

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA Y LA INCISION PROSTATICA TRANSURETRAL.

Dres. Gerosa, J.R.; Budich, M.A.; Díaz Mendoza, G.; Vila, O.

RESUMEN: La uropatía obstructiva baja de origen prostático presentó a lo largo de la historia diversas modalidades terapéuticas: médicas y/o quirúrgicas.

En este trabajo analizamos las indicaciones, ventajas y desventajas entre la resección transuretral de próstata (R.T.U.) y la incisión prostática transuretral (T.U.I.P.) y describimos los resultados obtenidos en sesenta pacientes divididos en dos grupos de treinta con un seguimiento promedio de un (1) año, a los que les practicamos indistintamente las técnicas antes anunciadas.

Los valores obtenidos, tanto uroflujométricos como subjetivos y objetivos según Score de Boyarsky, no arrojaron diferencia significativa entre uno y otro método, observando algunas ventajas, para la T.U.I.P. en algunos ítems evaluados.

(Rev. Arg. de Urol. Vol.59, Nº 2, Pág. 84, 1994)

Palabras clave: Resección transuretral de próstata; Incisión prostática transuretral.

INTRODUCCION

En un trabajo de 1990, realizado en el Hospital de Veteranos de Madison, Wisconsin, Christensen y col. llegaron a la conclusión, que pacientes portadores de adenomas de la próstata pequeños padecían una contractura del cuello vesical más importante que pacientes con grandes adenomas.

En este trabajo se realizó un estudio retrospectivo, de las ventajas y las desventajas operativas entre uno y otro método de tratamiento.

Según Edwads y Powel, la incisión del cuello vesical es tan efectiva en la obstrucción por pequeños adenomas como la resección endoscópica.

La incisión del cuello vesical mejora los síntomas, siendo simple la técnica y de fácil realización.

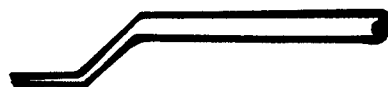
Servicio de Urología
Policlínico San Juan Bosco
Don Bosco - Buenos Aires

MATERIAL Y METODOS

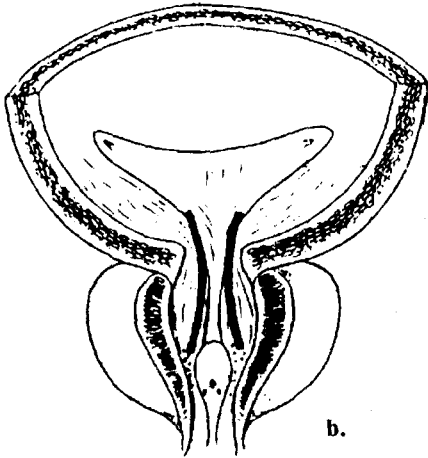
Entre los meses de marzo de 1991 a mayo de 1992, seleccionamos para este estudio un total de sesenta (60) pacientes portadores de una hipertrofia prostática benigna Grado II.

Las edades oscilaron, entre los 44-76 años con un promedio de 62 años para el grupo de la T.U.I.P. y de 64 años con un rango entre 49 y 78 años para el grupo de la R.T.U.

El elemento utilizado para la T.U.I.P., fue el ansa o cuchillete de Collins, insertado en un resectoscopio Wolf Nº26 Fr. y para la R.T.U. el ansa común de resectoscopio Nº 24 Fr. (Fig. 1, a y b).



Ansa de Collins (a)



Modelo de ficha de admisión:

| | | | | |
|---------------------------------|----|----|-------|---|
| T.U.R. | | | | |
| T.U.I.P. | | | | |
| Fecha: | | | | |
| Paciente: | | | | |
| Domicilio: | | | | |
| Tel: | | | | |
| Número de Historia clínica: | | | | |
| Edad: | | | | |
| Peso: | | | | |
| U.C.F.C: | | | | |
| Grado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Residuo posmiccional: | | | | |
| • Síntomas irritativos: | | | | |
| Nocturia | Sí | No | Grado | |
| Frecuencia diaria | Sí | No | | |
| Urgencia | Sí | No | | |
| Disuria | Sí | No | | |
| • Síntomas obstructivos: | | | | |
| Intermitencia | Sí | No | Grado | |
| Goteo terminal | Sí | No | | |
| Pérdida de fuerza | Sí | No | | |
| Vejiga llena | Sí | No | | |
| Eyacuación posoperatoria | Sí | No | | |
| Transfusión intraoperatoria | Sí | No | | |
| Glicina, número de litros: | | | | |

Figura 1, a y b.

