

¿QUE PUEDE SER MEJOR QUE LA CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA?

Resultados de 10 años de resección endoscópica y de adenomectomía sobre los trastornos miccionales y la sexualidad

Dres. Coeurdacier, P.; Labrador, J.; Staerman, F.; Corbel, L.; Cipolla, B.; Guille, F.; Lobel, B.

RESUMEN: El 50 % de los hombres de más de 50 años tienen lesiones histológicas de Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) y el 15 al 20 % son operados de su adenoma prostático^(2,4); 78.000 hombres son así operados en Francia cada año por obstáculo cérvico-prostático y 340.000 en los EE.UU. La incidencia de la cirugía es del 1,4 % en los hombres de más de 55 años^(7,10). En los EE.UU. la cirugía por HPB ocupa el segundo lugar de los gastos quirúrgicos, mientras que en Francia representa entre el 15 y el 35 % de la actividad de un Urólogo⁽¹⁰⁾.

El trabajo que nosotros reportamos tiene el objetivo de sostener las informaciones concernientes a los resultados a distancia de las dos técnicas quirúrgicas más utilizadas en el tratamiento de la HPB: la resección transuretral (RTU-P) y la adenomectomía transvesical (ATV). Seiscientos dieciocho pacientes operados entre 1979 y 1982 han sido reconvocados durante el año 1992; 390 habían sido operados por RTU-P y 228 por ATV. La eficacia de estos tratamientos quirúrgicos sobre los trastornos miccionales y la calidad de vida han sido precisados sin desconocer la morbilidad y la repercusión sobre la vida sexual, en un tiempo donde se multiplican los tratamientos no invasivos (médicos y psíquicos), cuya evaluación a largo plazo resta aún hacer.

(Rev. Arg. de Urol. Vol. 59, Nº 3, Pág. 163, 1994)

Palabras clave: Próstata; Hipertrofia benigna; Tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS

Seiscientos dieciocho pacientes, operados por HPB entre 1979 y 1982, han sido reconvocados en el curso de 1992 (Cuadro 1). Trescientos noventa habían sido operados por RTU-P y 228 por ATV. Solamente 317 pacientes asistieron a la convocatoria (51 %). En el grupo RTU-P, controlamos la evolución de 196 pacientes: 108 pacientes han fallecido y 88 han sido vistos y evaluados. En el grupo ATV, controlamos a 121 pacientes, 42 han fallecido y 79 han sido vistos y evaluados.

De los pacientes reconvocados se han excluido a aquellos que habían tenido antes de 1979, una cirugía uretral o prostática, aquellos que eran portadores de una vejiga neurogénica, de un cáncer de próstata o de vejiga.

El resultado miccional ha sido determinado de acuerdo con 3 criterios: un cuestionario sistemático siguiendo la escala de Boyarsky, cuantificando los trastornos miccionales según un Score de 0 a 21, una flujometría (flujómetro Dantec Urodyn 1000) y una ecografía post-miccional con medición del residuo vesical. La flujometría fue ininterpretable (volumen orinado < a 100 ml) en 28 pacientes después de la RTU-P y 22 después de la ATV. Esta flujometría ha sido interpretada en valor absoluto, ya que no se la había realizado en el preoperatorio, salvo en 18 % de los operados por RTU y en 15 % de los operados por ATV.

Service d'Urologie
Centre Hospitalier Regional et Universitaire
Rennes - Francia

	Evaluados	Fallecidos	Perdidos de vista
RTU N°	88	108	194
Edad Media	64,8 años (49-79)	73,3 años (48-99)	70,9 años (43-94)
ATV N°	79	42	107
Edad Media	65,7 años (51-84)	73,5 años (58-87)	72,4 años (50-88)

Cuadro 1: *Presentación de pacientes*

Los resultados objetivos son clasificados en *buenos, aceptables y malos*, siguiendo los criterios definidos en el Cuadro 2, teniendo en cuenta Score de Boyarsky, el residuo postmiccional y la flujometría, realizados en el momento en que el paciente ha sido reevaluado.

