

## Nuestra experiencia en 214 adenomectomías

Dres.: ROMANELLI, F.; ALVAREZ, F.; BACCINI, C.; PIAGGIO, N. y BOGADO, H. (\*)

**RESUMEN:** Entre enero de 1987 y mayo de 1990 se realizaron en nuestro Servicio 214 adenomectomías, de las cuales 107 se operaron por vía endoscópica y 107 por vía supra o retropúbica. La morbilidad general fue del 30,8%, mientras que la mortalidad fue del 0,93%. Presentamos nuestros resultados y complicaciones, comparándolos con la literatura nacional e internacional.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 97, 1992)

**Palabras Clave:** Próstata - Adenomectomías - Técnica

### INTRODUCCION

La hiperplasia benigna de próstata es el neoplasma más frecuente en el varón, afecta al 50% de los pacientes en la quinta década de la vida, aumentando hasta el 90% en la novena década. La adenomectomía es la cirugía mayor que más frecuentemente se realiza, entendiéndose que más del 10% de los varones requerirán esta cirugía en algún momento de su vida.

Si nos remitimos a la historia podremos ver que la primera adenomectomía se realizó en Francia en 1827 (por vía suprapúbica), con desalentadores resultados; por lo que no se la volvió a realizar sino hasta 1885 (von Dittel) donde el paciente falleció en el postoperatorio por sepsia generalizada. Recién en 1890 Belfield publicó sus experiencias en 80 pacientes operados por vía transvesical.

En cuanto a la técnica retropúbica el primer informe corresponde a von Stockum en 1908, pero sin duda fue popularizada por Terence Millin, quien en 1945 presenta sus primeros 20 casos. En 1935 Thomson describe el primer

resetoscopio de visión directa. Con el perfeccionamiento instrumental, la cirugía endoscópica se convirtió en la actualidad en el método más utilizado en el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata (357.000 realizadas en los Estados Unidos en 1983).

### MATERIAL Y METODO

Entre enero de 1987 y mayo de 1990 realizamos 214 adenomectomías. Todos los pacientes fueron estudiados con ecografía o urograma excretor y cistoscopia, también solicitamos urocultivo y antibioticograma e intentamos llevar a cirugía a todos los pacientes con orinas estériles.

La decisión de la técnica quirúrgica a utilizar ha variado de acuerdo a los gramos de la próstata a operar, la presencia de patologías asociadas (litiasis, divertículos, tumor vesical, etc.) o de acuerdo con las preferencias del cirujano.

Del total de las cirugías 107 se realizaron por vía endoscópica, según la técnica de Nesbit (en el adenoma bilobar), o la técnica de Barnes (en el adenoma trilobar), todos los pacientes quedaron con sonda triple vía y lavado vesical continuo hasta que cesara la hematuria.

En otros 74 pacientes utilizamos la técnica retropúbica, se dejó sonda triple vía como único drenaje vesical y un penrose en el espacio prevesical el que retiramos un día

Servicio de Urología del Hospital Italiano Regional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

(\*) Jefe del Servicio

después de la extracción de la sonda.

Los restantes 33 pacientes fueron operados por vía suprapúbica, quedando con sonda triple vía, drenaje prevesical y cistostomía (esto último en aquellos pacientes en que la hematuria fue intensa o la operación dificultosa).

En cuanto a la anestesia utilizada nuestra casuística mostró el 96% de pacientes operados con anestesia espinal o peridural, resultados comparables con el 79,1% de Mesbut y col. en 3.885 pacientes.

Todos los pacientes recibieron quimioprofilaxis antibiótica, con gentamicina 80 mgs y minidosis de heparina (5.000 UI) en pacientes con factores de riesgo trombogénicos.

En el seguimiento postoperatorio se solicitaron urocultivos luego de retirada la sonda vesical.

## RESULTADOS

La media de edad de los pacientes operados fue de 69 años, con un rango de variación entre los 44 y 86 años; no encontrándose diferencias significativas entre las distintas técnicas utilizadas.

En las resecciones endoscópicas el peso de la glándula fue de 35,45 gramos (entre 20 y 80 gramos), en el grupo de los operados con técnica de Millin el peso promedio fue de 71 gramos (30 a 150 gramos); mientras que en los operados con la técnica suprapúbica de 99 gramos (30 a 630 gramos).

