

ANALISIS DE 500 RESECCIONES ENDOSCOPICAS DE PROSTATA

Dr. Córca, Alberto Pablo

Resumen

Se presenta una serie de 500 R. T. U. consecutivas.

Se describen las ventajas de este procedimiento. Se analizan detalladamente todas las complicaciones y se destaca la baja morbimortalidad de esta técnica.

La mortalidad operatoria de esta serie fue de 0,2 %.

La resección endoscópica de la próstata es un procedimiento que lleva ya medio siglo de existencia, y mantiene su vigencia y aceptación por parte de pacientes y urólogos.

Este procedimiento se desarrolló en los Estados Unidos en la década de 1930, principalmente en las Universidades de Iowa, Michigan y en la Clínica Mayo.

Fue perfeccionado, aceptado y difundido en los Estados Unidos a partir de 1940.

Ya en 1941, mi maestro, el Dr. William Milner, publicó una serie de 700 casos con muy buenos resultados. Desde entonces se la ha utilizado con mayor frecuencia y en la actualidad es el procedimiento de elección en el 95 % de los pacientes portadores de adenoma de próstata con indicación quirúrgica.

La idea generalmente aceptada de que el riesgo de la R. T. U. es menor que el de la cirugía abierta, es real cuando se dan todas las condiciones; es decir, un operador experimentado y una precisa indicación; si esto no se obtiene, la R. T. U. es más riesgosa que la cirugía abierta.

En algunos casos el entusiasmo, en otros la falta de criterio y experiencia en este procedimiento, llevó a obtener malos resultados que produjeron un descrédito de esta excelente técnica operatoria.

El procedimiento se realiza bajo anestesia raquídea o peridural, el paciente es colocado en posición de litotomía. Se introduce la vaina con el obturador, se extrae éste y se colocan los distintos lentes para examen de vejiga y próstata. La resección se inicia en el lóbulo medio, desde el cuello hasta el ápex, y cortando fragmentos de 1 a 3 cm de largo se continúa hasta visualizar la cápsula prostática, después se resecan los lóbulos laterales. Para terminar, se examina la fosa prostática con el lente retrospectivo y se repara cuidadosamente la hemostasia.

Es de destacar que toda la resección se hace bajo estricto control visual. Por último se extraen todos los fragmentos de próstata que queden en la vejiga. Para facilitar la visibilidad todo el procedimiento se hace bajo el flujo suave y constante de agua destilada. Una vez terminado el procedimiento, que muy rara vez sobrepasa 1 hora de duración, se introduce una sonda Foley que permanece 1 a 2 días colocada. Por lo general el paciente es dado de alta a los 3 a 4 días. Se aconseja actividad física moderada y abstinencia sexual por 3 semanas.

Ventajas de este procedimiento

Las principales ventajas de este procedimiento son:

- 1) Acceso directo a la próstata, sin necesidad de incisión sobre abdomen ni abertura de la vejiga.
- 2) Fácil control de la hemostasia, mediante la coagulación de los puntos sangrantes bajo control visual. Esto posibilita reducir a un mínimo la pérdida de sangre, siendo las transfusiones raramente necesarias.
- 3) Movilización precoz del paciente que deambula dentro de las primeras 24 horas de la operación. Asimismo el paciente está autorizado a continuar con dieta general 6 a 8 horas después del procedimiento.

4) Es una operación indolora, no siendo necesario el uso de calmantes en el posoperatorio. Esto, por supuesto, favorece la rápida recuperación del paciente.

5) El período durante el cual el paciente permanece sondado es sólo de 1 a 2 días, y el período total de internación se reduce de 3 a 4 días.

6) Debido a que no hay incisión cutánea ni espacios muertos ni drenajes, las infecciones y sepsis están reducidas a un mínimo.

La combinación de todas estas ventajas hace que otras complicaciones operatorias se hayan visto reducidas; tal es el caso de flebotrombosis y embolias, así como complicaciones cardiovasculares. Es un procedimiento que altera poco el estado general, siendo bien tolerado, incluso en pacientes con significativo riesgo quirúrgico. La mortalidad en este procedimiento es muy baja; en las últimas series publicadas va del 0 al 1 %. En esta serie de 500 casos la mortalidad es de 0,2 %.