Un resultado subjetivo ha sido precisado teniendo en cuenta el informe de cada paciente visto, considerando él mismo su estado miccional y la repercusión de la cirugía y los trastornos residuales sobre su confort de vida. El confort ha sido juzgado *satisfactorio* cuando la mejoría percibida es cierta, *idéntico* en ausencia de mejoría y *mediocre* si el paciente se encuentra peor que antes del gesto operatorio.

	Score (Boyarsky)	Residuo postmiccional	Flujometría Qmax
Bueno	débil (≤ 4) y $\leq 50\%$ / preoperatoria	0	> 10 ml/s y mejoría $\geq 50\%$
Aceptable	mejoría	≤ 100 ml	mejoría $\leq 50\%$ o ≥ 10 ml/s en ausencia de flujometría preoperatoria
Malo	ídem o $>$	> 100 ml	\leq al preoperatorio < 10 ml/s en ausencia de flujometría preoperatoria

Cuadro 2: *Criterios de evaluación de los resultados*

	Bueno		Aceptable		Malo	
	preoper.	postoper.	preoper.	postoper.	preoper.	postoper.
Score RTU	10,5	3	10,9	4,9	9,9	7,6
ATV	10,9	2,3	9,6	3,9	10,8	8,7
Qmax RTU (ml/s)	7	16,7	5,3	12,5	7	5,6
ATV	6,1	19,1	7,2	11,6	6,8	9,5

Cuadro 3: *Valores medios del score y del débito miccional según el resultado*

El retorno a la función sexual ha sido estudiado con la ayuda de un cuestionario completado durante la consulta en 50 pacientes tratados por RTU-P, quienes tenían contactos regulares antes de la intervención, y en 50 operados por ATV.

Finalmente, la morbilidad a distancia y la mortalidad han sido precisadas bajo las dos formas de tratamiento.

RESULTADOS

El estudio trata: 1º) sobre el estado miccional objetivo y subjetivo en el momento en que los pacientes son evaluados; 2º) sobre las complicaciones aparecidas después de la cirugía y la sobrevida; y 3º) sobre las consecuencias sexuales en los pacientes activos antes de la intervención.

1º) Resultados sobre el estado miccional

Los resultados objetivos son evaluados según los criterios del Cuadro 2, en 3 grupos: *bueno - aceptable - malo*. Las cifras concernientes al Score de Boyarsky y al flujo máximo (Qmax) correspondientes a estos 3 grupos, figuran en el Cuadro 3. Los pacientes tienen un buen resultado cuando el Score es inferior a 4 y el flujo máximo superior a 10 ml/seg.

Después de la resección endoscópica (88 pacientes evaluados), 85 % de los pacientes tienen un resultado

objetivo *bueno* (61 %) o *aceptable* (24 %), con un *follow-up* medio de 10,4 años. La tasa de *malos* resultados es del 15 % (Cuadro 4); 72 % de los pacientes estiman su confort miccional *satisfactorio*, 21 % no perciben *ninguna mejoría* y el 7 % juzga su calidad de vida *mediocre*.

Los resultados son similares luego de la adenomec-tomía transvesical (79 pacientes evaluados) con un *follow-up* de 10,6 años. En 84,4 % de los casos el resultado miccional es *bueno* (59,5 %) o *aceptable* (25,3 %). La tasa de malos resultados es de 15,2 %; 72,2 % de los operados estiman su calidad de vida *satisfactoria*, 21,5 % no perciben *ningún cambio* y 6,3 % juzgan su resultado *mediocre*.

Resultados	Buenos	Aceptables	Malos
RTU	61 %	24 %	15 %
ATV	59,5 %	25,3 %	15,2 %

Cuadro 4: Resultados miccionales a 10 años

2º) Complicaciones después de la cirugía de la HPB

De los pacientes evaluados, presentaron complicaciones el 14 % (12/88) de los sometidos a una resección endoscópica y el 10 % de los operados por vía transvesical. Estas complicaciones están representadas por: estenosis uretrales (n = 10), esclerosis del cuello vesical (n = 13), incontinencia urinaria parcial (n = 5), recidiva del adenoma (n = 2) y orquitis (n = 1). Las complicaciones son repartidas por igual para las dos técnicas, salvo las estenosis uretrales, ya que encontramos un número mayor en las RTU-P (n = 7) que en las ATV (n = 3).

