

Incision transuretral de prostata (Trigono-cervico-prostatotomia o prostatotomia)

DRS. PUSCINSKI, A., AMORONE, J., MENENDEZ, C., AZA ARCHETTI, C. (*)

RESUMEN: Presentamos la trigono-cervico-prostatotomía realizada en 42 pacientes portadores de disuria de origen prostático, describimos la técnica, discutimos su indicación y enumeramos sus escasas complicaciones comparadas con la R.T.U.P.

Siguiendo a Ernesto Fernández ¹ podemos decir que:

1) La prostatotomía es una técnica quirúrgica para el tratamiento del adenoma de próstata, actual, fácil y de moda, pero, asimismo muy eficaz, y que nació en nuestra especialidad tras la búsqueda de técnicas cada vez menos agresivas para el paciente.

2) Es una técnica simple, fácil de realizar hoy día en cualquier servicio de Urología, con poco tiempo de internación hospitalaria, lo que abarata costos y de nula mortalidad aún en los pacientes con máximo riesgo. Puede realizarse con anestesia epidural, raquídea o, si fuera preciso, con anestesia local.

3) Su indicación ideal es en los pacientes con próstatas pequeñas (peso inferior a 20 grs.) y uretras prostáticas cortas.

Puede utilizarse en próstatas de más peso pero sus resultados, a medida que aumenta el tamaño, son cada vez más pobres.

4) Sus alteraciones sexuales son mínimas lo que es muy importante en pacientes jóvenes o en enfermos que sin serlo concedan una gran importancia a esta esfera. En principio confirma resultados mas alentadores que la R.T.U.P. Con respecto a la incontinencia de orina, en la R.T.U.P. se están manejando cifras muy cercanas al 3-4 %, mientras que en la prostatotomía es el 0%, lo que indudablemente es una gran ventaja y por supuesto, nada desdeñable para aquellos médicos que tenemos la ineludible obligación de tratarla.

Pensamos que la trigono-cervico-prostatotomía es una técnica que puede reemplazar a la R.T.U.P. por sus resultados iguales y complicaciones significativamente menores, pero con indicaciones muy precisas y limitadas.

(Rev. Arg de Urología. Vol 58 N° 4 Pag. 165, 1993)

Palabras Clave: Prostata; Hiperplasia, benigna de prostata, Prostatomía.

INTRODUCCION

Las investigaciones recientes sugieren que la hiperplasia prostática benigna (H.P.B.) afecta cerca de 50% de los hombres de 60 años ¹⁶. A los 80, la incidencia alcan-

zaría al 80% ¹⁷. En 1968, Lyton y Cols. postularon que en un individuo de 45 años, la probabilidad de requerir una prostatectomía a los 70, era de alrededor de 10% ¹⁸. Más tarde, Glynn y Cols. señalaron que esa cifra podría ser tres veces mayor ¹⁹. De acuerdo con los informes del Consejo Asesor de las Enfermedades Urológicas y

* Hospital Aeronautico Central
Buenos Aires - Argentina

Renales de E.E.U.U., en 1989 se habrían llevado a cabo 425.000 prostatectomías para tratar cuadros benignos.

Solo es necesario multiplicar este número por los costos directos e indirectos (evaluación preoperatoria, internación, honorarios del equipo médico, lucro cesante, insumos derivados de complicaciones o reoperaciones) para comprobar que una parte importante del dinero destinado a la salud se utiliza en esta intervención.

Si a esto se suman las investigaciones a largo plazo referentes al valor de las prácticas médicas y la posibilidad de que los resultados de la resección transuretral de la próstata no sean tan favorables como se creían 20 y que excepto cuando la sintomatología es acentuada, la prostatectomía podría no ser más ventajosa que la expectación alerta 21, 22, no sorprende que las revistas y programas urológicos dediquen un espacio considerable a la lista creciente de estrategias alternativas para tratar la H.P.B.

La trigono-cérvico-prostatotomía se ideó hace dos décadas como una nueva alternativa para el tratamiento endoscópico de la H.P.B., siendo sus resultados favorables en el 88% y el 92% de los casos.

