

RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA

Dr. Biraben, Max - Dr. Rodríguez Consoli, Jorge - Dr. Braschi, Juan Carlos

Resumen

Se presentan los resultados obtenidos en la RTU de próstata en 451 pacientes sometidos a esta técnica en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata en el término de los 6 últimos años.

Se exponen las cifras obtenidas en relación con diversos parámetros y se concluye sobre la baja mortalidad y morbilidad del procedimiento.

Introducción

El propósito del presente trabajo es realizar una evaluación de los resultados de la resección transuretral de la próstata durante los 6 años de nuestra actuación en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Hemos tenido fundamentalmente en cuenta para confeccionar el mismo, el estudio similar realizado hace un año por dos de los autores del presente trabajo, con motivo de la presentación de la experiencia del quinquenio 71-76.

El inusitado interés que esta técnica, con más de medio siglo de existencia, despierta en la Argentina, hace propicia la presentación de nuestra experiencia hospitalaria sobre un total de 451 casos registrados hasta el mes de junio de 1977.

La adecuación de las escuelas quirúrgicas para la enseñanza de este procedimiento y el perfeccionamiento de la infraestructura hospitalaria a fin de brindar equipos modernos de cirugía endoscópica, harán posible en el futuro que se extienda el uso de esta excelente operación, exenta de riesgos si es bien realizada, pero que continúa siendo de excepción en la mayoría de los servicios urológicos argentinos.

En el último período, junio 1976 a junio 1977 nuestra experiencia se ha visto acrecentada con 82 nuevos casos, excluidos todos aquellos en que la vía transuretral ha sido utilizada para el tratamiento quirúrgico de las neoplasias vesicales. No figuran en esta serie y serán motivo de una presentación aparte.

Material y método

Los datos de los pacientes sometidos a RTU, que en el vocabulario corriente denominamos REP por razones eufónicas (resección endoscópica de próstata), se han obtenido de las historias clínicas respectivas, de tipo único, realizando la tabulación de acuerdo con las pautas sentadas en anteriores trabajos, o sea exámenes pre, intra y posoperatorios; control alejado de los pacientes; registro de los estudios de laboratorio y rayos; cistoscopia previa como procedimiento de rutina para determinar la viabilidad de la vía elegida o la existencia de alguna patología agregada; ficha quirúrgica con los datos referentes a la anestesia y al curso de la operación, con el protocolo respectivo; hoja de anatomía patológica donde consta peso del material y carácter histológico del tejido obtenido; especificaciones respecto del período de hospitalización, donde nuestra responsabilidad es compartida con los médicos residentes y clínicos de consulta; controles personales en el posoperatorio inmediato y alejado, especificando caracteres de la micción y eventuales complicaciones; control bacteriológico y urocultivo antes del alta.

Se ha establecido una misma conducta en el estudio y evaluación clínica preoperatoria. El paciente se interna el día anterior y se opera a la mañana siguiente, de preferencia con anestesia peridural. La técnica de resección es, por lo general, siempre la misma: abordaje de la glándula por la comisura anterior, eliminación del lóbulo izquierdo y el medio, dejando para el final el lóbulo derecho. Siempre es necesario retocar el ápex en toda la circunferencia de la glándula a fin de asegurar la eliminación del tejido residual

en la vecindad del verum, con lo que, además de garantizar una buena micción, se protege la indemnidad del esfínter externo.

Ocasionalmente se siguen otras técnicas de resección de acuerdo con la modalidad de crecimiento de la glándula. La intervención finaliza con abundante lavado de la cavidad a fin de eliminar los restos de tejido resecaado. Se coloca sonda Foley triple vía, calibre 22 ó 24, y lavado continuo en circuito cerrado, pasando el enfermo a la sala de recuperación de cirugía, donde permanece las primeras 24 horas. Se mantiene hidratación por venoclisis por 6 horas y se prueba tolerancia a la ingesta de líquidos. Por lo general se le retira la sonda al 3er. día con orinas claras, quedando en observación 24 horas más, a fin de controlar el carácter de sus primeras micciones.

Resultados

Las cifras actuales no modifican sino parcialmente nuestras conclusiones de anteriores trabajos. La puesta a punto de los equipos y la propia experiencia progresivamente acrecentada hacen cada vez más obvia la indicación de esta vía. No es ocioso mencionar que la experiencia paralela acumulada por el Servicio de Anestesia nos permite operar con un excelente control del medio interno, eliminando actualmente casi por completo los problemas derivados de la hipertensión y de la reabsorción hídrica masiva. Tampoco hemos tenido que anotar complicación alguna en los casos en que hemos debido exceder el tiempo de 60 minutos, universalmente aceptado como crítico.

Los pacientes intervenidos suman 451, distribuidos en períodos anuales desde julio 1971 a julio 1977 en la siguiente forma:

1er. período, 1971-1972:	31
2do. período, 1972-1973:	101
3er. período, 1973-1974:	107
4to. período, 1974-1975:	71
5to. período, 1975-1976:	59
6to. período, 1976-1977:	82

La edad promedio de los pacientes es de 71 años, con un mínimo de 43 y un máximo de 90. Hubo 48 enfermos de más de 80 años y 5 menores de 50.

