



**RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA
BAJO ANESTESIA LOCAL****TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE
LOW LOCAL ANESTHESIA**

Artículo original

Original article

Dres. Mosso, F.; Olivieri, A.; D'Angelo, G.; Palladino, H.; Henricot, C.; Calomite, A.; Alberti, C. (h); Baldarena C.; Vilchez Acosta, R.

RESUMEN: *La resección transuretral de próstata (R.T.U.P.) es una de las operaciones más frecuentes en la cirugía urológica. Habitualmente se realiza bajo anestesia de tipo espinal y en algunos casos general. La anestesia local está descrita, pero no es la habitualmente utilizada. En el período comprendido entre marzo de 1996 y junio de 1998 se practicaron 35 R.T.U.P. bajo anestesia local. Se infiltró con lidocaína al 2% diluida al 50% el sitio a resecar, utilizando un catéter ureteral modificado, que se introdujo a través del cistoscopio. Posteriormente se realizó la R.T.U.P. y fue necesario completar con neuroleptoanalgesia en tres procedimientos. Todas las prácticas fueron bien toleradas por los pacientes y la evolución fue satisfactoria.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 65, N° 2, Pág. 70, 2000)

Palabras clave: Resección; Transuretral; Próstata; Local; Anestesia.

SUMMARY: *Transurethral resection of the prostate (T.R.U.P.) is one of the most frequent interventions in urology. As usual it is done under spinal or general anesthesia. Local anesthesia has been described but it is not usually used. We practiced 35 T.R.U.P. in the period comprehended between March 1996 and June 1998. Introducing a modified urethral catheter in our cystoscope we infiltrate with 2% lidocaine without epinephrine the points to be resected. In three patients has been required neuroleptoanalgesia to complete the procedures. All the practices were well tolerated and the evolution of the patients was satisfactory.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 65, N° 2, Pág. 70, 2000)

Key words: Resection; Transurethral; Prostate; Local; Anesthesia.

INTRODUCCIÓN

El concepto del tratamiento quirúrgico para la hiperplasia prostática benigna fue por primera vez introduciendo hace aproximadamente una centuria con la primer descripción de una enucleación prostática realizada por

Servicio de Urología - Hospital Dr. Diego E. Thompson
Avellaneda 33, Gral. San Martín,
Prov. de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: 4754-0301

Bellfield y Mc Gill de Leeds (Gran Bretaña). Freyer en 1900 hizo famosa esta técnica asociando su nombre a la misma, mientras que Millin describió y popularizó la técnica retropúbica en 1945⁽⁷⁻⁶⁾. La primera operación transuretral fue realizada por Ambrosio Paré en el siglo XI quien trató las estrecheces uretrales con una cureta cortante. Este método fue mejorado por los cirujanos franceses Mercier Civiale y D'Etoilles en 1830⁽⁹⁾. Gutrie en 1834 fue el primero en describir la técnica de prostatotomía para tratar la contractura muscular de cuello vesical⁽¹¹⁾. La primera serie importante de prostatotomías fue realizada en 1973 por Orandi quien popularizó el método⁽¹⁰⁾.

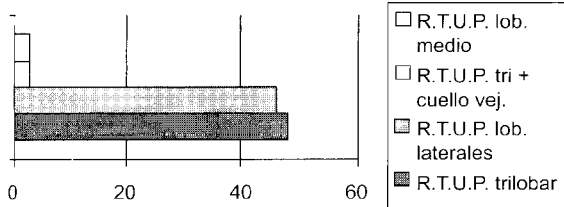
Actualmente la R.T.U. de próstata es una de las operaciones más comunes de la cirugía urológica (aproximadamente el 40% en algunas series). Habitualmente se realiza bajo anestesia raquídea, epidural o general⁽²⁾. La primera descripción de R.T.U. prostática bajo anestesia local fue realizada en 1977⁽⁸⁾. En 1986 Sinha y cols. presentaron una serie de 100 pacientes operados bajo anestesia local y sedación intravenosa⁽¹³⁾. Más recientemente Hugosson y cols. (año 1993) comunicaron el resultado de una experiencia en 30 pacientes donde se instiló lidocaína gel en la uretra y anestesia local en el cuello vesical para realizar prostatotomía, siendo los procesos bien tolerados⁽³⁾.

