and open radical cystoprostatectomy for localized bladder cancer with 3-year oncological followup: a single surgeon experience. *J Urol*, 2007;178:2340-3.
41. Abraham JB, Young JL, Box GN, Lee HJ, Deane LA, Ornstein DK. Comparative analysis of laparoscopic and robot-assisted radical cystectomy with Conduito ileal-urinary diversion. *J Endourol*, 2007;21:1473-80.
42. Dasgupta P, Rimington P, Murphy D, et al. Robotic assisted radical cystectomy: short to medium-term oncologic and functional outcomes. *Int J Clin Pract*, 2008;62:1709-14.
- *43. Huang J, Lin T, Xu K, et al. Laparoscopic radical cystectomy with orthotopic ileal neobladder: a report of 85 cases. *J Endourol*, 2008;22:939-46.
44. Lin TX, Zhang CX, Xu KW, et al. Laparoscopic radical cystectomy with orthotopic Neovejiga ileal in the female: report of 14 cases. *Chin Med J*, 2008;121:923-6.
45. Pruthi RS, Wallen EM. Is robotic radical cystectomy an appropriate treatment for bladder cancer? Short-term oncologic and clinical follow-up in 50 consecutive patients. *Urol*, 2008;72:617-20.
46. Stephenson AJ, Gill IS. Laparoscopic radical cystectomy for muscle-invasive bladder cancer: pathological and oncological outcomes. *BJU Int*, 2008;102:1296-301.
47. Ghazi A, Zimmermann R, Al-Bodour A, Shefler A, Janetschek G. Optimizing the Approach for Lymph Node Dissection during Laparoscopic Radical Cystectomy. *Eur Urol*, 2009 Jun 24. [Epub ahead of print]
48. Guillotreau J, Gamé X, Mouzin M, et al. Radical cystectomy for bladder cancer: morbidity of laparoscopic versus open surgery. *J Urol*, 2009;181:554-9.
- **49. Nix J, Smith A, Kurpad R, Nielsen ME, Wallen EM, Pruthi RS. Prospective Randomized Controlled Trial of Robotic versus Open Radical Cystectomy for Bladder Cancer: Perioperative and Pathologic Results. *Eur Urol*. 2009 Oct 20. [Epub ahead of print]
- *50. Wang SZ, Chen LW, Chen W, Chen JX, Lin HY. Hand-assisted versus pure laparoscopic radical cystectomy: a clinical outcome comparison. *Int J Urol*. 2009;16:360-3.
- *51. Ha US, Kim SI, Kim SJ, et al. Laparoscopic versus open radical cystectomy for the management of bladder cancer: Mid-term oncological outcome. *Int J Urol*. 2009 Nov 23. [Epub ahead of print]
52. White WM, Haber GP, Goel RK, Crouzet S, Stein RJ, Kaouk JH. Single-port urological surgery: single-center experience with the first 100 cases. *Urology*, 2009;74:801-4.
53. Imkamp F, Herrmann TR, Rassweiler J, et al. Laparoscopy in German Urology: Changing Acceptance among Urologists. *Eur Urol*. 2008 Oct 7. [Epub ahead of print]
54. Bassi P, Ferrante GD, Piazza N, et al. Prognostic factors of outcome after radical cystectomy for bladder cancer: a retrospective study of a homogeneous patient cohort. *J Urol*, 1999;161:1494-7.
55. El-Tabey NA, Shoma AM. Port site metastases after robot-assisted laparoscopic radical cystectomy. *Urol*, 2005; 66:1110.e1-1110.e3
56. Tanaka K, Hara I, Takenaka A, Kawabata G, Fujisawa M. Incidence of local and port site recurrence of urologic cancer after laparoscopic surgery. *Urol*, 2008;71:728-34.