El tiempo quirúrgico fue de 451 horas con 55 minutos de promedio.

El peso promedio del material obtenido fue de 23,6 gramos. Cuatrocientos diecinueve pacientes, o sea 93,32 %, recibieron anestesia peridural; 20, raquídea, y 10, general; no se consignó en 2 pacientes.

El promedio de alta hospitalaria fue de 4,6 días con un promedio de extracción sonda de 3,5 días.

Desde el punto de vista anatomopatológico, 357 pacientes presentaron hiperplasia nodular de próstata, lo que hace un 80,42 % del total. Siguió en orden de frecuencia el adeno-

carcinoma, que se diagnosticó en 58 pacientes; la hiperplasia nodular con foco de adenocarcinoma, en 18 pacientes, y 11 presentaron fibrosis de cuello vesical.

Se realizaron operaciones conjuntas en 89 casos, con el siguiente orden de frecuencia:

1) Resección de tumor vesical	38
2) Vasectomía bilateral	23
3) Orquiectomía bilateral	7
4) Hernioplastia inguinal	7
5) Hidrocelectomía	5
6) Litotricia endoscópica	4
7) Biopsia perineal de próstata	3
8) Cistolitotomía	1
9) Uretrotomía	1

Complicaciones

Consideramos complicaciones intraoperatorias las registradas durante el curso de la internación. Suman 74, de las que 51 corresponden a cuadros hipertensivos leves, pero que han requerido el uso de medicación, y 8 casos más en que la complicación fue más severa. Por consiguiente el síntoma se detectó en 13 % de los pacientes; además 7 pacientes sufrieron evidencia de intoxicación hídrica (1,55 %), o sea que al ascenso de la presión se sumó el característico cuadro de náuseas, vómitos, inquietud, temblor o desorientación. Hubo 5 casos (1,10 %) de hemorragia intraoperatoria profusa y 3 de perforación capsular que obligó a la cistectomía suprapúbica.

Debemos dejar constancia que durante el último período (1976-1977) no hemos registrado ningún cuadro como los anteriormente descritos, es decir que no hemos tenido ninguna complicación, excluidos los leves ascensos tensionales simplemente tratados con diuréticos del grupo de la Furosemida.

Las complicaciones posoperatorias las dividimos en inmediatas y alejadas, según sean durante la permanencia de los enfermos en el Hospital o en el curso de su seguimiento en consultorio externo.

De las primeras, 36 casos se debieron en orden de frecuencia a las siguientes patologías:

Hemólisis intravascular y sus consecuencias	12	2,66 %
Epididimitis	11	2,43 %
Hematuria significativa	4	0,83 %
Hematurias que requirieron electrocoagulación	2	0,44 %
Otros tipos	7	1,55 %

La hemólisis intravascular se caracterizó por un cuadro de insuficiencia renal aguda más o menos severa, según los casos, anemia, ictericia, etc., y fueron generalmente transitorias. En otros tipos hemos incluido: 2 gastritis ulcerativas, 1 glaucoma agudo, 1 infarto de miocardio y 2 arritmias. Las complicaciones alejadas son las que registramos después del alta hospitalaria, sumando 106 casos (23,5 %) distribuidos en la siguiente forma:

1) Epididimitis posoperatoria	58	12,8 %
2) Hematuria tardía	16	3,5 %
3) Estrechez uretral navicular	15	3,3 %
4) Incontinencia urinaria pasajera	10	2,2 %
5) Incontinencia urinaria definitiva	1	0,22 %
6) Disuria prolongada	6	1,33 %

En la actualidad realizamos de rutina el estudio de los urocultivos antes de dar el alta a los enfermos. Fueron positivos en 197 casos, negativos en 152, no habiéndose realizado en 102 casos, la mayoría pertenecientes a períodos anteriores.

Reintervenciones

Once pacientes fueron reintervenidos a causa de una resección incompleta durante la misma internación, ya sea por razones de orden técnico que obligaron a discontinuar el procedimiento, por haber subestimado el volumen de la glándula, o por motivos de orden estrictamente médicos.

Hubo 16 casos que fueron reintervenidos después del año (1 a 4 años) de la primera resección: 4 por adenoma recurrente, 4 por adenocarcinoma recurrente, y 4 por fibrosis cervical posoperatoria.

Mortalidad

- 1er. caso (57 años): angelitias necrotizante por hipersensibilidad. Gangrena intestino delgado. Obito.
- 2do. caso (85 años): úlcera aguda de estómago de stress. Hemorragia digestiva. Obito.
- 3er. caso (71 años): fístula vesicorrectal. Hemólisis intravascular. Hemorragia digestiva. Obito.
- 4to. caso (71 años): hemólisis intravascular. I. R. A. Uremia. Obito.
- 5to. caso (74 años): tromboembolismo pulmonar. Infarto. Hemorragia múltiple. Obito.
- 6to. caso (89 años): paro cardiorrespiratorio (48 horas después de la operación). Obito.