Si bien este tipo de anestesia está descripta, no es habitual su utilización en estos procedimientos, por ello la finalidad de este trabajo es describir nuestra experiencia en 35 pacientes donde se realizó la R.T.U. prostática bajo anestesia local.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trataron 32 pacientes en el período comprendido entre marzo de 1996 y junio de 1998. Las edades extremas fueron 79 y 61 años respectivamente. Todos los pacientes reunían las condiciones para indicar R.T.U.; 12 de ellos presentaban patologías asociadas que aumentaban el riesgo quirúrgico. Se practicaron 35 procedimientos, realizándose la resección de los lóbulos laterales en 16 ocasiones, resección trilobar en 17 oportunidades, resección trilobar más cuello vesical una vez y sólo resección del lóbulo medio una vez.

Prácticas Realizadas



Técnica

Previa instilación de la uretra con solución al 4% de lidocaína y gel de lidocaína al 2% se introdujo el cistoscopio, posteriormente se colocó el catéter ureteral modificado (con aguja de infiltración en un extremo y receptor para jeringa en el otro) a través del mismo (Fotos 1 y 2). Se infiltró, bajo visión directa, una solución compuesta por lidocaína al 2% sin epinefrina diluida al 50%.

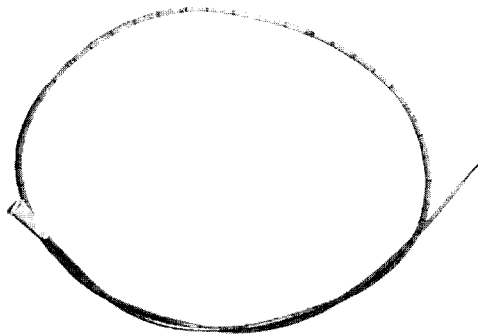


Foto 1

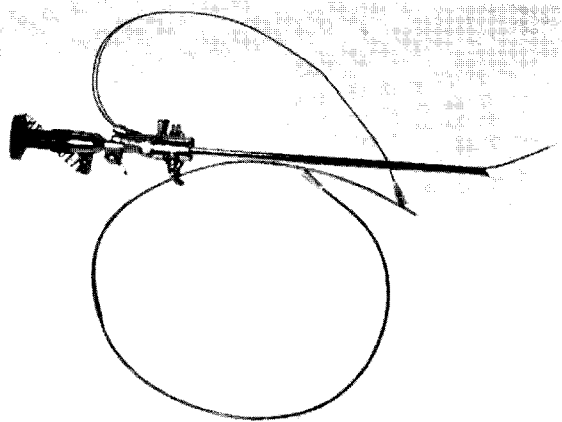


Foto 2

La técnica de infiltración requirió de dos operadores, uno que manejara el cistoscopio y guiara el catéter y otro que condujera el extremo posterior del catéter adosado a la jeringa.

Posteriormente bajo visión proporcionada por la óptica se infiltró con uno o dos centímetros de anestésico en el sitio a resear. La infiltración del cuello vesical se realizó en horas 5, 6 y 7. A continuación se efectuó de inicio la resección de aquellos puntos que fueron infiltrados en primer término, y así en orden sucesivo.

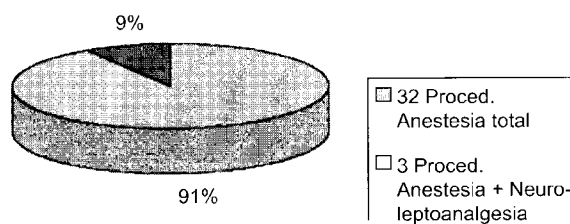
En caso de efectividad disminuida de la aplicación local, se complementó con neuroleptoanestesia.

RESULTADOS

Se comprobó que en 32 de los 35 procedimientos se logró anestesia completa y posibilidad de resección total según técnica. En 3 procedimientos fue necesario asociar la anestesia con neuroleptoanalgesia.

No se registró prolongación de los tiempos quirúrgicos habituales ni complicaciones anestésicas farmacológicas asociadas con las drogas.

Como defecto se descubrió que una vez iniciada la operación es dificultoso volver a infiltrar (en el caso que no fuera efectiva la primera dosis) por el sangrado en el campo quirúrgico. Debido a que algunos pacientes presentaron molestias por distensión vesical, se administró oxibutinina 5 mg por vía oral en algunos de ellos.



91% de efectividad en la primera aplicación

CONCLUSIÓN

La R.T.U. es sin duda uno de los procedimientos quirúrgicos más habituales en urología siendo la anestesia que más se utiliza la raquídea o epidural⁽²⁾. Existen complicaciones intra o postoperatorias en pacientes sometidos a anestesia general y en aquéllos que fueron sometidos a anestesia espinal según varios autores, constatándose además que no existen diferencias significativas entre estos tipos de anestesia⁽⁵⁾.

La anestesia local, en cambio, está descripta pero no es la habitualmente utilizada⁽²⁾. En nuestra experiencia se verificó que con buena técnica es un método efectivo y seguro.