Tiene una indicación muy precisa: "próstatas pequeñas y uretra corta"; en los casos bien seleccionados sus resultados son superiores a la R.T.U.P.

PROSTATOTOMIA - ANTECEDENTES	
✓ 1834: Guthrie	✂ Incisión del cuello vesical.
✓ 1887: Bottini	✂ Diatermia a ciegas.
✓ 1969: Keitzer	✂ Incisión bilateral del cuello.
✓ 1972: Flanagan	✂ Incisión transperineal.
✓ 1973: Tuner-Warwick	✂ Prostatotomía (Europa)
✓ 1973: Orandi	✂ Prostatotomía. (E.E.U.U.)
✓ 1985: Le Duc	✂ Incisión unilateral.

HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA (HPB)	
HOMBRES	<p>60 años - 50 % HPB</p> <p>80 años - 80% HPB</p>
1989 - 425.000 adenomectomías por HPB en los E.E.U.U.	
Consejo Asesor de Enf. Urológicas y Renales de E.E.U.U., Clínicas Urológicas de Norteamérica, 1991.	

La R.T.U. de la H.P.B., como otras técnicas quirúrgicas y procedimientos en medicina, ha tenido y tiene períodos de exaltación y de descrédito.

En la literatura anglosajona y, en especial, en la norteamericana, en los últimos años, se ha cuestionado la oportunidad, indicaciones y eficacia de la R.T.U.P.

El cuestionamiento de la R.T.U.P., así como los avances tecnológicos, motivó la aparición de diferentes

ADENOMECTOMIA PROSTATICA	
<input type="checkbox"/> COSTOS:	EVALUACION PREOPERATORIA INTERNACION HONORARIOS DEL CIRUJANO LUCRO CESANTE INSUMOS POR COMPLICACIONES O RECUPERACIONES
<input type="checkbox"/> RESECCION ENDOSCOPICA:	RESULTADOS MEDIATOS (?)
ADENOMECTOMIA VS. CONDUCTA EXPECTANTE VS. ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS.	

HPB: OPCIONES TERAPEUTICAS	
<input type="checkbox"/> Observación (conducta expectante)	
<input type="checkbox"/> Quirúrgicas / Mecánicas	<p>Adenomectomía a cielo abierto.</p> <p>Resección transuretral.</p> <p>Incisión transuretral del cuello vesical o la próstata.</p> <p>Dilatación con balón.</p> <p>Aspiración ultrasónica transuretral de la próstata.</p> <p>Cateterización de la uretra prostática.</p> <p>Hipertermia con microondas.</p> <p>Hipotermia</p> <p>Fotirradiación con láser.</p>

HPB: OPCIONES TERAPEUTICAS	
Farmacológicas	<p>Reducción de la masa:</p> <p>Estrógenos</p> <p>Agonistas LHRH</p> <p>Antiandrógenos</p> <p>Inhibidores de la 5 alfa-reductasa</p> <p>Inhibidores del factor de crecimiento</p> <p>Reducción del tono:</p> <p>Antagonistas adrenergicos alfa-1</p>

alternativas con idea de disminuir la agresividad y las complicaciones.

La Trigono-Cérvico-Prostatomía Transuretral es una técnica de implantación y de generalización reciente. Los buenos resultados que hemos obtenido motivan esta publicación.

MATERIAL Y METODOS

Cuarenta y dos pacientes fueron sometidos a prostatectomía. Todos eran portadores de próstatas pequeñas. El volumen medio prostático; 21 gramos 15 -25.

La evolución urológica previa se base en las manifestaciones clínicas, considerando en especial los síntomas urológicos, el examen físico, la exploración digital

prostática, los análisis básicos sanguíneos, urocultivo, la urografía y/o ecografía, uroflujometría y la uretroscopía.

Se usó un bisturí de Collings para incidir en profundidad desde el meato uretral derecho o izquierdo, hasta la parte proximal del verum montanum, incidiendo trígono, cuello vesical y próstata.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 10 minutos. El sangrado intraoperatorio mínimo.

