

RESECCION TRANSURETRAL EN EL CARCINOMA DE PROSTATA

Dr. Morera, J. - Dr. Rivero, M. - Dr. Borst, E. - Dr. Bardoneschi, E. - Dr. Alesio, J.
Dr. Ruiz, R. - Dr. Trocoli, O. - Dr. Giorgini, E.

Conclusiones

Para este tipo de cirugía es necesario contar con la infraestructura hospitalaria que permita su práctica.

Los resultados demuestran la escasa morbilidad y nula mortalidad con este tipo de intervención, acompañadas de beneficios innegables para el paciente.

La resección transuretral es para nosotros la vía de elección para el tratamiento quirúrgico del carcinoma de próstata obstructivo.

Este método que se usa en forma rutinaria en los servicios urológicos modernos no ha logrado en nuestro país la difusión necesaria.

El propósito de este trabajo es resumir el estado actual de la cirugía transuretral en el carcinoma de próstata, tratando de llenar la falta de información que existe al respecto en nuestro medio con la experiencia de las resecciones endoscópicas efectuadas desde el 1 de octubre de 1975 al 1 de setiembre de 1977 en el Servicio de Urología del Hospital Militar Central.

Materiales y métodos

Los datos han sido obtenidos de las historias clínicas de los pacientes durante los períodos pre, intra y posoperatorios. A todos los pacientes se les realizó un estudio clínico completo preoperatorio, siendo fundamental la panendoscopia bajo rigurosas normas de asepsia en quirófanos destinados a tal fin.

Se utilizó el resectoscopio de Iglesias. El líquido de irrigación fue agua destilada estéril. La técnica empleada varió de acuerdo con el crecimiento del tumor. En ningún caso se pasó de los 50 minutos de resección. Se utilizó, invariablemente, circuito cerrado para la recolección de orina, con o sin lavado vesical continuo. La sonda vesical se retiró cuando cesó la hematuria y comprobada la micción esponánea se le otorgó el alta hospitalaria.

Resultados

Durante el citado período de 23 meses se realizaron en el Servicio de Urología del Hospital Militar Central 504 operaciones por vía endoscópica.

En 57 casos (11,3%) se trata de pacientes portadores, sospechados o conocidos, de adenocarcinoma prostático.

En 18 casos (3,7%) fue un hallazgo anatomopatológico, hiperplasia adenomatosa con foco de adenocarcinoma.

La edad promedio de estos pacientes fue de 72,1 años, cuyas edades límites fueron 56 y 92 años.

El peso promedio de material resecado fue de 14,8 gramos, con un mínimo de 2 gramos, y un máximo de 72 gramos.

El promedio de días de lavado vesical fue de 1,2 días, haciendo la salvedad de que en 16 casos no se colocó lavado continuo debido a la perfecta hemostasia, dejando únicamente una sonda doble vía.

El promedio de horas de permanencia de la sonda vesical fue de 12 a 36 horas.

El promedio de estadía hospitalaria fue de 3,5 días.

Se considera complicación intraoperatoria a la que se haya

producido durante el acto quirúrgico o como consecuencia inmediata de él.

En nuestra serie no hemos tenido este tipo de complicación. Dentro de las complicaciones posoperatorias inmediatas se agrupan las registradas durante la internación del paciente. Son el menor número de complicaciones que hemos tenido y se trata de tres bloqueos posoperatorios por coágulos entre 24 y 72 horas de operado, que fueron solucionados de inmediato con un desbloqueo utilizando la funda del resector.

Como complicaciones alejadas, es decir las detectadas una vez producida el alta hospitalaria, se presentaron 1 caso de estrechez de uretra y 3 epididimitis posoperatorias, que revirtieron con tratamiento médico.

En 2 casos se realizaron resecciones conjuntas de próstata y vejiga por presentar asociación de adenocarcinoma de próstata con carcinoma papilar de vejiga.

Se practicaron tres re-resecciones que fueron incluidas como operaciones separadas. Las re-resecciones se practicaron, una a los 5 meses, otra a los 8 meses, y otra a los 10 meses.

Es de hacer notar que no hemos tenido mortalidad operatoria.

Discusión

Consideramos que la cirugía transuretral puede afrontar diferentes situaciones:

- 1) Cáncer oculto.
- 2) Nódulo ubicado dentro de la glándula.
- 3) Invasión de la glándula sin metástasis.
- 4) Adenocarcinoma de próstata con metástasis.

En cuanto al cáncer oculto, se trata de un hallazgo. Creemos que con la resección transuretral completa como la que practicamos habitualmente se puede lograr la curación. El criterio es el seguimiento periódico del enfermo cada 3 meses con tacto rectal, panendoscopia, enzimas y chequeo óseo.

El nódulo ubicado dentro de la glándula es pasible de una resección transuretral profunda que permita la extirpación de todo el tejido tumoral, completando su tratamiento con estrogenoterapia y telecobaltoterapia.

Debe aclararse que se trata de un nódulo clínico y no del patólogo, que luego de la cirugía transuretral justifica estrogenoterapia y telecobaltoterapia, pero no una cirugía radical, ya que el paciente queda física y psíquicamente afectado. Creemos que la cirugía radical es excesiva para un individuo que sólo tiene un nódulo. El seguimiento del paciente se realiza con los métodos tradicionales.

En caso de invasión de la glándula con o sin metástasis nuestra postura es la resección transuretral amplia asociada a la criocirugía.