



PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA Y ASISTIDA POR ROBOT VERSUS ABIERTA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

JOHN WILEY & SONS.

Cómo citar la revisión:

Prostatectomía radical laparoscópica y asistida por robot versus abierta para el tratamiento del cáncer de próstata localizado (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 9. Art. No.: CD009625. DOI: 10.1002/14651858.CD009625

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.

Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El cáncer de próstata se diagnostica con frecuencia en hombres de todo el mundo. La cirugía, en forma de prostatectomía radical, es uno de los procedimientos principales de tratamiento para los pacientes con cáncer de próstata localizado. De forma tradicional la prostatectomía se ha realizado como una cirugía abierta, generalmente a través de un abordaje retropúbico. El advenimiento de los abordajes laparoscópicos, que incluyen los asistidos por robot, proporciona una opción mínimamente invasiva con respecto a la prostatectomía radical abierta (PRA).

Objetivos

Evaluar los efectos de la prostatectomía radical laparoscópica o la prostatectomía radical asistida por robot en comparación con la prostatectomía radical abierta en pacientes con cáncer de próstata localizado.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda exhaustiva utilizando múltiples bases de datos (CENTRAL, MEDLINE, EMBASE) y actas de congresos sin restricciones de idioma de publicación o estado de publicación, hasta el 9 junio 2017. También se realizaron búsquedas bibliográficas de estudios incluidos y actas de congresos.

Criterios de selección

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios (ECA) con una comparación directa de la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) y la prostatectomía radical asistida por robot (PRAR) con la PRA, incluidos los ensayos controlados cuasialeatorios.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente clasificaron los estudios y resumieron los datos. Los resultados primarios

fueron: la supervivencia asociada con el cáncer de próstata, la calidad de vida relacionada con la función urinaria y la calidad de vida relacionada con la función sexual. Los resultados secundarios fueron la supervivencia sin recidiva bioquímica, la supervivencia general, las complicaciones quirúrgicas generales, las complicaciones quirúrgicas posoperatorias graves, el dolor posoperatorio, la estancia hospitalaria y las transfusiones de sangre. Para realizar los análisis estadísticos se utilizó un modelo de efectos aleatorios y la calidad de la evidencia se evaluó según GRADE.

Resultados principales

Se incluyeron dos estudios únicos con 446 participantes asignados al azar que presentaban cáncer de próstata clínicamente localizado. La media de la edad, el volumen de la próstata y el antígeno específico de la próstata (PSA) de los participantes fueron 61.3 años, 49.78ml y 7.09ng/ml, respectivamente.

Medidas de resultado principales No se encontraron estudios que analizaran el resultado supervivencia asociada con el cáncer de próstata. Según los datos de un ensayo, la PRAR probablemente da lugar a poca a ninguna diferencia en la calidad de vida relacionada con la función urinaria

(DM -1.30; IC del 95%: -4.65 a 2.05) y la calidad de vida relacionada con la función sexual (DM 3.90; IC del 95%: -1.84 a 9.64). La calidad de la evidencia se consideró moderada para ambos resultados de calidad de vida y se disminuyó por las limitaciones del estudio.

Medidas de resultado secundarias

No se encontraron estudios que analizaran los resultados supervivencia asociada con el cáncer de próstata. Según los datos de un ensayo, la PRAR puede dar lugar a poca a ninguna diferencia en las complicaciones quirúrgicas generales (CR 0.41; IC del 95%: 0.16 a 1.04) o en las complicaciones posoperatorias graves (CR 0.16; IC del 95%: 0.02 a 1.32). La calidad de la evidencia se consideró baja para ambas complicaciones quirúrgicas y se disminuyó por las limitaciones del estudio y la imprecisión.

Según dos estudios, la PRL o la PRAR pueden dar lugar a una mejoría pequeña, posiblemente no importante, en el dolor posoperatorio el primer día (DM -1.05; IC del 95%: -1.42 a -0.68) y hasta una semana (DM -0.78; IC del 95%: -1.40 a -0.17). La calidad de la evidencia se consideró baja para ambos puntos temporales y se disminuyó por las limitaciones de los estudios y la imprecisión. Según un estudio, la PRAR probablemente da lugar a poca a ninguna diferencia en el dolor posoperatorio a las 12 semanas (DM 0.01; IC del 95%: -0.32 a 0.34). La calidad de la evidencia se consideró moderada y se disminuyó por las limitaciones del estudio.

