**CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSURETRAL
RADICAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA****RADICAL TRANSURETHRAL ENDOSCOPIC
SURGERY OF PROSTATE CANCER**

Dres. Rizo, M. A.*; Manfredi, C. J.

RESUMEN: *Se presenta una nueva forma de tratamiento del cáncer de próstata en estadios incipientes, la cual por su menor agresividad es mejor aceptada por los pacientes.*

Se describen los materiales, instrumental, metodología, técnica quirúrgica y controles postoperatorios que realizamos; no se efectúa una evaluación de la misma por el escaso número de pacientes tratados hasta el momento y el corto tiempo de seguimiento.

En nuestra experiencia la operación es factible y no encontramos complicaciones postoperatorias de importancia, siendo favorable la evolución y corto el tiempo de internación, en cada tiempo quirúrgico.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 3, Pág. 110, 1995)

Palabras clave: Cáncer de próstata; Resección endoscópica transuretral; TURPC.

SUMMARY: *Showing a new method of treating Prostatic Cancer in incipient stage, which by its less aggressiveness is better accept by the patients.*

Describing materials, instrumental, methodology, surgical technique and postoperative controls that we realize; not achieving a evaluation of itself by the scanty number of treated patients till now and the short following period.

In our experience, the surgical operation is feasible and not find significant postoperative complications, with advantageous evolution and short hospitalizing.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 3, Pág. 110, 1995)

Key words: Prostate cancer; Transurethral Endoscopic Resection; TURPC.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, cuando la medicina en todos sus campos se esfuerza por realizar tratamientos cada vez

menos invasivos y en particular la urología es una de las ramas que más ha avanzado en este sentido, situación que lejos de detenerse nos permite constantemente conocer nuevas técnicas y tratamientos en todas las patologías de nuestra especialidad, sin ninguna duda el mayor énfasis en ese sentido se ha puesto en los tumores de la próstata. Aparecen continuamente, por ejemplo, nuevos métodos para tratar el adenoma de próstata.

También el cáncer de próstata ha sido en estos últimos años objeto de revisiones, en cuanto a la forma de

* Médico Urólogo del Instituto de Oncología

Universidad Nacional de Tucumán "Centro de Salud"
Avda. Avellaneda 740 - (4000) San Miguel de Tucumán - Argentina

Aceptado para su publicación en junio de 1995

diagnosticarlo y también, de tratarlo; así, la prostatectomía retropúbica radical con linfadenectomía que era el tratamiento de elección durante muchos años, está cediendo terreno a la prostatectomía perineal radical, apoyada por grandes estadísticas que indican que dependiendo de algunos parámetros, que hoy podemos conocer, antes de realizar cualquier procedimiento curativo, no es indispensable en todos los casos la linfadenectomía. Siguiendo esta forma de pensar y haciendo parangón con el adenoma de próstata, nos resultó lógico pensar —a pesar de lo controvertida que es la técnica— en la resección transuretral radical de próstata (TURPC), como un camino a seguir.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde que comenzamos a emplear esta nueva técnica tuvimos 9 pacientes; 8 de ellos fueron elegidos pues su estadificación eran T2 sin metástasis ni nodulos demostrables por tomografía computada; el restante, un T3 que se negó rotundamente a cirugía convencional abierta, aceptó solamente la cirugía endoscópica.

Por ser tan pequeña la población estudiada y tan corto el tiempo de seguimiento, sólo deseamos presentar nuestra metodología de trabajo, que está en constante revisión.

Para la TURPC es importante mantener un flujo laminar de la solución de irrigación en la punta de la camisa del resectoscopio, presión similar a la intraabdominal en la vejiga y buena visualización del campo operatorio, ser capaz de hacer los cortes tan precisos como con una cuchilla fría y poder alcanzar todas las partes de la glándula, incluyendo las vesículas seminales y la región apical de la próstata, respetando los límites de tejido sano. Esto implica la capacidad de diferenciar entre tejidos normales y patológicos.

Indicaciones

La indicamos en pacientes con tumores T1 a T2 con un PSA < de 10 y un tamaño < a 60 g o a los que teniendo un grado mayor, requieren cirugía radical y se niegan (debido a su escasa sintomatología) a cirugía abierta o que tengan riesgo operatorio (ASA 3).