Presenta una ventaja incuestionable en contra de la anestesia general y espinal, en relación con la evolución post-quirúrgica del paciente (mayor bienestar).

En la constante búsqueda de reducción de gastos hospitalarios, la anestesia local es un procedimiento de bajos costos, a lo que se suma el acortamiento de los tiempos de internación⁽¹²⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edwards, L.: Transurethral resection of prostate and bladder neck incision a revision of 700 cases; *Br. J. Urol.*, 57: 164-167, 1985.

2. Holtgruewe, H.; Mebust, W.: Transurethral prostatectomy practice aspects of the dominant operation in american urology; *J. Urol.*; 141: 248-253, 1989.
3. Hugosson, J.: Outpatient transurethral incision under local anaesthesia. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 27: 381-385, 1993.
4. Keitzer, W.A.: Transurethral incision of bladder neck for contracture. *J. Urol.*; 86: 242, 1961.
5. Mc Gowans; Smith G.: Anaesthesia for transurethral prostatectomy - a comparison of spinal anaesthesia with general anaesthesia. *Int. Urol. Nephrol.*, 19: 287, 1987.
6. Millin, T.: Retropubic prostatectomy; new extravasical technique report on 20 cases. *Lancet*, 2: 693, 1945.
7. Millin, T.; Retropubic prostatectomy. *J. Urology*; 59: 267-274, 1948.
8. Moffat, N.A.: Transurethral prostatic resections under local anaesthesia. *J. Urol.*, 118: 607-608, 1977.
9. Nesbit, R.M.: A history of transurethral prostatectomy. *Rev. Mex. Urol.*, 35: 349-362, 1975.
10. Orandi, A.: Transurethral incision of the prostate. *J. Urol.*; 110: 229-231, 1973.
11. Riehman, M.: Transurethral incision of the prostate and the bladder neck; *J. Androl.*, 12: 415, 1991.
12. Rochrborn, C.: Standard Surgical Interventions; Textbook of Benign Prostatic Hyperplasia. 1: 343, 1996.
13. Sinha, B.; Haikel, G.: Transurethral resection of the prostate with local anaesthesia in 100 patients. *J. Urol.*, 135: 712-719, 1986.

COMENTARIO EDITORIAL

Basados en su experiencia en 35 casos operados, los autores ponen en consideración la posibilidad de realizar esta operación (la RTU) con éxito utilizando la anestesia local.

La técnica descripta por los autores consiste en la instilación anestésica intrauretral de gel de lidocaína al 2% en asociación con un volumen no determinado del mismo anestésico al 4%. Luego, valiéndose de una aguja flexible proceden a la infiltración endoscópica de cada sitio a resear con lidocaína al 1%, resultando esto suficiente en la mayoría de sus procedimientos (32/35) recurriendo a la neuroleptoanalgesia complementaria en los restantes (3/35).

A diferencia de otras técnicas que infiltran las caras laterales de la próstata por vía perineal y lo complementan con anestesia del nervio pudiendo en el canal de *Alcock*, la técnica empleada por los autores impresiona como más simple y tan efectiva como la antes mencionada. Llama la atención que el sangrado imposibilite completar o reforzar la anestesia local si luego de iniciada la operación se hiciera necesaria. Suponemos que esto sólo sucedería si de un comienzo, la dosis aplicada resultara insuficiente, tanto, como para impedir la coagulación de los vasos sangrantes.

Quisiera destacar el valor de este trabajo ya que trae a consideración la posibilidad de realizar la mejor técnica desobstructiva existente, como lo es la RTUP, en aquellos pacientes severamente obstruidos, sin posibili-

dades de recibir una terapéutica farmacológica y con contraindicación o riesgo anestésico exagerado. Resulta obvio señalar las ventajas de practicar bajo anestesia local la incisión transuretral del cuello vesical y la próstata, la denominada (miocapsuloprostatotomía), ya que transforma a esta excelente operación además de ambulatoria, en viable en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Es muy estimulante que los autores propongan esta técnica, que es del dominio de cualquier urólogo, frente a la embestida de complejas y caras tecnologías «mínimamente invasivas» que intentan resolver el problema obstructivo prostático en los pacientes de riesgo, sin que

logren una respuesta tan eficiente comparadas con las técnicas mencionadas.

No considero, sin embargo, que la anestesia local, condicione «el mayor bienestar postoperatorio del paciente», como los autores lo destacan, ya que con la anestesia peridural o raquídea se consigue trabajar con mayor comodidad, resultando estos procedimientos más fáciles de practicar y de cómoda recuperación postoperatoria.

Prof. Dr. Salomón Víctor Romano
Ex Presidente de la S.A.U.