Al finalizar el procedimiento se colocó una sonda cuyo término medio de permanencia post-operatorio fue de 36 Hs. 24-72.

El lavado vesical post-operatorio no fue necesario.

El promedio de internación del paciente: 48 Hs.

En próstatas menores de 20 gramos se prefiere efectuar una sola incisión; entre 20-30 gramos; incisión bilateral y en las próstatas mayores de 30 gramos la respuesta es imprevisible y generalmente pobre.

La elección de la técnica se realiza solo en el momento de la endoscopia.

La evaluación urológica post-operatoria consistió en

PROSTATOTOMIA - INDICACIONES Y TECNICA

INDICACION: PROSTATA PEQUEÑA Y URETRA CORTA

Incisión con Ansa de collins,

desde el meato urteral derecho o izquierdo, hasta la parte proximal del verum montanum, incidiendo trígono, cuello vesical y próstata .

- PROSTATA \leq 20 grs, — 1 sola incisión.
- PROSTATA 20- 30 grs.— Incisión bilateral.
- PROSTATA $>$ 30 grs. — Respuesta pobre

La elección de la técnica se realiza sólo en el momento de la endoscopia.

PROSTATOTOMIA: EVALUACION UROLOGICA PRE-OPERATORIA

- ✓ HISTORIA CLINICA.
- ✓ EXPLORACION DIGITAL PROSTATICA.
- ✓ ANALISIS BASICOS SANGUINEOS.
- ✓ UROGRAFIA Y/O ECOGRAFIA.
- ✓ UROFLUJOMETRIA.
- ✓ URETROCISTOCOPIA

42 Pacientes de Próstata de pequeño volumen (entre 15 y 25 grs)

Edad promedio: 68 años (43-88)

5 pacientes: sonda vesical permanente.

Uroflujometría: menor 10 ml./s.

Volumen medio prostático: 21 grs.

Mediana de seguimiento: 12 meses y medio. (4-26 meses)

Tiempo quirúrgico promedio: 10 minutos.

Sangrado intraoperatorio: mínimo.

Término medio de colocación de sonda post-operatoria: 36 hs. 24-72

Lavado vesical post-operatorio: no es necesario.

Promedio de internación: 48 Hs.

PROSTATOTOMIA: EVALUACION UROLOGICA POST-OPERATORIA

✓ UROCULTIVO (POST-OPERATORIO INMEDIATO)

✓ UROFLUJOMETRIA (2,6 Y 12 meses)

urocultivo en el post-operatorio inmediato y uroflujometría los 2,6 y 12 meses.

RESULTADOS

PROSTATOTOMIA: RESULTADOS

Buenos resultados objetivos: 41 casos (97,61 %)
Media de Mejoría de flujo urinario: 15,5 ml/seg. 12-29

1 caso precisó R.T.U. posterior por insuficiencia de técnica.

PROSTATOTOMIA: COMPLICACIONES

HEMATURIA POST-OPERATORIA:	2 (4,76 %)
ORQUIEPIDIMITIS:	2(4,76 %)
ESTENOSIS DE URTRA:	0
ESTENOSIS DE MEATO URETRAL	3(7,14 %)
INCONTINENCIA DE ORINA:	0
CONTRACTURA DEL CUELLO VESICAL:	0
EYACULACION RETROGRADA:	6(14,28%)
MORTALIDAD:	0

DISCUSION

La trigono-cérvico-prostatotomía se ideó hace dos décadas como una nueva alternativa para el tratamiento endoscópico de la H.P.B., siendo sus resultados favorables en el 88% y el 92% de los casos.

Tiene una indicación muy precisa: "próstatas pequeñas y uretra corta"; en los casos bien seleccionados sus resultados son superiores a la R.T.U.P.

La R.T.U. de la H.P.B., como otras técnicas quirúrgi-

"Las nuevas medicinas y los nuevos métodos de curación siempre hacen milagros por una temporada".

