

ADENOMECTOMIA PROSTATICA NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE 445 OPERACIONES

Dr. Irazú, J. C. - Dr. Cipitria, J. C. - Dr. Trombinl, M. - Dr. Demiceu, S. - Dr. López, S. - Dr. Esquivel, J.

Resumen

Se presentan 445 operaciones por adenoma de la próstata, a cielo abierto; en 408 se realizó adenomectomía retropúbica transcapsular y en 37 se utilizó la vía transvesical por tener patologías asociadas.

Se destaca la simplicidad de la técnica de Millin, practicada con instrumental convencional, el mejor acceso a la celda prostática y al cuello vesical y se analizan las complicaciones.

Introducción

La experiencia a través de los años en la cirugía del adenoma de la próstata, partiendo de la técnica original de Fuller y Freyer, y pasando por otras vías de abordaje y técnicas, nos permite inclinarnos por el uso casi sistemático de la operación descrita por Terence Millin, llevada a cabo actualmente con ligeras modificaciones.

En esta División Urología se comenzó a emplear la técnica de Millin con el instrumental original, en el año 1948, realizándose en forma electiva, hasta que a partir de 1980 se usa en forma habitual con instrumental convencional.

Material y método

Se evaluaron 445 historias clínicas de pacientes portadores de un adenoma de la próstata que fueron intervenidos por técnica de Millin o transvesical, entre enero de 1980 y diciembre de 1987.

La edad de los pacientes osciló entre 51 y 86 años con un promedio de 67 años (figura 1).

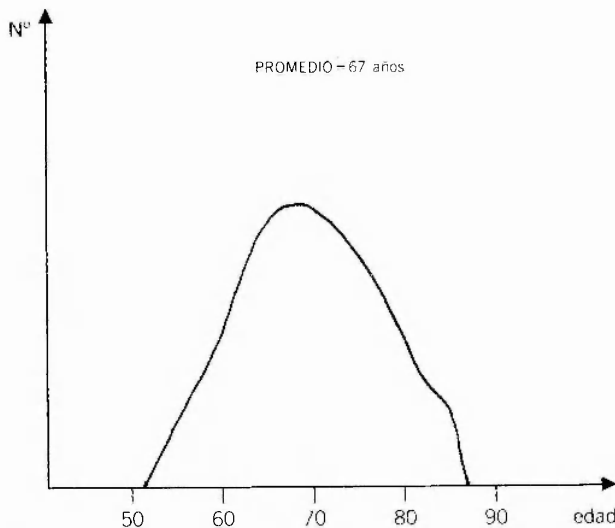


Figura 1. Edad promedio.

De acuerdo con la edad de los pacientes, se dividieron en cuatro décadas, observando la mayor cantidad de intervenciones entre la 6ª y 7ª década (tabla I y figura 2).

TABLA I
Frecuencia por décadas

Década	Nº	%
5ª	67	15,2
6ª	187	41,9
7ª	150	33,8
8ª	41	9,0
TOTAL	445	100

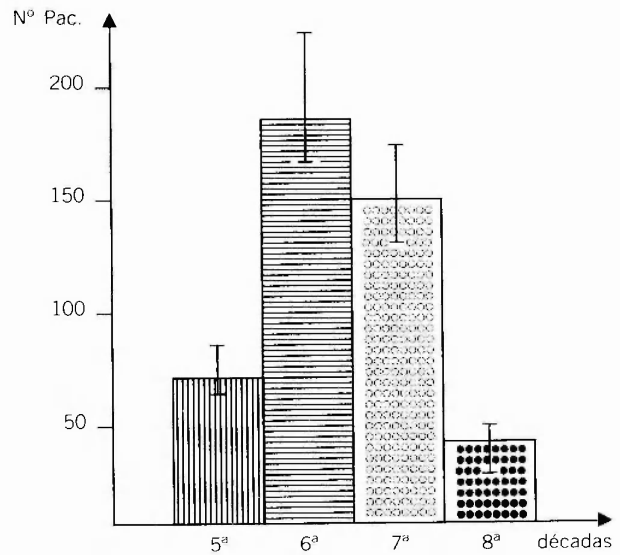


Figura 2. Frecuencia por décadas.

Motivo de consulta

La mayoría de los pacientes consultaron por prostatismo y retención aguda de orina.