Instrumental

Usamos un resectoscopio con camisa 28 French que nos da un flujo laminar y un corte de mayor diámetro (cortes grandes y tangenciales) y plano (alcance de la porción subvesical), por ser el ansa de resección prostática más grande.

La baja presión se consigue con un Trocar 16 fr mínimo, con media caña (Figura 1) para colocación de una sonda suprapúbica e indicador de presión; la succión se realiza solamente por efecto sifón.

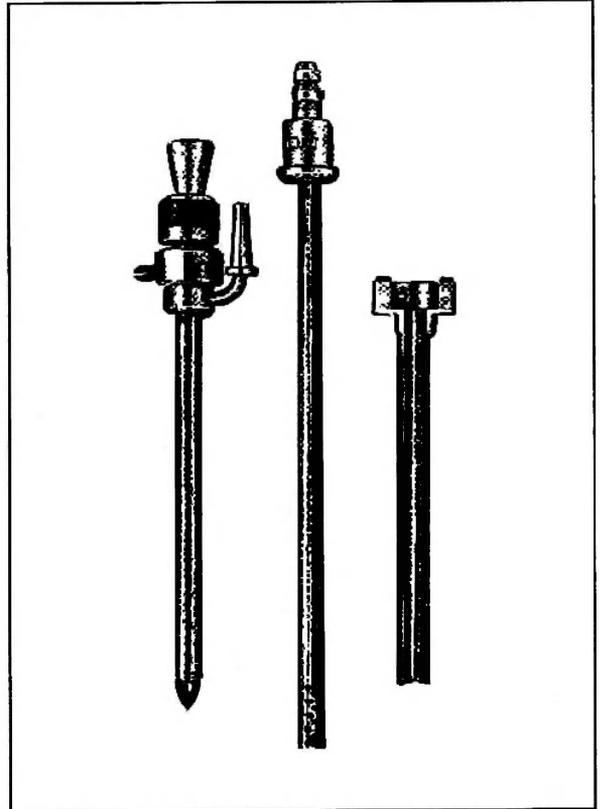


Figura 1: Trocar de Reuter.

El recipiente de solución de irrigación está fijado a la mesa quirúrgica y ubicado a 30 cm por encima de la sínfisis del pubis.

La solución irrigante que utilizamos es agua estéril e isotónica sin electrolitos con 27 g de sorbitol $C_6H_8(OH)_6$ y 5 g de manitol $CH_2OH(CHOH)_4CH_2OH$ por litro con lo que evitamos la posible hemólisis (Figura 2).

El electrobisturí automático de última generación marca Erbe que usamos tiene regulación de la corriente de corte y se adapta a la resistencia del tejido y regulación de la corriente de coagulación por la resistencia de los vasos y diferentes niveles de poder (Figura 3).

Contamos además con una cámara de video S-VHS y música continua para el paciente a través de auriculares.

Procedimiento

Usamos 2 tiempos quirúrgicos para la TURPC, separados entre sí por un lapso de 3 meses, durante los cuales damos análogos LHRH una vez por mes y antianandrógenos en 3 tomas diarias; sesiones adicionales en cánceres locales avanzados (T3 extendido); terapia radiante eventualmente; linfadenectomía pelviana laparoscópica adicional cuando es necesaria.