William Neberden

cas y proceder en medicina, ha tenido y tiene períodos de exaltación y de descrédito.

En la literatura anglosajona y, en especial, en la norteamericana, en los últimos años, se ha cuestionado la oportunidad, indicaciones y eficacia de la R.T.U.P.

Actualmente se está cuestionando y poniendo en tela de juicio, la R.T.U.P. para el tratamiento de la H.P.B., desde que la Asociación Americana de Urología realizó revisiones retrospectivas, que la desmistifican, por el gran número de complicaciones achacables de esta técnica

PROSTATOTOMIA: VENTAJAS

- TÉCNICA SENCILLA
- TIEMPO DE INTERNACION MINIMO
- SANGRADO ESCASO
- TIEMPO OPERATORIO MENOR
- SIN INCONTINENCIA DE ORINA POST-OP
- SIN ESCLEROSIS DE CUELLO VESICAL
- MENOR INCIDENCIA DE EYACULACION RETROGRADA
- MORBIMORTALIDAD MINIMA

PROSTATOTOMIA: HIPOTESIS

ORANDI: atrofia del lóbulo medio. Incisión interrumpiría el aporte sanguíneo lo que llevaría a isquemia prostática.

EDWARDS: obstrucción de los canaliculos glandulares determinaría la hipertrofia fibromuscular. Incisión desobstruiría la canaliculos y disminuiría la hipertrofia.

TURNER-WARWICK: insuficiente relajación del mecanismo esfinteriano del cuello vesical crea la obstrucción al flujo miccional, al cual responde la vejiga con una hipertrofia global y, por lo tanto, del cuello vesical. En este caso, un temprano crecimiento prostático originará la exacerbación de los síntomas obstructivos. "Trapped, Prostate".

WATANABE: La fuerte tensión de la cápsula quirúrgica influiría en el desarrollo de las manifestaciones de disuria de la H.P.B., por lo tanto al incidirla se corregiría el prostatismo.

ca (estenosis meatales, uretrales, esclerosis de la celda, incontinencia urinaria, eyaculación retrógrada y otras) 1, 2.

La principal desventaja imputable a la incisión prostática es la falta de material para histología de la próstata, por lo que ella puede suponer retrasar o dejar sin tratamiento una posible patología maligna, por lo que algunos autores proponen realizar P.B.P. post-operatoria

inmediata para reconocer un carcinoma oculto.

En un estudio prospectivo realizado por Mads. M. Christensen evaluando la R.T.U.P. vs. la trigono-cérvico-prostatotomía, realizada en próstatas menores de 20 grs. en 93 pacientes, se comprobó que en ambos tipos de cirugía se obtuvo mejoría de la sintomatología y aumento importante del flujo urinario máximo con variaciones individuales pero sin diferencia entre los dos grupos.

La duración de cirugía, la pérdida sanguínea estimada, el lapso transcurrido hasta la remoción del catéter y el período de internación favorecen a la prostatotomía. La eyaculación se altera en el 73% en la R.T.U.P. y el 13% en la prostatotomía.

La mortalidad en nuestra serie fue de 0. Orandi refiere 0,7% de mortalidad en 15 años. Existe un riesgo de recidiva de la obstrucción por aumento del volumen prostático. El índice de reoperaciones varía según diversos autores entre 1,3 1,7%. 11, 12, 13.

Orandi, en 646 pacientes, con un seguimiento de 15 años, tiene una incidencia de 9,6%. 4, 5.