Es de destacar que el prostatismo se consiguió como antecedente en todos ellos, con una duración aproximada entre 2 y 8 años (figura 3).

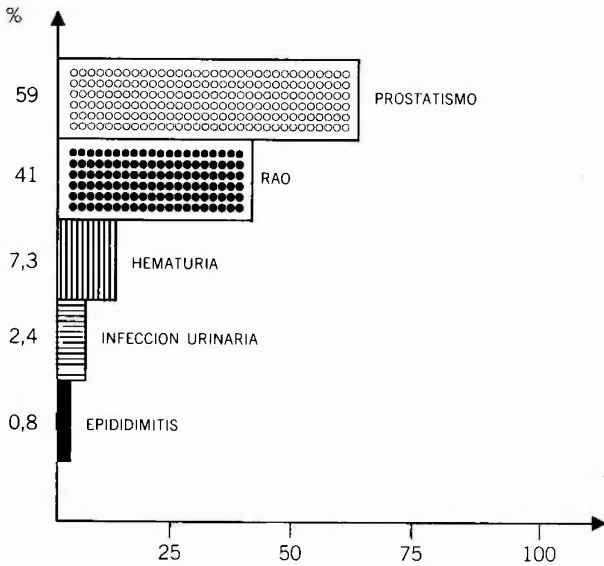


Figura 3. Motivo de consulta.

Todos los pacientes fueron evaluados con interrogatorio, examen físico completo, tacto rectal, rutina de laboratorio, coagulograma, urograma excretor con placa posmiccional, riesgo quirúrgico y examen endoscópico.

Sólo se practicaron uretrografías retrógradas o miccionales y cistografías en pacientes con antecedentes uretrales o dificultad para el pasaje del fibroscopio.

Por ser el abordaje retropúbico transcapsular del adenoma la técnica de preferencia, se realiza en forma sistemática la uretrocistofibroscopia en forma prequirúrgica inmediata con anestesia local.

Este procedimiento nos permite descartar patología vesical asociada, que pueda contraindicar el uso de esta vía.

El urograma excretor es valioso para evaluar la proyección endovesical del adenoma, la posible repercusión urétero-renal, así como el residuo posmiccional y otras patologías asociadas.

La cistofibroscopia, juntamente con el tacto rectal y el urograma excretor, constituyen para nuestras posibilidades de estudio, la tríada elemental de diagnóstico, para decidir si se realizará el abordaje del adenoma a cielo abierto, motivo de la presente comunicación, o por vía endoscópica.

Cuando consideramos que las patologías asociadas, por sus características o ubicación, contraindicaban la realización de la técnica de Millin, se optó por practicar el abordaje transvesical en 37 casos (figura 4).

- 12 DIVERTICULOS
- 9 Ca DE VEJIGA
- 8 LITIASIS VESICALES
- 7 LITIASIS URETERALES
- 3 ESTENOSIS URETRALES
- 2 EVENTRACIONES

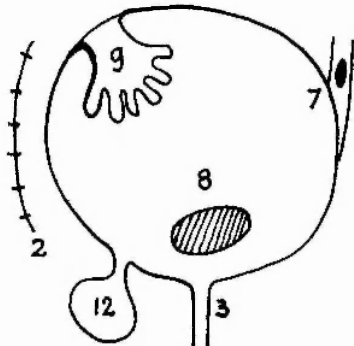


Figura 4. Patología asociada.

La extracción de litiasis vesicales habitualmente la realizamos por la vía de Millin.

De las 445 operaciones realizadas, se utilizó la vía de Millin en 408 pacientes, o sea en 91,7% y la vía transvesical en 37 pacientes, lo que representa 8,3% (tabla II).

TABLA II
Vía de abordaje

Operación	Nº	%
Millin	408	91,7
Transvesicales	37	8,3
TOTAL	445	100

Técnica quirúrgica

Previa anestesia se coloca el paciente en ligero Trendelenburg, quebrando la camilla a nivel del pubis. Para facilitar el abordaje de la cápsula es conveniente vaciar la vejiga.

Se realiza la vasectomía en forma sistemática.