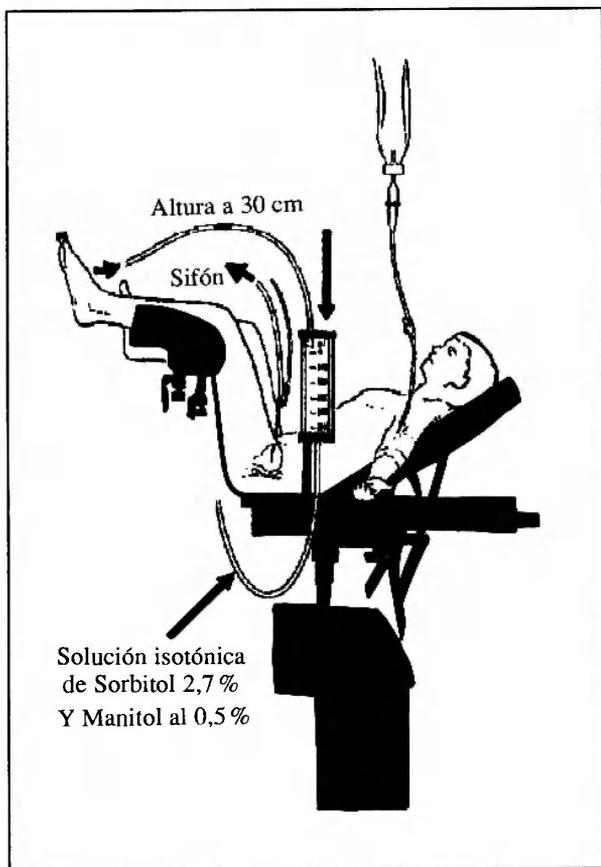


Figura 2

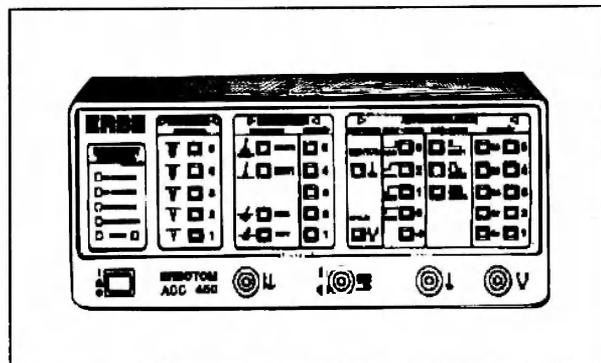


Figura 3: Unidad automática de electrocirugía.

Precauciones

Tratamiento de la infección ocasional; uretrotomía interna en estrecheces preoperatorias; suave introducción de la camisa con lubricantes con buena conductividad eléctrica; corto tiempo de cateterismo y fistula suprapúbica.

Técnica de resección

La vejiga vacía (máx. 50 cm³).

Palpación rectal durante la resección del lóbulo prostático posterior.

Inmediata coagulación de vasos en la cápsula y por fuera de ella.

Flujo de irrigación reducido al necesario para una orientación suficiente.

Hemodilución para autotransfusión preoperatoria cuando es posible.

Método de resección - Primer tiempo

Resección separada de los lóbulos medio y laterales, lóbulo medio con canal de irrigación inferior hasta el veromontanun, lóbulos laterales con canal en 11 horas (NESBIT) desde comisura anterior, resección de la cápsula por cuadrantes incluida la principal porción de las vesículas seminales, biopsia profunda del tejido remanente, por cuadrantes, resección del veromontanun con la capa profunda por separado (Fotos 1, 2, 3, 4 y 5).

Primer tiempo quirúrgico

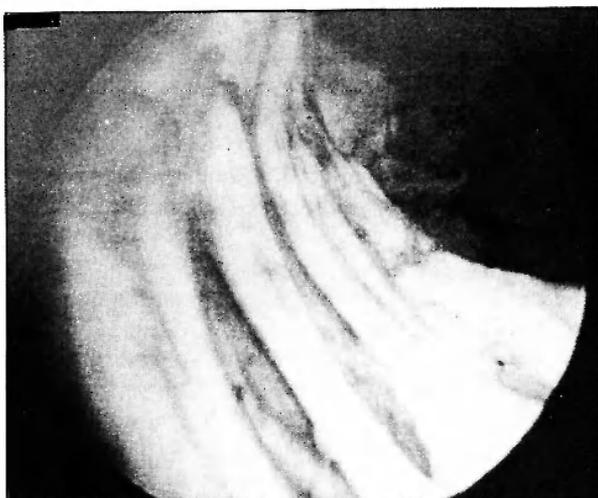


Foto 1: Cápsula prostática.



Foto 2: Tejido muscular periprostático.