Protocolo:

Requisitos de admisión al protocolo

- a Examen físico completo.
- b Rutina de laboratorio - incluye dosaje de fosfatasa y A.P.S.
- c Urograma excretor.
- d Uroflujometría.
- e Uretrocistofibroscoopia
- f Riesgo quirúrgico.
- g Rx de tórax.
- h Ecografía prostática con transductor rectal.

Requisitos de exclusión al protocolo

- a Próstata mayor a 30 cc. de volumen.
- b Lóbulo medio hipertrófico.
- c Distancia *cuello - verum* mayor a 4 cm.
- e Adenocarcinoma de próstata.
- f Estrechez uretral.
- g Pacientes con patología de base neurológica o psiquiátrica.

| | | |
|---|----|----|
| Infecciones Posoperatorias | Sí | No |
| Número de días de sonda: | | |
| Número de días de internación: | | |
| • Uroflujometría (preoperatoria) | | |
| • Uroflujometría (posoperatoria) | | |

Valoración endoscópica del adenoma

| Tamaño Glandular | Tacto Rectal | Endoscopia | | | Cantidad de tejido resecado |
|-------------------|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| | | Aproximación de la línea media | Distancia veru montanum cuello | Respecto del Trígono | |
| Normal | No hay | Bordes cóncavos | 1 a 1/2 cm | Se ve todo | — |
| Adenoma Grado I | Hasta un centímetro en la luz rectal | Bordes convexos sin tocarse en la línea media | 2 a 3 cm | Se ve medio Trígono | 15 g |
| Adenoma Grado II | De uno a dos centímetros en la luz rectal | Se tocan ambos lóbulos en línea media | 3 a 4 cm | Se ve menos de medio Trígono | 15 - 50 g |
| Adenoma Grado III | De dos a tres centímetros en la luz rectal | Lóbulos contactan en 2 a 3 cm. | 4 a 4,5 cm | No se ve Trígono | 50-125 g |
| Adenoma Grado IV | Más de cuatro centímetros en la luz rectal | Contactan más de 4 cm | +5 cm | Obstruye toda visión de la vejiga | +125 g |

Técnica quirúrgica

• Resección transuretral

Previo dilatación de la uretra con benique hasta 28 Fr. y bajo anestesia raquídea o peridural, se practica la R.T.U. bajo monitoreo de video, según técnica de Nesbit, utilizando un resectoscopio Wolf Nº 26 Fr. con ansa Nº 24 Fr., de flujo continuo, sin aspiración y utilizando como irrigación solución de glicina.

Colocando en el posoperatorio inmediato una sonda Foley Nº 24 Fr. triple vía con lavado vesical con solución salina de cloruro de sodio.

Se realizó un esquema de A.T.B. profilácticamente y se administró Oxibutinina en forma oral para prevenir las molestas contracciones del detrusor.

T.U.I.P.

Utilizando el cuchillito de Collins, con la introducción de un dedo en el recto para evaluar correctamente el grado de profundidad del corte, realizamos uno en **hora 5** (Figura 2.a), otro en **hora 7** (Fig 2.b) desde el cuello hasta el Veru montanum y un tercer corte en **hora 12**, (Figura 2.c), tratando de abrir la comisura anterior de la glándula.

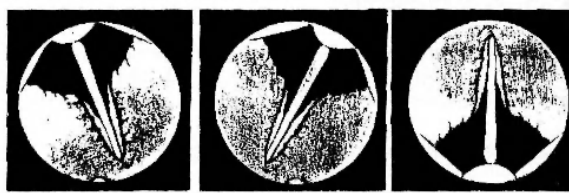


Fig. 2: a) corte en hora 5, b) corte en hora 7, c) corte en hora 12

Las incisiones en **hora 5** y **7**, fueron preconizadas por Ahmad Orandi, y la incisión en **hora 12** por Turner-Warwick; creemos que la conjunción de estas tres incisiones mejora notoriamente los resultados.

Colocamos al igual que en la R.T.U., catéter de Foley en uretra Nº 24 Fr. con lavado vesical por gravedad con solución salina (si existiera sangrado). Utilizamos anestesia peridural o raquídea.