Los informes recientes sugieren que la R.T.U.P. está asociada con una mortalidad y tasa de reoperaciones más elevada a largo plazo comparada con la cirugía prostática a cielo abierto. 14.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández del Busto, E y Col.: Nuestra experiencia en los 100 primeros casos de Incisión transuretral de próstata. Arch. Esp. de Urol., 44,2 (173-177), 1991.
2. Graseren, P.H. Grasser, T., Watsson, J., Hinman, F., Bruskewitz, R.: Controversies about indications for transurethral resection of the prostate. J. Urol., 141:475, 1989.
3. Ross, C., Wennberg, N, Malenka, J., Fischer, D., McPherson, K y Andersen, T.: Mortality and reoperation after transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. The New England J. of Medicine, 320:1120, 1989.
4. Orandi, A.: Transurethral incision of prostate. Seven years follow up. Urology 12:187, 1978.
5. Orandi, A.: A new method for treating prostatic hypertrophy. Geriatrics. 33:58, 1978.
6. Le Duc, A.: Incisión cervico-prostatique unilaterale. Ann Urol. 19:401, 1985.
7. Soler Roselló, A. y Col.: Trigono-cérvico-propstatotomía (T.C.P.) Técnica, resultados clínicos y urodinámicos. Arch. Esp de Urol., 43,4:397-401,1990.
8. Hendlund, H.: Ejaculation and sexual function after endoscopic bladder neck incision. Brit. J. Urol. 57:164-167, 1985.
9. Holtgrewe, H., Mebust, W., Dowd, J., Cockett, A., Peters, P, Proctor, C.: Transurethral prostatectomy: practical aspect of the dominant operation in american Urology. J. Urol 114:248, 1989.
10. Napal Lecumberri, S, y Col.: Revisión sw 36 Trigono-cérvico-prostatotomías practicadas por patología prostática.

SAU




CIPROTERONA LABINCA 50 mg

(Acetato de Ciproterona)

ALTERNATIVA
DE ELECCION

NUEVA PERSPECTIVA
PARA EL
TRATAMIENTO
ENDOCRINO
DEL CARCINOMA
PROSTATICO.



FORMULA:
Cada comprimido contiene:
Acetato de Ciproterona 50 mg.
Excipientes (lactosa; Talco; Polivinilpirrolidona; Estearato de magnesio;
Almidón de maíz) c.s.p. 200 mg.

ACCION TERAPEUTICA:
Antiandrógeno oral.
Inhibe la acción de los andrógenos y actúa como gestágeno y
antigonadotropo.

INDICACIONES:
CIPROTERONA LABINCA 50 mg está indicada en el tratamiento
antiandrógeno del carcinoma de próstata inoperable.

PRESENTACION:
CIPROTERONA LABINCA 50 mg: Envases con 50 comprimidos ranurados.

Para Acciones colaterales y secundarias, Precauciones y advertencias, y Contraindicaciones
consultar literatura especializada.

Labinca
**LINEA
ONCOLOGICA**

UROTEM

● **MAXIMO ESPECTRO ANTIBACTERIANO**

● **EXCELENTE EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS**

● **ESCALA RESISTENCIA BACTERIANA**

● **COMODA POSOLOGIA**

● **BUENA TOLERANCIA GENERAL**

FORMULA:

Cada comprimido de UROTEM contiene:

Norfloxacina 400 mg
Excipientes, c.s.p. 550 mg

POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION:

Se sugiere una posología de 400 mg, dos veces al día durante 7 días.

PRESENTACION:

Envases por 14 comprimidos.

Laboratorios *TemisLostaló*



Actas Urol. Esp. Vol. XVI, Nº 3, 205-207, 1992.