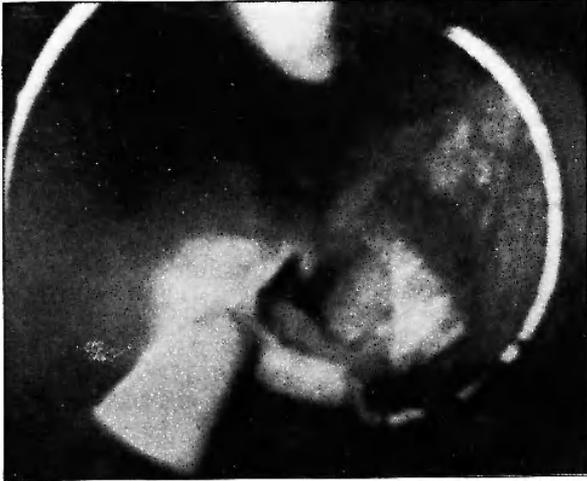


Foto 3: *Fascia de Denonvilliers.*



Foto 4: *Vesículas seminales.*



Foto 5: *Cápsula y pared del recto.*

Método de resección - Segundo tiempo _____
(a los 3 meses)

Resección de la loge cicatrizada por cuadrantes, biopsia de la porción profunda por cuadrantes.

Biopsia de las partes remanentes de las vesículas seminales y del veromontanun (Fotos 6, 7, 8 y 9).

Segundo tiempo quirúrgico

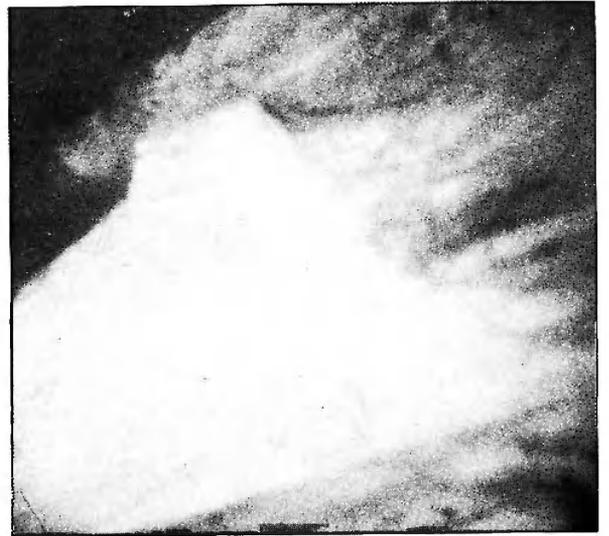


Foto 6: *Pared del recto.*



Foto 7: *Pared muscular lateral.*

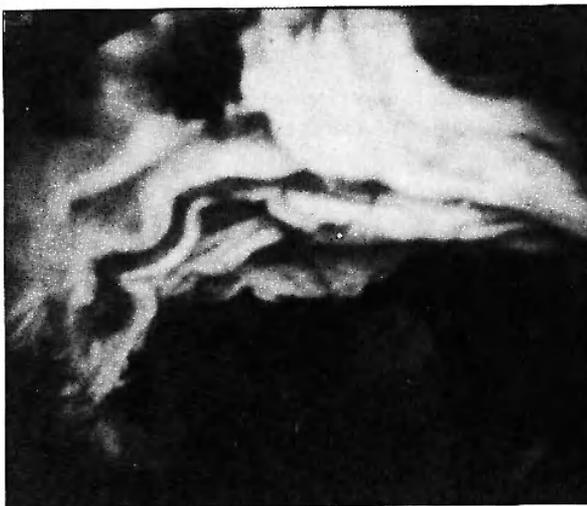


Foto 8: *Plexo de Santorini.*

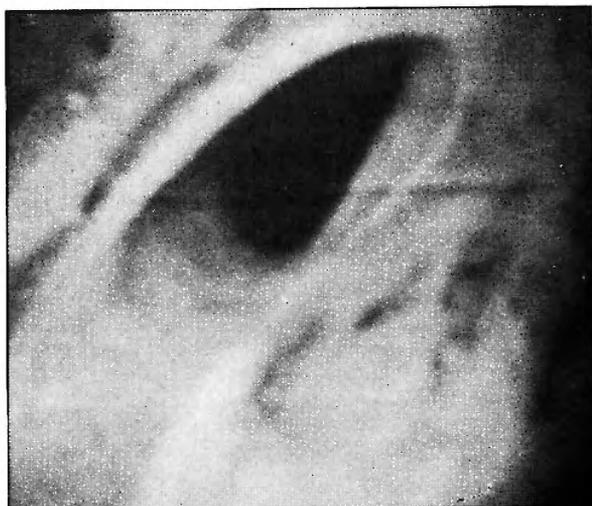


Foto 9: *Seno venoso.*

Tratamiento postoperatorio

Irrigación continua a través de la fístula suprapúbica.