Once pacientes después de la resección endoscópica, han sido reoperados (12,5 %) de sus complicaciones y 7 después de la cirugía a cielo abierto (9 %), con un resultado juzgado *bueno* o *aceptable* en el momento en que ellos fueron reevaluados.

Así, 80 % de los pacientes operados y controlados presentan un resultado miccional *bueno* o *aceptable* a 10 años, sin necesidad de gestos complementarios y el 5 % requirió después una nueva intervención.

3º) Sobrevida después de la cirugía de la HPB

De los 317 pacientes, 108 fallecieron (55 %) en el grupo de los 196 operados por RTU-P y 42 (35 %) en el grupo de los 121 operados por ATV. En los dos grupos, los decesos sobrevivieron en un plazo medio de 4,7 años. Los pacientes que fallecieron eran los más añosos en el momento de la intervención: 73,3 años (48 a 99) contra 64,8 años (49 a 79) en las RTU-P y en la cirugía a cielo abierto 73,50 años (58 a 87) contra 65,7 años (51

a 84). Esta diferencia de 8,5 años y de 7,8 años explica en gran parte la mortalidad postoperatoria. En efecto, si consideramos que los pacientes fallecidos sobrevivieron un plazo medio de 4,7 años, esto lleva los decesos a 78 años en los dos grupos, edad que guarda relación con la actual esperanza de vida de los franceses.

4º) Cirugía de la HPB y repercusión sexual

Cuarenta y uno de los 50 pacientes (82 %) que tenían una actividad sexual regular antes de la RTU-P, la conservaron durante un período medio de 7,6 años (1-12 años). De los 45 hombres sexualmente activos al momento de la ATV, 35 han conservado una vida sexual ulterior (78 %) durante 6,4 años (1-13 años).

Dentro del grupo de pacientes sexualmente activos antes de la cirugía sobre el adenoma, la mitad ha estimado que su función sexual se ha deteriorado después de la intervención (24 de los 50 operados por RTU-P -48 %- y 22 de los 45 operados por ATV -49 %-). Las causas invocadas son: diserección en 79 y 64 % de los casos, alteraciones de la libido de la pareja en 33,5 y 45 % de los casos, trastornos de la eyaculación y del orgasmo en 25 y 36 % de los casos, multifactoriales en 42 y 36 % de los casos respectivamente, después de la RTU-P y la ATV. Sin embargo, 95 % de los pacientes operados por RTU-P estimaron su eyaculación modificada.

Como origen de estas modificaciones de la sexualidad, se deben considerar 3 causales diferentes:

- 1) las modificaciones propias de la cirugía;
- 2) la detención prolongada de la actividad sexual. Nosotros hemos constatado en la práctica sexológica general que a los 60 años, cuando un hombre incrumpe durante 6 meses su actividad sexual, requiere de 3 meses para retomar a sus performances anteriores, a los 65 años para un mismo tiempo de inactividad necesita de 6 meses y a los 70 años raramente retoma la actividad sexual;

- 3) los deseos de la pareja, a menudo disminuyen después de la menopausia y la detención de la sexualidad en el posoperatorio acelera ese proceso. *Todos los pacientes habían sido informados antes de la intervención, del riesgo cierto en su sexualidad.* Esta información es de suma importancia. Entre ellos, cuya sexualidad está deteriorada cualquiera sea el tratamiento realizado para la HPB, el 54 % ha presentado indiferencia a esta nueva situación, teniendo en cuenta su edad.