11. Edwards, L. Bucknall, T, Pittan, M. y Cols.: Transurethral resection of the prostate and bladder neck incision: a review of 700 cases, Brit. J. Urol. 57:168-171, 1985.
12. Mobb, G., Molsey, C.: Long-Term follow-up of unilateral bladder neck incisión. Brit. J. Urol. 62:160-162, 1988.
13. Waymont, B., Warad, J., Perry, C.: Long-term assessment of 107 patients undergoing bladder neck incision, Brit. J. Urol. 64:280-282, 1989.
14. Mebust, W.: Transurethral incision or resection of the prostate. J. Urol. 138:852,1987.
15. Watanabe, H.: Natural history of benign prostatic hipertrophy. Ultrasound Med. Biol. 12:567-571,1986.
16. Berry, S.J. Coffey, D.S., Walsh, P.C. y Col.: The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J. Urol. 132:474, 1984.
17. Franks, L.M.: Benign hiperplasia of prostate. Ann. R. Coll. Surg. 14:92,1984.
18. Lytton, B., Emery, J.M., Howard, B.M.: The incidense of bening prostatic obstruction. J. Urol. 99:639, 1968.
19. Glynn, R.J. campion, E.W., Bouchard, G.R. y Col.: The developmente of benign prostatic hiperplasia among volunteers in the normative aging study. Am. J. Epidemiol. 121:78, 1985.
20. Roos, N.P., Wennberg, J.E., Malenka, D.J. y Col.: Mortality and reoperation after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hiperplasia. N. Engl. J. Med. 320:1120, 1989.
21. Barry, M.J., Mulley, A.G., Fowler, F.J. y Col.: Watchfull waiting versus immediate transurethral resection for symptomatic prostatism.: the importance of patients' preferences. Jama 259:2010, 1988.
22. Fowler, F.J., Wennberg, J.E., Timothy, R.P. y Col.: Symptom status and quality of life following prostatectomy. Jama 259:3018, 1988.

COMENTARIO

Los autores presentan su experiencia en la incisión transuretral de la próstata (Técnica de Orandi), hacen una prolija revisión de la literatura corriente al respecto y comparan sus resultados con los obtenidos internacionalmente: coincidiendo en los buenos resultados del método, puntualizando su indicación en próstatas pequeñas (menores de 30 grs. y verum-cuello corto), concluyendo que los resultados son comparables a los de la R.T.U. en estos casos, con la ventaja de evitar la mayoría de sus complicaciones, (E. de uretra; Incontinencia de orina; Retracción del Cuello vesical; Retroeyaculación).

Basicamente estamos de acuerdo con lo aquí expuesto

y este sencillo tratamiento de la HPB, siempre que se ajusten correctamente sus indicaciones.

Quisieramos, no obstante, señalar nuestro pensamiento en algunos aspectos de esta presentación:

Desde el punto de vista **fisiopatogénico** pensamos que el método funciona por la sección del esfínter preprostático de Mc Neil que por el crecimiento adenomatoso o por propia disfunción, predomina en la obstrucción.

Respecto del **diagnóstico** nosotros recomendamos completar la evaluación, en forma sistemática, con un estudio urodinámico (P/Q) en los pacientes menores de 40 años y cuando la imagen endoscópica no compruebe la presencia endoluminal de un adenoma que justifique la "obstrucción" detectada por la flujometría.

Coincidimos con esta indicación en cuello disinérgico y en próstatas menores de 30 grs. 1. Pero creemos que no debe realizarse esta técnica (sino RTU) en los casos con **lóbulo medio evidente** independientemente del peso de la próstata.

En cuanto a la **técnica** nosotros seguimos a Turner Warwick 2 quien realiza, en estos casos, una sola incisión en hora 7 hasta la cápsula anatómica (cesta de mimbre), aunque nosotros sin perforarla, con buenos resultados y menor sangrado. El recomienda una incisión si la próstata es más grande.

Como con este método no se obtiene **material** para estudio histológico, nosotros sugerimos dosar el **PSA** en todos los pacientes mayores de 50 años.

Respecto a la **retroeyaculación** (del 14 %) obtenida en la casuística de los autores, llama la atención por lo alta, ya que en general es del 4-5% 2: (probablemente se deba a la profundidad y extensión de la sección).

Queda abierta la pregunta respecto de la **duración** de los buenos resultados, sobre todo a su evaluación **objetiva** (scor de síntomas y Flujometría) a 5 años o más.

Felicito a los autores por este importante aporte a la casuística nacional.

Prof. Dr. Salomón V. Romano

BIBLIOGRAFIA

1. Turner - Warwick, R, a urodynamic review of bladder outlet "OBSTRUCTIO" in de male and its treatment in, uroynamics II ed, Lutzeyer - Hannapel 1985
2. Kulb, T.B. Transurethral icition of the bladder neck. J. Urol.: 137, 230, 1987.