Solución de irrigación a 30 cm sobre la sínfisis del pubis, fija a la cama.

Sonda hematórica 22 fr con balón de 30 a 50 cm, por 2 días.

Drenaje por fístula suprapúbica por 5 días.

Seguimiento de rutina

Control cuatrimestral con: PSA, palpación rectal, control endoscópico y ecografía transrectal.

Control anual con: gammagrafía ósea, radiografía de tórax y tomografía computada para nódulos linfáticos.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con nuestra experiencia la resección endoscópica del cáncer de próstata cumple el principal requisito, que es la remoción total del tejido a resecar, por lo que puede ser perfectamente llamada radical. Existían algunos problemas: el primero fue la linfadenectomía que como ya dijimos la solucionamos con una buena estadificación y elección del paciente, no realizamos linfadenectomía en estos casos, pues 2 estadísticas norteamericanas nos informan que dentro de nuestros parámetros menos del 1 % de los pacientes tienen metástasis ganglionares; quedaba por solucionar la hemorragia intraquirúrgica, los márgenes positivos de la lesión, difíciles de determinar por características inherentes a la resección del tejido a estudiar y la lesión del recto. La solución del primer problema, como en otros casos en medicina vino de la mano de la tecnología, con un nuevo equipo de electrobisturí, que produce un corte y una coagulación muy netos, sin provocar desgarros ni quemaduras en el tejido y vasos vecinos.

Es un hecho que hay prostatectomías radicales con márgenes positivos. El valor publicado más bajo es 10 %.

Sin embargo, con aumentar la atención del patólogo y los números de cortes histológicos por tejido removido, la probabilidad de márgenes positivos aumenta. Las últimas publicaciones registran cifras por encima de un 45 % de márgenes positivos.

La electrorresección transuretral del cáncer prostático no es aceptada frecuentemente, porque no hay garantía de márgenes negativos del tejido resecao. Un valor de 65 %, sin embargo, se logra por la resección transuretral y la operación puede ser repetida varias veces si hay evidencia de tumor residual, sin que el riesgo aumente.

Un aspecto primordial es la prevención de la diseminación de células tumorales durante una operación. En la prostatectomía radical no hay evidencia de aumento de metástasis, aunque el tumor sea manipulado durante la resección. Una importante diseminación de células tumorales durante una resección transuretral, puede ser prevenida, cuando se observan los aspectos siguientes: 1) mantener casi vacía la vejiga durante todo el tiempo operatorio; 2) flujo laminar de la solución irrigante y 3) corte atraumático.

El dedo en el recto asegura una precisa resección hacia el recto y ápex y ayuda a prevenir lesiones del mismo y del esfínter externo.

La morbilidad y mortalidad perioperatoria son despreciables, las complicaciones tardías y tempranas son controladas y se incluyen en el seguimiento de datos, enumerados anteriormente.

De todos modos cabe aclarar que no se trata de una técnica sencilla y que no se debe intentar realizarla sin tener previamente amplia experiencia en cirugía endoscópica y un acabado conocimiento de los tejidos que se están viendo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elder, J.; Jewett, H. y Walsh, P.: Radical perineal prostatectomy for clinical Stage B2 carcinoma of the prostate. *J. Urol.*, 127:706, 1982.
2. Frazier, H.; Robertson, J. y Paulson, D.: Radical prostatectomy: The pros and cons of the perineal vs. retropubic approach. *J. Urol.*, 147:888-890, 1992.
3. Lepor, H. y Lawson, R. K.: Enfermedades de la Próstata. Ed. Panamericana, 1994.
4. Matouschek, E.: "Urologish endoskopische Operationen. Stuttgart; New York Schattauer Verlag, 1987.
5. Reuter, H. J.: Técnica de la endoscopia urológica Stuttgart Wesel Baden Baden, 1979.
6. Reuter, M. A. y Epple, W.: Technical requirements for transurethral Resection of Prostatic Cancer. Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía Endoscópica. Florencia, 1993.
7. Reuter, M. A. y Epple, W.: Transurethral resection of prostatic Cancer Retrospective Study. Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía Endoscópica. Florencia, 1993.
8. Rizo, M. A.: La Resección Endoscópica del Cáncer de Próstata. Presentación preliminar. Congreso Argentino de Urología, Buenos Aires, 1994.