Indicaciones

En principio todos los pacientes con adenoma de próstata, en los cuales el tratamiento quirúrgico está indicado, son candidatos para la resección endoscópica, con algunas salvedades.

Hay una indicación formal en la resección endoscópica, que es el paciente con carcinoma de próstata obstructivo. En todo paciente con carcinoma de próstata obstructivo, y por lo tanto avanzado, está contraindicada la adenomectomía por vía suprapúbica, debido a que el plano de clivaje del adenoma (la llamada cápsula quirúrgica) está por lo general obliterado por el tumor, haciendo difícil la enucleación, muy sangrante y a veces se producen desgarros que pueden lesionar el esfínter externo y producir incontinencia.

Contraindicaciones

Anquilosis de ambas caderas, siendo imposible colocar al paciente en posición de litotomía. Si una cadera es móvil, es posible colocar al paciente en posición.

Estrecheces graves de la uretra posterior, que no son posibles de dilatar, obligan a diferir el procedimiento hasta que una adecuada plástica resuelva el problema.

Estrecheces de la uretra anterior no son nunca obstáculo, puesto que el procedimiento en estos casos se realiza a través de una uretrotomía perineal temporaria que se cierra, una vez finalizada la resección.

Con respecto al tamaño de la glándula, este procedimiento está contraindicado en las hipertrofias masivas o gigantes de la glándula.

El límite que es posible resecar varía con la habilidad de cada reseccionista. Se considera que un buen reseccionista, con adecuada experiencia, puede resecar 80-100 g de próstata en 1 hora, y ese sería el límite de tamaño.

Es de destacar que más de 95 % de las próstatas operadas por cualquier método están por debajo de ese límite. Es decir que, salvo en esas contadas excepciones, el tamaño

de la glándula no es un factor que pueda contraindicar la resección. Lógicamente, mientras más pequeño el adenoma más rápida y fácil es la resección.

Material y método

Se analiza esta serie de 500 resecciones consecutivas de la próstata realizadas por el autor desde 1973 a 1977.

De éstas, 225 fueron efectuadas en el Albany Medical Center Hospital de Nueva York y 275 en el Policlínico de Cuyo y Hospital Central de Mendoza.

La edad promedio de estos pacientes fue de 68,01 años y con una mínima de 46 años y máxima de 90 años.

El diagnóstico fue: 432, adenoma; 54, carcinoma de próstata; 11, esclerosis de cuello; 2, prostatismo granulomatoso; 1, leiomiomasarcoma.

El tamaño promedio de lo resecado fue de 23,4 g, con un mínimo de 2 g y un máximo de 120 g.

El tiempo de resección promedio fue de 34,7 minutos, con un mínimo de 9 minutos y un máximo de 75 minutos.

La anestesia de elección fue la peridural o espinal, dejando la general para los pacientes que la requirieron en forma específica o por problemas técnicos que impidieron la realización de la anestesia raquídea.

Resultados

El análisis de esta serie se refiere al período operatorio y posoperatorio con un mínimo de 4 meses de evolución.

Las complicaciones hemorrágicas se dividen en: 1) inmediatas, que ocurren en el acto quirúrgico y posquirúrgico hasta el 7º día, y 2) tardías, que van del 7º al 45º día.

La pérdida de sangre durante la resección endoscópica no es en sí misma una complicación, ya que es inevitable y debe ser considerada como tal en caso que sea excesiva.

La mejor forma para valorar la hemorragia intraoperatoria es establecer la necesidad de transfusiones durante el acto quirúrgico.

Se efectuaron transfusiones intraoperatorias en 22 pacientes, 4,4 %, y en el posoperatorio se efectuaron 4 transfusiones, 0,8 %; en total se efectuaron 37 transfusiones durante el período operatorio y posoperatorio, dentro de los 45 días, con un porcentaje global de 7,4 %.

Es de destacar que en 2 pacientes la transfusión operatoria se efectuó por la presencia de una anemia previa. En otros dos transfusiones en el posoperatorio se debieron a hemorragias digestivas.