Discusión

En un trabajo anterior enfatizábamos ciertos aspectos de nuestra estadística dignos, a nuestro criterio, de ser enumerados:

- 1) Sistema normalizado de trabajo pasible de ser perfeccionado progresivamente.
- 2) Intervención reglada y fluida comunicación con el equipo de anestesiólogos que vigilan y tratan adecuadamente los problemas derivados de la reabsorción hídrica. En este sentido resaltamos que en los pacientes operados el último año y que suman 82, no hemos tenido ninguna complicación intraoperatoria o inmediata, con lo que nuestra estadística ha mejorado substancialmente.
- 3) La mejor profilaxis de la hemorragia es la resección correcta, con cortes limpios y adecuada hemostasia. Reiteramos este concepto que no debe ser olvidado nunca si se quiere obtener una Loge completamente vacía, con las fibras de la cápsula a la vista y medio permanentemente claro a favor de la ausencia de vasos venosos incontrolables.

En nuestros 80 últimos resedados se han registrado sólo 3 transfusiones de una unidad de sangre en el curso intraoperatorio, de lo que podemos deducir la excelente hemostasia con que hemos operado.

- 4) El promedio de 4,6 días de internación también disminuye el valor de la estadística anterior en una fracción de día. En este sentido debe tenerse en cuenta también que el alta hospitalaria es diferida por 24 horas, en razón de un criterio de control de los pacientes que nos permite vigilar sus primeras micciones mientras continúan internados.
- 5) Es sabido que el curso posoperatorio es absolutamente indoloro y sólo se registran ocasionalmente trastornos motivados por alguna sonda obstruida, mientras que el líquido de lavado sigue ingresando en la vejiga. Recomendamos un lavado completo y exhaustivo al finalizar la intervención, asegurándose que no quede retenido ningún resto de tejido en el interior de la vejiga.

También debe garantizarse una buena hemostasia. Cuando accidentalmente hemos abierto algún seno venoso puesto de manifiesto posteriormente por la presencia de líquido de lavado rojizo en exceso, recurrimos al expediente de la tracción de la sonda por algunas horas con éxito invariable.

- 6) El porcentaje actual de las epididimitis es de 6 casos en los 80 últimos pacientes, con lo que ha disminuido el porcentaje total a 13 %, siendo de 14,2 el que habíamos registrado sobre los 365 casos anteriores (año 1976). No ha mediado ningún cambio en nuestra conducta terapéutica. No realizamos vasectomía profiláctica. Tampoco recibieron los enfermos antibiótico alguno en el período intrahospitalario, el que se les proporcionó sólo ante la presencia de urocultivos positivos. La complicación se inscribe en el difícil capítulo de las infecciones intrahospitalarias, problema prácticamente universal, agravado en los servicios con elevado índice de utilización como el nuestro. La contaminación no es regla, como lo prueba la existencia de 152 urocultivos negativos, pero el cuidado de los pacientes con sonda a permanencia plantea para los urólogos graves problemas prácticos de imprescindible resolución, que aún no hemos tenido la fortuna de encarar con éxito.
- 7) La recuperación posoperatoria es muy rápida, pero nuestros pacientes se quejan habitualmente más tiempo de ardor leve y disuria que los sometidos a prostectomía abierta. Por lo general tienen chorro urinario normal, pero mayor frecuencia y leve ardor terminal. También son comunes las ligeras hematurias iniciales

o terminales que no alteran el buen curso del posoperatorio durante el cual los pacientes deambulan y llevan una vida casi normal.

Un solo caso de incontinencia urinaria en nuestra estadística habla del feliz resultado funcional y la remota posibilidad de la complicación si se cumplen las exigencias de la técnica de resección.

- 8) La infección urinaria tiene un índice de frecuencia considerable. Un número no despreciable de enfermos demuestra, sin embargo, urocultivos negativos. La frecuencia es de 43,82 % de urocultivos positivos, 33,93 % de urocultivos negativos y 22,69 % no se efectuaron.
La flora microbiana hallada por orden de importancia es: pseudomona (88), Escherichia coli (37), Proteus (27), Klebsiella (17), Aerobacter (8), estafilococo (5), Enterobacter (3), mixta (3).
- 9) Las estrecheces uretrales son raras. En los 80 casos últimos sólo hay registradas 2 estrecheces de fosa navel, una de uretra membranosa. Sumados a los anteriores hacen el total de 3,3 %. En todos los casos fueron de carácter pasajero y cedieron con la dilatación.
- 10) Los pacientes recuperaron la micción normal en la inmensa mayoría, o sea el 89 % (396); 31 casos (6,9 %) debieron ser reintervenidos (operación en 2 tiempos), fibrosis cervical, adenocarcinoma recurrente, etc.; 17 casos (3,8 %) tuvieron disuria prolongada o incontinencia pasajera; 1 caso (0,22 %) quedó con incontinencia definitiva; hubo 6 casos (1,3 %) de mortalidad.