Los pacientes requirieron lavado vesical continuo cuando fueron operados por vía endoscópica durante 1.85 días (entre 1 y 6 días), en los operados por vía retropúbica fue de 2.59 días (1 a 7 días) y en los operados por vía suprapúbica de 2.93 días (1 a 6 días).

La relación días-sonda en los pacientes resecaos fue de 3.49 días (de 1 a 6 días), en los que utilizamos la técnica Millin el promedio de días-sonda fue de 6.5 días (de 4 a 15 días) y en los operados con la técnica transvesical fue de 8.75 días (entre 5 y 25 días).

Definimos la hematuria del postoperatorio como la necesidad de mantener el lavado vesical por más de 49 hs., siendo para la resección endoscópica del 5%, para la técnica de Millin del 14% y para la técnica suprapúbica del 24%.

Encontramos que la morbilidad general en el postoperatorio fue del 20% para la técnica endoscópica, del 37% para la técnica retropúbica y del 42% para la suprapúbica.

Hallamos el 6,5% de complicaciones cardiovasculares con la técnica endoscópica, el 1,35% con la Millin y el 3% con la técnica transvesical.

Se observó excitación psicomotriz en el 1,86% de los operados endoscópicamente, en el 2,70% de los operados con técnica de Millin y en el 6% de los operados con la técnica transvesical.

El ileo del postoperatorio fue complicación del 0,93% de los operados por vía endoscópica, en el 5,40% de los operados con la técnica de Millin y en el 3% de los operados con la técnica transvesical.

No tuvimos óbitos entre los pacientes operados por vía alta, per fallecieron dos pacientes entre los operados endoscópicamente. Murieron de infarto agudo de miocardio, uno intraoperatoriamente y el otro en el postoperatorio inmediato; con lo que la mortalidad de esta técnica fue del 1,86%.

## COMPLICACIONES

	TECNICAS		
	RTU	MILL	TB
HEM.	5.60%	14.86%	24.24%
I. HER.	--	7%	13%
FISTULA	--	6.75%	12.1%
C.V.	6.54%	1.35%	3.03%
E. PSIC.	1.86%	2.70%	6%
ILEO	0.93%	5.40%	3%
I. RENAL	--	1.35%	3%

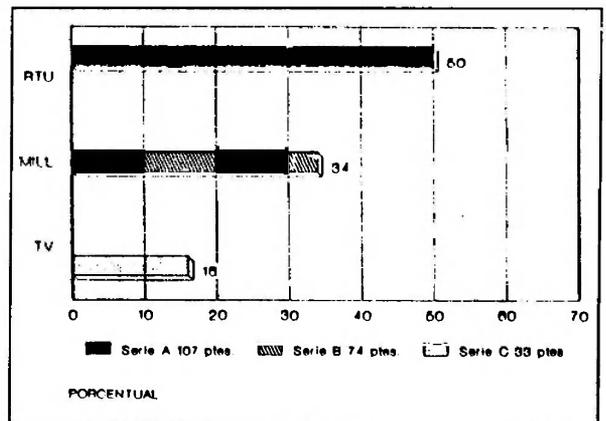
## DISCUSION

Si analizamos la edad promedio de nuestros pacientes (69 años) veremos que coincide con publicaciones que ubican al 50% de los pacientes entre los 65 y 74 años de edad (Roos y col.)

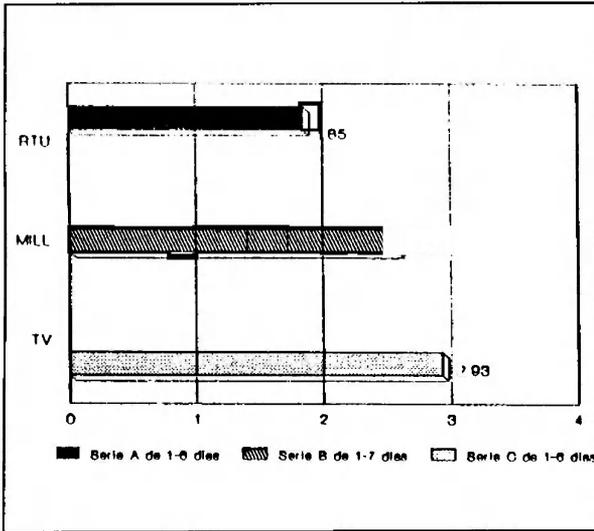
Según los trabajos presentados por Ramsey y col. encontraron una mortalidad general del 1,6% con una postresección de próstata del 1,5% y postcirugía abierta del 2,1% y 0,9% para suprapúbica y retropúbica, respectivamente.