Debemos hacer notar que algunos autores como Ben Simon describen a la T.U.I.P. de susceptible de ser realizada con anestesia local infiltrando previamente los sitios de corte endoscópicamente. (Fig. 3)

Tipos de adenoma susceptibles de T.U.I.P.

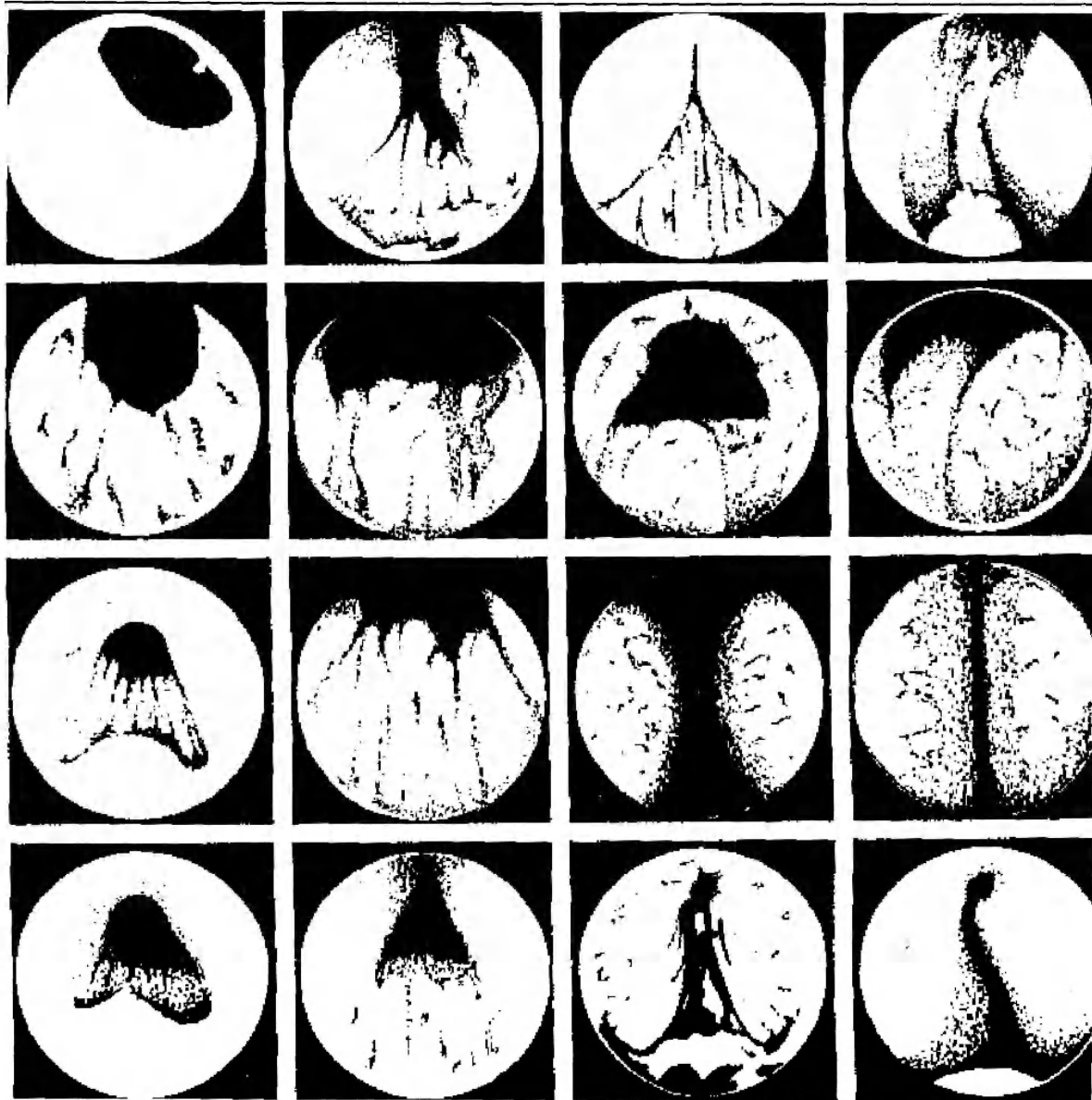


Fig. 3

Complicaciones R.T.U.

En el grupo de los pacientes sometidos a R.T.U., se observaron las siguientes:

Intraoperatorias

Perforaciones de cápsula prostática pequeñas, que evolucionaron sin trastornos a posteriori.