Se practica una incisión mediana infraumbilical, identificada la vejiga, se la protege con una gasa y se deprime con una valva maleable para exponer mejor la cápsula prostática, colocando además dos gasas reparadas en los espacios lateroprostáticos. Se efectúan dos puntos hemostáticos sobre la cápsula entre los que se va a practicar la incisión transversal de la misma con bisturí. Habitualmente se comienza la enucleación del adenoma con tijera para luego completarla en forma digital, extrayendo lóbulo por lóbulo, para finalmente, seccionar la uretra con tijera y regularizar la cápsula.

Se practica hemostasia en horas 5 y 7 con dos puntos profundos de catgut simple y luego se identifica el trigono y ambos meatos ureterales. A continuación se realiza una sección cuneiforme del cuello vesical que se sutura con catgut simple "0", tomando mucosa vesical y cápsula prostática. Previa instilación uretral con solución de nitrofuranos se coloca la sonda vesical plástica semirrígida tipo K77, que es fijada con puntos de lino 30 al glande y al frenillo. El cierre de la cápsula prostática se realiza con puntos separados de catgut cromado 1 y luego se comprueba la impermeabilidad de la sutura instilando suero por la sonda hasta llenar la vejiga. Se coloca drenaje prevesical cerrando la herida por planos sin dejar lavado continuo. En el posoperatorio inmediato se indica antibioticoterapia profiláctica, movilización precoz del paciente. Se retira la sonda uretral entre el 4º y 6º día (figura 5).

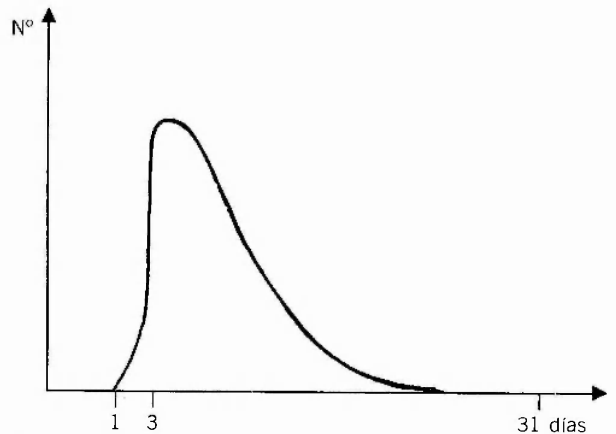


Figura 5. Días de sonda.

Resultados

De los 445 pacientes intervenidos, 53 (11,9%) presentaron un débito por el drenaje que se extendió más allá de las 48 horas.

Cuarenta y cinco de esos pacientes tuvieron pérdida de orina por el drenaje, una vez retirada la sonda, lo que motivó la recolocación de la misma por un período no mayor de 7 días.

En los 8 pacientes (1,8 %) restantes, la sonda se mantuvo entre los 21 y 35 días.

Cabe destacar que ninguno de estos pacientes requirió la solución quirúrgica de la fístula.

En 28 pacientes (6,3 %) se observaron supuraciones de la herida quirúrgica que prolongaron el período de la internación.

En veintitrés casos se observó hematuria franca con coágulos y bloqueo vesical, por lo que en algunos pacientes, fue necesario el lavado con la camisa del cistoscopio y jeringa de Toomey.

Una vez retirada la sonda, 16 pacientes (3,6 %), presentaron retención aguda de orina, por lo que fue necesario la reposición de la sonda por 48 a 72 horas.

En los pacientes controlados en el posoperatorio alejado por consultorio externo, se constataron 12 incontinencias de orina (2,6 %), que se prolongaron entre 3 y 6 meses, resolviéndose espontáneamente.

En 7 pacientes (1,5 %) se observaron hemorragias digestivas altas, de diferente magnitud, que respondieron al tratamiento médico.

Se comprobó sepsis en 5 pacientes (1,1 %), que obligó a su internación en el servicio de terapia intensiva.

Otras complicaciones detectadas en el posoperatorio inmediato, fueron: estenosis de meato, orquioepididimitis, pielonefritis, un accidente cerebrovascular y 2 óbitos, uno por infarto agudo de miocardio intraoperatorio y otro por sepsis (tabla III).

TABLA III
Complicaciones

Complicaciones	Nº	%
Fístulas	53	11,9
Supuraciones	28	6,3
Hematuria	23	5,1
RAO	16	3,6
Incontinencia	12	2,6
HDAIta	7	1,5
Sepsis	5	1,1
Est. medio	3	0,6
Epididimitis	2	0,4
Obitos	2	0,4
Pielonefritis	1	0,2
ACV	1	0,2
TOTAL	153	33,9

Se realiza sistemáticamente el estudio histopatológico de las piezas operatorias encontrándose en 11 pacientes (2,4 %) presencia de áreas de adenocarcinoma (figura 6).

