

Estudio urodinámico comparativo: Su relación con el adenoma y el cáncer de próstata

Drs: ROMAN, J. A.; SECCHI, A.; AZA ARCHETTI, C.; MASSA, M.; PUCINSKI, A.

RESUMEN: El prostatismo es un cuadro que la mayoría de las veces se presenta con sintomatología irritativa y obstructiva; los métodos de diagnóstico en esta enfermedad están dirigidos al hallazgo de la obstrucción infravesical y, una vez demostrada, su tratamiento quirúrgico. Debemos recordar que la obstrucción se asocia en un porcentaje elevado a ciertas alteraciones vesicales como la inestabilidad del músculo detrusor, que de por sí sola puede ser responsable de la sintomatología del paciente. En el año 1971 Bates introdujo el término de "vejiga inestable" para describir una involuntaria e inevitable contracción del músculo detrusor durante el estudio cistomanométrico.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 52, 1992)

Palabras clave: Prostatismo - Síntomas Irritativos - Estudio Urodinámico.

INTRODUCCION

La inestabilidad vesical puede ser por causas:

- a) Neurogénicas: Cerebrales
Espinales
Arco sacro
- b) Vesicales: Obstrucción infravesical
Patología propia de la pared vesical (irradiación, infecciones crónicas, etc.)
- c) Psicológicas
- d) Idiopáticas

Otros de los grandes temas que tenemos en cuenta en este trabajo es la atipia prostática. La verdadera prevalencia del cáncer de próstata se desconoce; pero es probable que, si los carcinomas incidentales hallados en las piezas de prostatectomía en las autopsias fueran considerados, puedan llegar al 40% en varones mayores de 50 años de edad.

El cáncer prostático sería el de mayor prevalencia en el hombre. Aparentemente, sólo alrededor de un tercio de los cánceres de próstata se vuelven clínicamente manifiestos durante el período de vida del paciente; a su vez, puede estar asociado coincidentemente con la HPB obstructiva no siendo el CA la principal causa de obstrucción infravesical.

El objetivo de este trabajo es analizar y estudiar el comportamiento vesical (síntomas irritativos) relacionados con la patología prostática.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 102 pacientes de sexo masculino, con una

edad media de 64/35 años, que fueron derivados para ser estudiados urodinámicamente y que presentaban prostatismo. Para el presente trabajo se tomó en cuenta aquellos pacientes que presentaban síntomas obstructivos e irritativos, de los cuales se dio preferencia a estos últimos (polaquiuria, urgencia miccional, etc.). A estos pacientes se les realizó estudios urodinámicos con parámetros de: uroflujometría, presión intravesical durante la fase de llenado y de evacuación utilizándose catéteres uretrales de 9 Fr.

Las flujometrías se toman en forma aislada y con catéteres, el equipo utilizado para los estudios urodinámicos es un modelo 2118 de Wolf. Se dividió el lote de pacientes, una vez estudiados, en tres grupos:

- a) 38 pacientes con contradicciones no inhibidas frecuentes y con presiones intravesicales que oscilaban entre 80 y 100 cm de agua.
- b) 30 pacientes con contracciones no inhibidas aisladas y con presiones intravesicales que oscilaban entre los 80 y 100 cm de agua.
- c) 34 pacientes sin contracciones no inhibidas y con presiones intravesicales que oscilaban entre los 80 y 160 cm de agua.

Todos los pacientes fueron estudiados con ecografías prostáticas con transductor intrarrectal, y a los que les estaba indicado, se les realizó punción biopsia prostática.

Se deja constancia que la mayoría de estos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (adenomectomía) y otros siguen bajo control.

RESULTADOS

Del primer grupo, cuatro resultaron con diagnóstico de certeza de adenocarcinoma prostático; dos de ellos diagnosticados por punción biopsia ecodirigida, y dos, post adeno-

mectomía. Veinticuatro pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. Las contracciones no inhibidas presentadas durante los estudios urodinámicos eran frecuentes (tres o más de tres durante la fase de llenado). La capacidad vesical, dentro de los límites de la normalidad. La presión intravesical, en un 100% de este grupo, sobrepasaba los 80 cm de agua. La flujometría, en treinta y tres de estos pacientes resultaron con diagnóstico de adenocarcinoma prostático, dos de ellos como resultado de punción biopsia y uno, post adenomectomía.