Según un estudio, es probable que la PRAR reduzca la duración de la estancia hospitalaria (DM -1.72; IC del 95%: -2.19 a -1.25).

La calidad de la evidencia se consideró moderada y se disminuyó por las limitaciones del estudio.

Según dos estudios, la PRL o la PRAR pueden reducir la frecuencia de transfusiones de sangre (CR 0.24; IC del 95%: 0.12 a 0.46). Si se supone un riesgo inicial para una transfusión de sangre del 8.9%, la PRL o la PRAR darían lugar a 68 transfusiones de sangre menos por 1000 pacientes (IC del 95%: 78 menos a 48 menos). La calidad de la evidencia se consideró baja y se disminuyó por las limitaciones de los estudios y la falta de direccionalidad.

A partir de la evidencia disponible no fue posible realizar ninguno de los otros análisis secundarios predeterminados.

Todos los datos de resultados disponibles fueron a corto plazo y no fue posible considerar la cantidad de cirujanos ni la experiencia.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

No existe evidencia de alta calidad para informar la efectividad comparativa de la PRL o la PRAR en comparación con la PRA para los resultados oncológicos. Los resultados vinculados con la calidad de vida relacionada con la función urinaria y sexual parecen similares.

Las tasas de complicaciones generales y posoperatorias graves parecen similares. La diferencia en el dolor posoperatorio puede ser mínima. Los pacientes sometidos a PRL o PRAR pueden tener una estancia hospitalaria más corta y recibir menos transfusiones de sangre. Todos los datos de resultados disponibles fueron a corto plazo y en este estudio no fue posible considerar la cantidad de cirujanos ni la experiencia.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Prostatectomía radical laparoscópica y asistida por robot versus abierta para el tratamiento del cáncer de próstata localizado

Pregunta de la revisión **¿Cómo se comparan la cirugía laparoscópica y la cirugía laparoscópica asistida por robot en el tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata?**

Antecedentes

El cáncer de próstata es un cáncer frecuente en hombres y a menudo se trata mediante la extracción quirúrgica. Tradicionalmente, los cirujanos solían hacer una incisión en el abdomen inferior para extraer la próstata. A este procedimiento se le llama prostatectomía radical abierta (PRA). Más recientemente, los cirujanos han comenzado a utilizar otras formas de realizar la misma operación. La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) permite a los cirujanos operar dentro del paciente con instrumentos largos y una cámara diminuta a través de incisiones pequeñas. La cirugía laparoscópica se puede realizar mediante

el uso de un dispositivo robotizado que le permite al cirujano tener una visión aumentada, tridimensional y operar desde una consola, lejos del paciente. A este procedimiento se le llama prostatectomía radical asistida por robot (PRAR). No está claro si los abordajes más nuevos mediante la PRL y la PRAR son mejores para los pacientes.

Características de los estudios

Esta revisión identificó dos ensayos controlados aleatorios con 446 pacientes que presentaban cáncer de próstata y tenían una edad promedio de aproximadamente 60 años, que compararon PRL o PRAR con PRA.

Resultados clave

No se encontró evidencia sobre cómo se comparan la PRL o la PRAR con la PRA en cuanto a la reducción del riesgo de muerte por cáncer de próstata, la prevención de que regrese el cáncer o de la muerte por cualquier causa. Con respecto a la función urinaria y sexual, la calidad de vida de los pacientes fue probablemente similar. Parece no haber diferencias en las complicaciones quirúrgicas posoperatorias. La PRL o la PRAR posiblemente pueden tener un efecto pequeño no importante sobre el dolor posoperatorio al primer día y hasta una semana. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre la PRAR y la PRA a las 12 semanas posoperatorias. Es probable que los pacientes sometidos a PRL o PRAR tengan una estancia hospitalaria más corta y puedan necesitar menos transfusiones de sangre.

Calidad de la evidencia

No se encontró evidencia a partir de ensayos para ningún resultado del cáncer. La calidad de la evidencia sobre la calidad de vida fue moderada; para las complicaciones quirúrgicas generales y graves fue baja. La calidad de la evidencia para el dolor posoperatorio fue baja (hasta una semana) y moderada (a las 12 semanas). La calidad de la evidencia para la estancia hospitalaria y las transfusiones de sangre fue moderada y baja, respectivamente. En conjunto, para la mayoría de los resultados la calidad de la evidencia fue baja a moderada. Lo anterior significa que es probable que las estimaciones sean cercanas a la verdad, pero existe la posibilidad de que puedan ser diferentes.