2 (dos) casos.

Posoperatorias

- Hematurias 3 (tres) casos.
- Estrechez de uretra 2 (dos) casos.
- Uretritis 1 (un) caso.
- Orquitis 2 (dos) casos.

Complicaciones T.U.I.P.

En el grupo de los pacientes sometidos a T.U.I.P. se observaron las siguientes:

SAU

Intraoperatorias

Rotura del cuchillete de Collins que obligó a la extracción del fragmento con una pinza de biopsia 1 (un) caso.

Posoperatorias

• Hematuria 1 (un) caso.
• Estrechez de uretra 1 (un) caso.
• Orquiepididimitis 1 (un) caso.

Ventajas

Las ventajas operativas entre uno y otro método fueron evaluadas teniendo en cuenta:

Ficha de evaluación

- Necesidad o no de transfusiones.
- Cantidad usada de líquido de irrigación.
- Tiempo operatorio.
- Días de internación.
- Permanencia de la sonda vesical.
- Infecciones agregadas.
- Eyaculación retrógrada.

El control de los pacientes lo realizamos en el posoperatorio al tercer mes con uroflujometrías y valoración según Score y Boyarsky, repitiendo el mismo a los seis meses y al año, agregamos además en cada control urocultivo y un cuestionario sexual acerca de eyaculación y potencia.

RESULTADOS

Se trató de tabular a pacientes de similares características y se los agrupó en sectores, ya sean de R.T.U. o T.U.I.P. indistintamente.

Los Scores de Boyarsky, tanto irritativos como obstructivos, mejoraron sensiblemente en el posoperatorio de ambos grupos y se mantenían estacionarios al año. La medida de los scores fue calculada en forma individual en cada paciente de los grupos, no observando diferencia significativa.

Se observó una disminución de los síntomas, ya sean irritativos u obstructivos de aproximadamente 50% entre el 82% de los pacientes del grupo de la T.U.I.P. y del 83% de la R.T.U. con respecto al flujo urinario máximo; éste mejoró, promedio en el

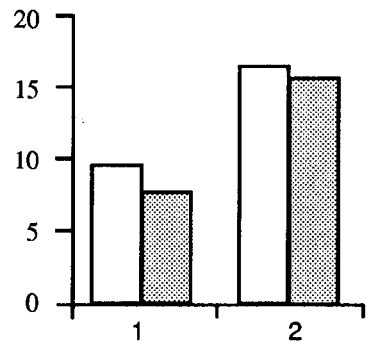
grupo de la R.T.U. en 9,7 ml/seg. y de la T.U.I.P. 7,8 ml/seg. al tercer mes, manteniéndose la proporción al año R.T.U. 16,6 ml/seg. T.U.I.P. 15,8ml/seg (Cuadros 1 y 2)

Flujo urinario máximo (ml/seg)

| | R.T.U. | T.U.I.P. |
|---------------|--------|----------|
| Preoperatorio | 9,70 | 7,80 |
| Posoperatorio | 16,60 | 15,80 |

Cuadro 1

Flujo urinario máximo (8 ml/seg)



Cuadro 2

No se registraron transfusiones en el grupo de la T.U.I.P., sí en el grupo de la R.T.U. en 3 (tres) casos (10%), y se usaron promedio 8 (ocho) litros de irrigación en las R.T.U. contra 3 (tres) litros en las T.U.I.P.

El tiempo operatorio fue notoriamente menor: 22 (veintidos) minutos promedio en las T.U.I.P. contra 45 (cuarenta y cinco) minutos de las R.T.U.

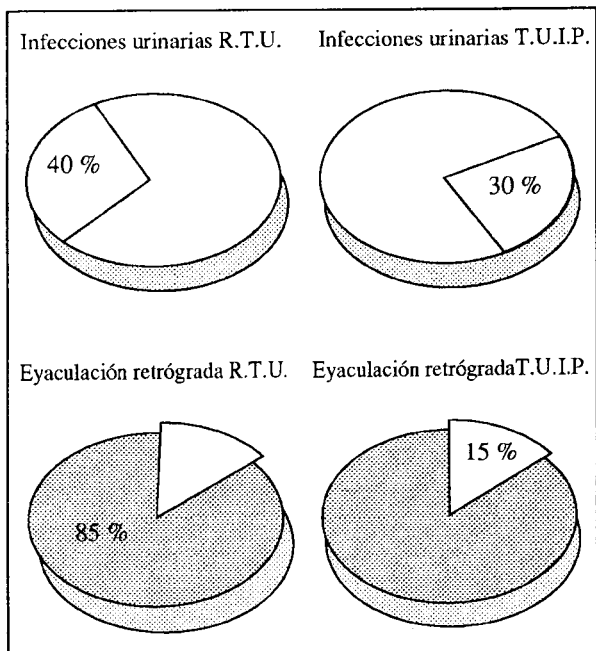
El 85% de los pacientes del grupo de las R.T.U. quedó con eyaculación retrógrada contra sólo el 17% de la T.U.I.P.