CONCLUSIONES

La cirugía para la HPB ofrece excelentes resultados a 10 años, ya que el 85 % de los pacientes presentan un confort miccional de buena calidad y el 80 % de entre ellos sin ningún gesto complementario. Actualmente, son pocos los otros tratamientos que ofrecen resultados comparables. Sin embargo, la repercusión observada sobre la vida sexual en cerca de la mitad de los casos, la

morbilidad a largo plazo que comprende de 10 a 14 % de los operados, deben hacer reflexionar antes de proponer un gesto quirúrgico cuando se trata de hombres jóvenes, que soportan mal un trastorno urinario y deseosos de proseguir su actividad sexual. Los tratamientos médicos o no invasivos aparentan ser los preferidos de primera intención en tales pacientes, ya que la eventual alteración sobre la sexualidad no ha sido objeto jamás de una evaluación precisa. El 15 % de nuestros operados presentan malos resultados, por ello el objetivo es el de precisar mejor aquellos que no se beneficiaron de una cirugía y de encontrar para ellos los tratamientos más eficaces y menos invasivos.

BIBLIOGRAFIA

1. Balslev Jorgensen, J.; Jensen, K. M. E.; Bille-Brahe, N. E.; Mogensen, P.: Uroflowmetry in asymptomatic elderly males. *Br. J. Urol.*, 1986, 58, 390-395.
2. Berry, S. J.; Coffey, D. S.; Walsch, P. C.; Ewing, L. L.: The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J. Urol.*, 1984, 132, 474-479.
3. Birch, N. C.; Hurst, G.; Doyle, P. T.: Serial residual volumes in men with prostatic hypertrophy. *Br. J. Urol.*, 1988, 62, 571-575.
4. Birkhoff, J. D.: Natural history of benign prostatic hypertrophy. En: *Benign Prostatic Hypertrophy*, 1983, cap. 1, p. 5-9. Ed.: F. Hinman Jr. y S. Boyarsky, New York: Springer-Verlag.
5. Bruskwitz, R. C.; Iversen, P.; Madsen, P. O.: Value of postvoid residual urine determination in evaluation of prostatism. *Urology*, 1982, 20, 602-604.
6. Drach, G. W.; Layton, T.; Bottaccini, M. R.: A method of adjustment of male peak urinary flow rate for varying age and volume voided. *J. Urol.*, 1982, 128, 960-962.
7. Holtgrewe, H. L.; Ackermann, R.; Bay-Nielsen, H.; Jonsson, B.; Levy, E.; Standaert, B.; Tajima, A.; Thibault, P.: The economics of BPH. En: *The International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) proceedings*, Paris, junio 26-27, 1991. Ed.: Cockett, A. T. K.; Aso, Y.; Chatelain, C.; Denis, L.; Griffiths, K.; Khoury, S.; Murphy, G.; S.C.I.
8. Iversen, P.; Bruskwitz, R. C.; Jensen, K. M. E.; Madsen, P. O.: Transurethral prostatic resection in the treatment of prostatism with high urinary flow. *J. Urol.*, 1983, 129, 995-997.
9. Johnson, C. L.; Chute, C. G.; Panser, L. A.; Hanson, K. A.; Guess, H. A.; Oesterling, J. E.; Lieber, M. M.: Natural history of benign prostatic hyperplasia (BPH): urinary flow rates in an age stratified, randomly sampled group of 2113 men. AUA proceedings, 87th annual meeting, 1992. *J. Urol.*, 1992, 147, 233A.
10. Leriche, A.: Rapport du 84e Congrès Français d'Urologie: l'hypertrophie bénigne de prostate. Paris, 1990.
11. Roos, N. P.; Wennberg, J. E.; Malenka, D. J.; Fischer, E. S.; Mc Pherson, K.; Andersen, T. F.; Cohen, M. M.; Ramsey, E.: Mortality and reoperation after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. *New Engl. J. Med.*, 1989, 320, 1120-1124.
12. Siroky, M. B.; Olsson, C. A.; Krane, R. J.: The flow rate normogram: II. Clinical correlation. *J. Urol.*, 1980, 123, 208-210.