LUPRON DEPOT[®] 7,5 mg

Acetato de Leuprolide para Suspensión Depot

PARA EL
TRATAMIENTO
CLINICO
DEL CANCER
AVANZADO
DE PROSTATA

Una inyección intramuscular mensual

Reduce la concentración de Testosterona a niveles de castración

Baja incidencia de efectos secundarios

Mejora la calidad de vida de los pacientes

Permite un efectivo control de la enfermedad



ABBOTT

ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA S.A.
DIVISION PRODUCTOS FARMACEUTICOS

EN INFECCIONES URINARIAS

Quinodis[®]

fleroxacina

1x día

Primera y única quinolona de una sola dosis diaria con bioequivalencia oral e I.V. (1)

Vida media prolongada que permite una dosis diaria única. (2)

Elevada concentración en el sitio de la infección por encima de la CIM de los patógenos más frecuentes. (3)(4)

Elevada eficacia clínica y bacteriológica. (5)

DOS CONCENTRACIONES PARA UNA POSOLOGIA MAS PRECISA.

200 mg

400 mg

DESCUENTO
PAMI
50%

UNICA DOSIS DIARIA

QUINODIS: 1. Composición: fleroxacina. 2. Indicaciones: Infecciones del tracto urinario (no complicadas y complicadas). Gonorrea (no complicada). Exacerbación aguda de la bronquitis crónica. Infecciones gastrointestinales (bacterianas). Fiebre tifoidal. 3. Dosificación: 400 mg diarios en una toma única o en infusión intravenosa de una hora. (Ver información completa del producto). Una dosis oral única de 400 mg basta para combatir las infecciones gonococicas no complicadas, las infecciones urinarias no complicadas (cistitis en mujeres jóvenes), la diarrea del viajero y la enteritis bacteriana. Una dosis única diaria de 200 mg también es eficaz para el tratamiento de infecciones urinarias complicadas y no complicadas. 4. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la fleroxacina u otras quinolonas, incluyendo el ácido nalidixico. Niños y adolescentes por debajo de los 18 años. La fleroxacina no debe ser utilizada en mujeres embarazadas y durante el período de lactancia. 5. Precauciones: Pacientes ancianos y pacientes con alteración de las funciones del SNC y/o con sospechas de desórdenes neurológicos. Pacientes con insuficiencia renal severa. 6. Efectos secundarios: Aparato digestivo: náuseas, vómitos, diarrea. Sistema nervioso central: insomnio, dolor de cabeza, vértigos. Estado general: fatiga. Piel: prurito. Lugar de la inyección: flebitis. 7. Interacciones: Administración concomitante con sucralfato, antiácidos que contengan hidróxido de aluminio y/o hidróxido de magnesio pueden reducir moderadamente la absorción oral de fleroxacina y deberían por lo tanto ser evitados. 8. Presentaciones: Comprimidos de 200 mg y 400 mg, envases con 7 comprimidos. Frasco-ampolla para inyección i.v. de 100 ml con 400 mg. Referencias: (1) Cullmann, W. y col: International Journal of Antimicrobial Agents, 2, 203, 230 (1993). (2) Nightingale, C. H.: American Journal of Medicine Vol. 94 (Suppl. 3A) 38-43 (1993). (3) Weidekamm, T. y col.: The American Journal of Medicine - Vol. 94 (Suppl 3A) 75-80 (1993). (4) Paganoni, R. y col.: J. Antimicrob. Chemother., 22, 197-202 (1988). (5) Pimam, W. y col.: The American Journal of Medicine, 101-104, Vol. 94 (Suppl 3A) 1993.

Se halla a disposición de los señores profesionales amplia información sobre composición, propiedades, posología, indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales y secundarios, precauciones y advertencias.

*Quinodis = marca registrada.

Productos Roche S.A.Q. e I. Fray Justo Sarmiento 2350 - Olivos - CP 1636 - Bs. As. Impreso en la República Argentina - Sin valor comercial

Roche