Otras comunicaciones sugieren una mortalidad menor del 1% de las cirugías abiertas (Nicoll y col. 1978) y del 0,2% en trabajos de Mesbut y col. sobre cirugía endoscópica. La mortalidad en nuestra serie se encuentra dentro de los porcentajes similares a los publicados en la literatura mundial.

## 214 ADENOMECTOMIAS EDAD 69 AÑOS (44-86)



## DIAS DE L.V.C.



En los referente a las complicaciones infecciosas de la herida quirúrgica nuestra experiencia del 7 al 13% es mayor que la que podemos encontrar en la bibliografía donde varía del 6 al 10 por ciento según diferentes autores.

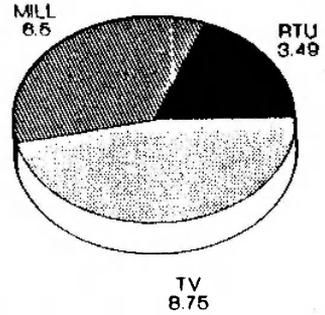
Con respecto a la aparición de extravasación de orina (fistulas) se publicó una incidencia del 2,7% en los trabajos del grupo del hospital de Rochester, en nuestro hospital tuvimos el 6% con la técnica retropúbica y 12% en la suprapúbica.

Analizando los gramos de próstata resecaos las experiencias difieren, en el caso Mesbut y col. refiere un promedio de 22 gramos en 3.885 pacientes operados; nosotros tuvimos un promedio de 35 gramos.

Un item que no podemos comparar es la frecuencia de sangrado ya que en la literatura no encontramos antecedentes de control de los días de mantenimiento del lavado vesical continuo, pero encontramos una marcada diferencia a favor de los métodos endoscópicos en detrimento fundamentalmente de la vía suprapúbica.

Con respecto a la ecuación días-sonda podemos concluir que nuestros resultados pueden compararse con las comunicaciones de Mesbut y también las de Holtgrewe que

## DIAS CON SONDA



realizaron extracción del catéter en más del 95% de los pacientes entre el tercero y cuarto día postresección, siendo nuestro promedio de 3.49 días. Si analizamos los requerimientos de transfusión sanguínea en los pacientes operados endoscópicamente, veremos que el 9.34% fueron transfundidos con una o más unidades de sangre; mientras que en la literatura alrededor del 10% necesitó de sangre en el postoperatorio.

Si tomamos en cuenta la experiencia nacional e internacional nuestro porcentaje de cirugías endoscópicas es bajo, 50% contra 80% del resto de la literatura, pero no podemos atribuirlo a razones médicas sino a factores económicos que nos obligaron a elegir el método menos oneroso o simplemente por carecer de los materiales para resecar (ansas, líquido de irrigación, etc.). Podemos concluir que nuestros resultados son comparables en cuanto a morbilidad y mortalidad postoperatorias teniendo en cuenta las diferentes técnicas empleadas a las publicadas en la bibliografía.

## BIBLIOGRAFIA

- Houle, A. and col.: Preoperative antibiotic prophylaxis for transurethral resection of prostate: is justifiable? *Journal of Urology*. Vol. 142, August 1989.
- Melbust, W. and col.: Transurethral prostatectomy: practice aspects of dominant operation in American Urology. *Journal of Urology*. Vol. 141, February 1989.
- Melbust, W.: Transurethral prostatectomy immediate and postoperative complications. Cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3.885 patients. *Journal of Urology*. Vol. 141, February 1989.
- Graversen, P. H. and col.: Controversies about indications for transurethral resection of prostate. *Journal of Urology*. Vol. 141, March 1989.
- Sarmina, I. and col.: Obstructive uropathy in patients with benign prostatic hiperplasia. *Journal of Urology*. Vol. 141, April 1989.
- Feldstein, M. S. and col.: Early catheter removal and reduced length of hospital stay following transurethral prostatectomy. *Journal of Urology*. Vol. 140, September 1988.
- Grabe, M.: Antimicrobial agents in transurethral prostatic resection. *Journal of Urology*. Vol. 138, August 1987.
- Charton, M.: Antibiotic prophylaxis of urinary tract infection after transurethral resection of prostate. *Journal of Urology*. Vol. 138, July 1987.
- Peter, P.: Population based study of Prostatectomy: outcomes Associates with differing surgical approaches. *Journal of Urology*. Vol. 138, June 1987.

## DIAS DE INTERNACION