En 5 casos en el posoperatorio inmediato fue necesario llevar al paciente a la sala de operaciones para fulgurar el vaso sangrante y también en un caso de hemorragia tardía.

Tabla n° 3:

En 6 casos se observó un síndrome de sobrehidratación debido a una excesiva absorción de líquido de irrigación. En todos ellos se hizo un diagnóstico rápido que permitió un total control de esta complicación sin ninguna otra consecuencia.

Tabla n° 4:

La incontinencia de orina posoperatoria se divide en 2 tipos: severa o total; afortunadamente no hubo ningún paciente con esta complicación y la leve y transitoria que sucedió en 5 pacientes, en todos desapareció en un período que varió entre 1 y 8 meses después de la operación. La esclerosis de cuello posoperatoria se observó en 9 casos. Afortunadamente la incidencia es de sólo 1,8 %, pero en mi experiencia es la complicación que más dificultad trae al paciente y que es más difícil de resolver.

De estos pacientes, en 2 casos el problema se solucionó simplemente con dilataciones periódicas, pero en 5 casos fue necesaria una resección endoscópica de tejido fibroso y en 2 casos debieron ser abordados por vía suprapúbica.

Las estrecheces de uretra se encontraron en 7 casos y todos fueron fácilmente solucionables con dilatación. Es de destacar que algunas de estas estrecheces aparecen de 6 a 8 meses después de la intervención, hecho que señala la necesidad de un control periódico en estos enfermos.

En 2 casos se produjo un shock séptico en el posoperatorio inmediato, pero ambos respondieron bien con la terapéutica habitual.

Se produjeron en total 8 casos de epididimitis posoperatoria con una incidencia de 1,9 %.

Es de destacar que en los primeros 260 casos no se efectuó vasectomía previa y en los restantes 240 se la efectuó en forma rutinaria.

En todos los pacientes que tenían orina estéril y se efectuó, previa la incidencia de epididimitis, fue de 0 %.

En esta serie se observó una fatalidad operatoria que significa una incidencia de 0,2 %.

Discusión

El análisis de esta serie de 500 casos consecutivos, y por lo tanto no seleccionados de resección endoscópica de la próstata, demuestra que la morbimortalidad de este procedimiento es muy baja. La mortalidad operatoria en esta serie es 0,2 %.

Es también evidente que la morbilidad operatoria, en lo referente a hemorragias y a infecciones graves, es poco frecuente.

Este hecho queda demostrado por el bajo número de transfusiones de sangre que se administraron a solamente 7,4 % de los pacientes, ya sea durante el acto quirúrgico o el posoperatorio inmediato y tardío.

Solamente en 22 enfermos se requirió sangre durante el acto quirúrgico por un excesivo sangrado.

Esto es consecuencia de que toda la operación se efectúa bajo directo control visual y la hemostasia se obtiene por fuiguración individual de cada vaso sangrante.

Debido a que no hay incisión cutánea que rompa la barrera natural que ésta produce, no hay infecciones quirúrgicas. La incidencia de shock séptico es muy baja, 0,4 %.

Las complicaciones obstructivas, estrechez de uretra, esclerosis de cuello, que tuvieron alta incidencia en las primeras publicaciones de este procedimiento, se han ido reduciendo con el mejoramiento de los materiales quirúrgicos, con la prevención de las infecciones de la uretra y con la disminución del traumatismo uretral.

A pesar de esto la esclerosis de cuello que ocurrió en 1,8 % sigue siendo, en nuestra experiencia, una de las complicaciones más severas de este procedimiento.

La incontinencia total responde a una interrupción completa del esfínter externo, consecuencia de un grosero error técnico.

En esta serie no se observó ninguna incontinencia total.

Las incontinencias leves y transitorias corresponden a una lesión menor del esfínter y se recuperan con ejercicios de los músculos perineales y con tiempo.

Con respecto a la recidiva del adenoma, según las series publicadas a los 5 años es aproximadamente en 6 %. En esta serie no se ha observado todavía ninguna recidiva, pero el período de control es todavía muy corto, pues los casos más antiguos tienen sólo 5 años.