Resultados

| Nº ITEM | R.T.U. | T.U.I.P. |
|---------------------------|--------------|--------------|
| 1 Transfusión | 10% (3) | (-) |
| 2 Irrigación (U=litros) | 6-11 (8) | 1-4 (3) |
| 3 Tiempo operatorio (u=') | 30'-60' (45) | 15'30' (22') |
| 4 Internación (U=días) | 2-6 (4) | 1-3 (2) |
| 5 Permanencia de sonda | 2-6 (4) | 1-3 (2) |
| 6 Infecciones urinarias | 40% (12) | 30% (10) |
| 7 Eyaculación retrógrada | 85% (26) | 17% (5) |
| 8 Tipos de anestesia | Idem | Idem |
| 9 Espasmos vesicales | Idem | Idem |

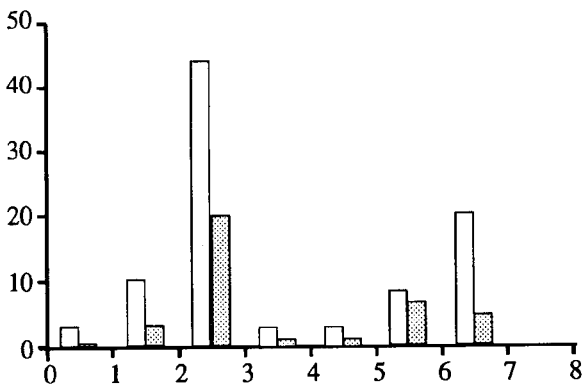
Cuadro 3

En el control de la infección urinaria, los tipos de anestesia usada, y la presencia de espasmos vesicales, no se observaron diferencias entre ambos grupos. (Cuadros 3, 4 y 5)



Cuadro 4

Resultados R.T.U. - T.U.I.P.



Cuadro 5

CONCLUSIONES

Creemos que estos resultados muestran que ambas técnicas son efectivas para este tipo de patología obstructiva, no observando que una sea más efectiva que otra.

La T.U.I.P. tiene las siguientes ventajas con respecto a la R.T.U., a saber:

- Es más rápida de realizar (menor tiempo operatorio).
- Es más sencilla.
- Puede realizarse en pacientes jóvenes ya que muy pocos quedan con eyacuación retrógrada.
- No requiere transfusión sanguínea ordinariamente.

En adenomas próstáticos mayores, no discutimos las obvias ventajas de la resección transuretral.

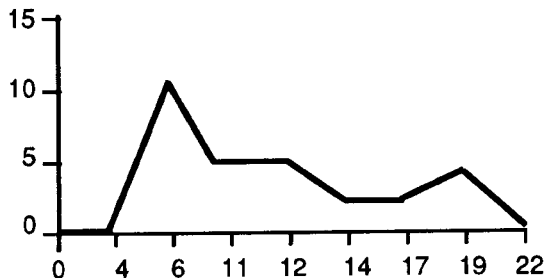
Condiciones de desarrollo del vaciado vesical:

• Posición del paciente Parado

Valores calculados para el vaciado vesical:

| | |
|--------------------------|------|
| • Volumen evacuado (ml): | 135 |
| • Qmx. (ml/seg): | 8 |
| • Qmed. (ml/seg): | 4 |
| • Tiempo de flujo: | 0,37 |
| • Tiempo al Qmx: | 0,5 |
| • Tiempo miccional: | 0,37 |