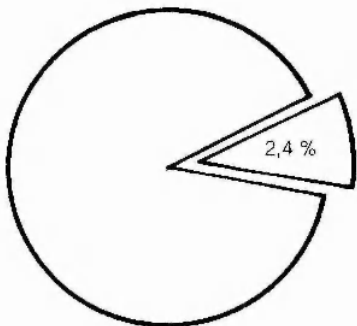


Figura 6. Hallazgo de carcinoma.

Consideraciones

Habitualmente la disección del adenoma se hace lóbulo por lóbulo, y no en bloque, lo que facilita su extracción y evita el desgarro de la cápsula prostática.

Se hace la resección del cuello vesical practicando una prolija hemostasia del mismo con catgut simple 00, lo que asegura una mejor evolución posoperatoria inmediata y alejada. No se efectúa trigonización.

Hasta tanto se constate la indemnidad de los meatos y la eliminación de orina por los mismos, no se procede al cierre de la cápsula.

El cierre minucioso de la cápsula prostática, que se realiza en un plano con puntos simples de catgut cromado 1, tratando de no evertir el plano endocapsular y la prueba de su impermeabilidad con suero antes de proceder al cierre de la misma, evita filtraciones en el posoperatorio, con un drenaje mínimo en las primeras horas.

La prolija hemostasia del espacio prevesical, y el lavado de la zona con solución diluida de povidona, ha disminuido notablemente las infecciones y supuraciones de ese espacio.

La baja incidencia de complicaciones infecciosas es atribuible a la protección antibiótica instituida a partir de la cistofibroscofia, en especial en aquellos pacientes con antecedentes de infecciones.

Asimismo, durante la intervención, se hace en forma sistemática la instilación de nitrofuranos previa a la colocación de la sonda.

La no utilización de lavado continuo hace que se reduzcan los gastos de líquido de irrigación, así como los cuidados de enfermería para mantener esa vía.

Otra contraindicación formal del lavado continuo es que, en nuestro medio, es sumamente difícil conocer la diuresis real del paciente en las 24 horas.

En el posoperatorio inmediato se redujo notablemente la necesidad de desobstrucciones por bloqueo, hecho atribuible al uso de la sonda plástica, que tiene un mejor calibre y por ello favorece el pasaje espontáneo de coágulos menores.

En la gran mayoría de nuestros pacientes, la sonda uretral se retira al 5º día del posoperatorio, lo que disminuye las posibilidades de infección y sus secuelas como la estrechez uretral.

Al retirar la sonda es común observar que los pacientes manifiestan tener micción imperiosa, que en general cede en las primeras 48 horas.

La retención aguda de orina una vez retirada la sonda, es atribuible al edema y/o congestión de la loge prostática, o bien a coágulos viejos retenidos.

El control y tratamiento riguroso de la infección posoperatoria, hace que no hayamos observado litiasis en los puntos de sutura ni estrecheces uretrales significativas.

En los pacientes que cursaron con supuración de la herida operatoria, se realizaron cultivos del tubo de drenaje que fueron positivos en la mayoría de los casos.

La poca incidencia de hallazgo anatomopatológico de carcinoma en sólo 11 pacientes, no coincide con otras estadísticas, pudiendo ser atribuibles al sistema de estudio seguido en el examen de la pieza operatoria.

En cuanto a la técnica transvesical, no se efectúa el cierre del cuello a lo Hrynstchak, una vez lograda una hemostasia satisfactoria. Los puntos hemostáticos son similares a los utilizados en la técnica de Millin.

Se cierra la vejiga en dos planos de catgut simple y poliglicol, verificando su impermeabilidad y utilizando el mismo tipo de sonda plástica. Esta vía de abordaje se utilizó en pacientes portadores de divertículos, tumores vesicales, que comprometen el meato, en litiasis vesicales múltiples y litiasis ureterales.

En 12 pacientes, se dejó sonda Pezzer por contraabertura vesical, por un período de 72 horas cuando las condiciones al cierre así lo aconsejaron, no modificando este medio la evolución posoperatoria significativamente.