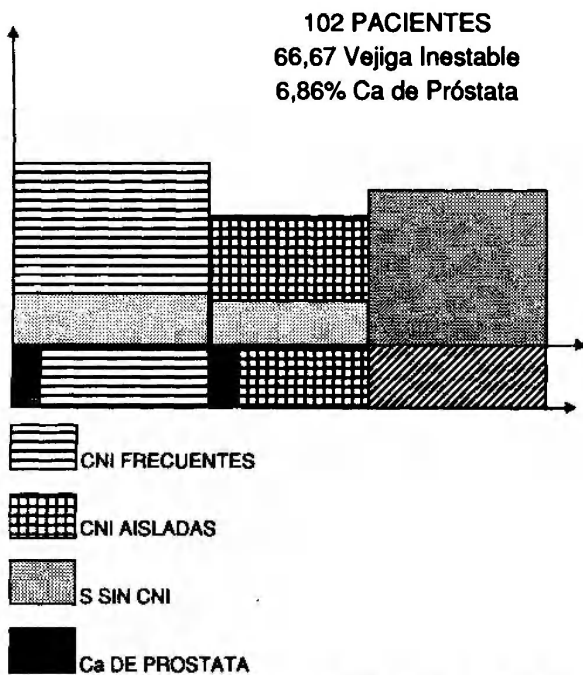
En lo que respecta al estudio urodinámico, las contracciones no inhibidas intravesicales, con cifras de 80 cm de agua hasta 100 cm de agua, con flujometrías bajas; veinticinco de éstas (83,33%) con menos de 10 ml/segundo, y cinco pacientes (16,67%), con flujometría entre 10 y 15 ml/segundo; todos éstos con capacidad vesical dentro de los límites de la normalidad. Del tercer grupo de pacientes, no se constataron adenocarcinomas prostáticos.

Los estudios urodinámicos no presentaron contracciones no inhibidas y, las flujometrías, con cifras que oscilaban hasta 10 ml/segundo. Capacidad vesical dentro de los límites de la normalidad.

RESUMEN

Del primer grupo de pacientes, se constataron cuatro con diagnóstico de CA de próstata (10,53%); el 100% de ellos presentaban contracciones no inhibidas frecuentes.

TABLA 1



Del segundo grupo de pacientes, resultaron tres con diagnóstico de CA de próstata (10%); el 100% de ellos no presentaban contracciones no inhibidas.

De los 102 casos estudiados, se constataron siete pacientes con diagnóstico de CA de próstata (6,86%).

Treinta y ocho pacientes presentaron contracciones no inhibidas frecuentes (37,25%); treinta pacientes, con contracciones no inhibidas aisladas (29,41%) y treinta y cuatro pacientes, sin contracciones no inhibidas (33,34%).

CONCLUSION

Los síntomas irritativos en los pacientes prostáticos, en un 66,67% corresponden a una vejiga inestable.

La totalidad de los pacientes con atipia prostática presentaban síntomas irritativos.

Por todo lo antedicho, sugerimos que, en aquellos pacientes con prostatismo y que además prevalezcan en ellos síntomas irritativos, se agudice el estudio y búsqueda del CA de próstata.

BIBLIOGRAFIA

1. Abranis, P. and Griffiths, D.: The assessment of prostatic obstructive form, urodynamic measurements and from residual urine. *Br. J. Urol.* 51:129, 1979.
2. Bates, C.; Whiteside, C. and Turner Warwick, R.: Synchronous cine pressure-flow cystourethrography. *Br. J. Urol.* 42:714, 1979.
3. Berry, S.; Coffey, D.; Walsh, P. and Ewing: The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J. Urol.* 132:474, 1984.
4. Culp, D.: Benign prostatic hyperplasia. Early recognition and management. *Urol. Clin. North. Am.* 2:29, 1975.
5. Cote, R.; Burke, H. and Schoenberg, H.: Prediction of unusual postoperative by urodynamic in benign prostatic hyperplasia. *J. Urol.* 125:690, 1981.
6. Lytton, B.; Emery, J. and Harvard, B.: The incidence of benign prostatic hyperplasia. *J. Urol.* 99:639, 1968.
7. International Continence Society; First and second reports, standardization of terminology of lower urinary tract function. *Urology.* 9:232, 1972.
8. Mc Guire, E.: Observations of a part time urodynamicist. *J. Urol.* 129:102, 1983.
9. Turner Warwick, R.: Clinical urodynamics. *Urol. Clin. North. Am.* 65:1051, 1980.
10. Secchi, A.: Valoración urodinámica de la obstrucción infravesical. 136 casos. *Rev. Arg. Urol.* 51:11, 1985.
11. Secchi, A.; Romano, V.; Roman, J.: Incontinencia de orina postadenomectomía prostática. *Rev. Arg. Urol.* 52:36, 1986.
12. Secchi, A.; Roman, J.: Importancia de la relación presión/flujo, en la obstrucción infravesical. *Rev. Arg. Urol.* 52:15, 1986.
13. Torben, D.; Poul Frimont Moller; Bruskewits, L.; Jensen, M.; Iversen, P. and Madsen, J.: The significance of uninhibited detrusor contractions in prostatism. *J. Urol.* 133:819, 1985.
14. Turner Warwick, R.; Whiteside, J.; Arnold, D.; Bates, C.; Worth, P.; Miloy, E.; Webster, J. and Weir, J.: Urodynamic view of prostatic obstruction and prostatectomy. *Br. J. Urol.* 145:631, 1973.