Vaciado vesical



Ejemplo de un caso de Uroflujometría - Preoperatorio

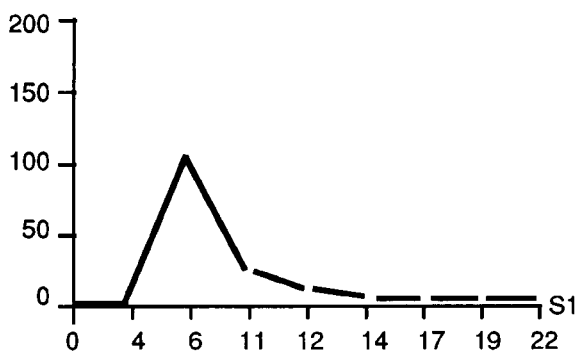
Condiciones de desarrollo del vaciado vesical:

• Posición del paciente Parado

Valores calculados para el vaciado vesical:

| | |
|--------------------------|------|
| • Volumen evacuado (ml): | 180 |
| • Qmx. (ml/seg): | 23 |
| • Qmed. (ml/seg): | 8 |
| • Tiempo de flujo: | 0,25 |
| • Tiempo al Qmx: | 0,80 |
| • Tiempo miccional: | 0,25 |

Vaciado vesical



Ejemplo de un caso de Uroflujometría - Posoperatorio
(*mismo paciente*)

BIBLIOGRAFIA

1. Blandy, J. P.: "Transurethral resection". 2nd edition.
2. Bruskewitz, R. C.; Larsen, E. H.; Madsen, P. O.P., y col.: "3 year follow-up of urinary symptoms after transurethral resection of prostate". J. Urol, 136:613, 1986.
3. Christensen, M. G.; Nordling, J.; Andersen, J.T. y col.: "Functional bladder neck obstruction. Results of endoscopic bladder neck incision in 131 consecutive patients" Br. J. Urol, 57:60,1985.
4. Delaere, K. P.; Debruyne, F. M. J.; Moonen N,W.A.: "Extended bladder neck incision for outflow obstruction in male patients". Br. J. Urol, 55:225, 1983.
5. Edwards, L.; Power, C.: "An objective comparison of transurethral resection and bladder neck incision in the treatment of prostatic hypertrophy". J. Urol., 128,: 325, 1982.
6. Edwards, L. E.; Bucknall, T. E.; Pitman, M. R. y col.: "Transurethral resection of the prostate and bladder neck incision: A review of 700 cases". Br. J. Urol., 57:168, 1985.
7. Gary, P.; Greenstein, A.; Ratliff, J. E. y col. : "Transurethral incision of the bladder neck and prostate". J. Urol., 144: 694, 1990.
8. Hedlund, H.; E K. A.: "Ejaculation and sexual function after endoscopic bladder neck incision". Br. Urol., 57: 164, 1985.
9. Lentz, H. C.; Mebust, W. K.; Foret, J. D. y col.: "Urethral stricture following transurethral prostatectomy. Review of 2.223 resection" J. Urol, 117: 194, 1997.
10. Levy D'Ancona, C. A; Rodrigues, N.; Miranda, A. y col.: "Internal urethrotomy of the prostatic urethra or transurethral resection in benign prostatic hyperplasia" J. Urol., 144: 918-920, 1990.
11. Li, M. K.; NG, S. M.: "Bladder neck resection and transurethral resection of the prostate: A randomized prospective trial" J. Urol.; 138: 807, 1987.
12. Loughlin, K. R.; Yalla, S. V.; Belldegrún, A.: "Transurethral incisions and resections under local anesthesia". Br. J. Urol., 60: 185, 1987.
13. Millin, T.: "Retropubic urinary surgery". Livingston, Edinburg, 1947.
14. Orandi, A.: "Transurethral incision of the prostate." J. Urol., 110: 229, 1973.
15. Orandi, A.: "Transurethral incision of prostate. A seven year follow-up" Urology, 12: 187, 1978.
16. Orandi, A.: "Transurethral incision of prostate (T. U. I. P.): 64 cases in years. A chronological appraisal". Br. J. Urol., 57: 703, 1985.
17. Orandi, A.: "Transurethral incision of prostate compared with transurethral resection of prostate in 132 matching cases." J. Urol., 138: 810, 1987.
18. Soler Rosello, A.; Morote, J.; García, D., y col.: "Tratamiento con diclofenato sódico del síndrome miccional irritativo tras resección transuretral por hiperplasia prostática benigna." Arch. Esp. Urol., 43: 531-835, 1990.
19. Soler Rosello, A.; Conejero, J.; Banus, J. M. y col.: "Trigonocervicoprostatotomía. Técnica, resultados clínicos y urodinámicos". Arch. Esp. Urol., 43: 397-401, 1990.