

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

INCISION TRANSURETRAL DE PROSTATA

Dr. David Perdomo Leyva¹, Dr. Pablo Cobas Vega², Dr. David Perdomo Fernández.³

RESUMEN

Se realiza un estudio en el Servicio de Urología del Hospital Provincial "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, durante el período septiembre de 1998 a noviembre de 2006, para conocer resultados del tratamiento quirúrgico del adenoma prostático mediante incisión transuretral de la próstata en pacientes con obstrucción infravesical moderada y próstata pequeña no mayor de 20 g de peso. Durante este tiempo son tratados 37 pacientes con hiperplasia benigna de próstata, a los cuales se les realiza incisión transuretral de la próstata. Para el análisis de sus resultados se tiene en cuenta: edad, síntomas referidos a la obstrucción, gradación de síntomas según Madsen - Iversen, tiempo quirúrgico, cese de la hematuria, retirada del catéter, estadía postoperatoria, entre otras variables. La técnica quirúrgica empleada fue la incisión transuretral de cuello y uretra prostática a las 5 y 7 del horario. El tiempo quirúrgico medio fue de 16.5 m y la estadía operatoria de 3.8 días. Se analizan detalladamente todas las variables. Se alcanzaron resultados satisfactorios en el 97.3 % con mortalidad nula.

Palabras clave: HIPERPLASIA PROSTATICA/cirugía; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS UROLOGICOS.

INTRODUCCION

Hasta hoy, la cirugía es el único tratamiento eficaz para corregir la obstrucción ocasionada por la hiperplasia benigna de la próstata. La resección transuretral de la próstata (RTUP) es la técnica de elección para la mayoría de los pacientes. Sin embargo, está confirmado que los pacientes con próstatas

¹ Especialista de II Grado en Urología. Asistente.

² Especialista de I Grado en Urología.

³ Residente de Tercer Año de Urología.

pequeñas tienen un alto riesgo de desarrollar contractura del cuello vesical consecutiva a la RTU.¹

La incisión transuretral de la próstata (ITUP)²⁻⁴ ha sido diseñada para tratar a los pacientes con síntomas de obstrucción infravesical y próstatas pequeñas cuando no está indicada la RTUP. La ITUP es un proceder técnicamente fácil de realizar, enseñar y aprender que, realizado en estas circunstancias, es equivalente al RTUP con un menor índice de complicaciones y menor costo hospitalario, obteniéndose resultados similares a la RTUP a corto y largo plazo.⁵⁻⁷

METODO

Se realiza un estudio en el servicio de urología del Hospital Provincial "Dr. Agostinho Neto", de Guantánamo, en el período comprendido entre septiembre de 1994 y noviembre de 2002, con el objetivo de conocer los resultados de la incisión transuretral de la próstata en pacientes con obstrucción moderada y próstata pequeña.

El universo estuvo constituido por 37 pacientes con síntomas obstructivos moderados y próstata pequeña adenomatosa grado I ó no mayor de 20 g de peso. El diagnóstico de obstrucción se basó completamente en los síntomas. Durante el interrogatorio, el paciente fue sometido a una evaluación de sus síntomas mediante un sistema de puntuación Madsen-Iversen⁸, donde el total de puntos acumulados se dividen en síntomas obstructivos e irritativos.

La técnica quirúrgica empleada consistió en la incisión del cuello vesical y la uretra prostática a las 5 y 7 del horario desde la vertiente por delante del meato uretral hasta la cara lateral del *verumontanum*. Se tuvieron en cuenta los índices postoperatorios. Tres meses después de operado se aplicó el mismo sistema de puntuación preoperatorio y los síntomas referidos a la esfera sexual.

RESULTADOS Y DISCUSION

La incisión transuretral de la próstata ha sido concebida no como una alternativa a la resección transuretral, sino como un nuevo proceder quirúrgico para ciertos pacientes en los que no está indicada la resección transuretral a

cualquier edad en próstatas pequeñas no mayores de 20 g de peso, asociado a síntomas obstructivos moderados.^{3,5,9,10}

El universo de trabajo abarca un total de 37 pacientes con adenoma de próstata pequeño no mayor de 20 g de peso y obstrucción infravesical moderada, sometidos a la incisión transuretral de la próstata.

Al evaluar los síntomas que motivaron la intervención quirúrgica (Tabla 1) se puede observar como en el 100 % de los pacientes estuvieron presentes los síntomas: chorro débil, micción demorada y micción prolongada; otros síntomas obstructivos como el vaciamiento incompleto de la vejiga, retención completa de la orina, incapacidad para orinar en publico, incremento de la dificultad cuando se retire voluntariamente la micción, son menos frecuentes. Los síntomas irritativos polaquiuria nocturna y diurna y malestar vesical aparecen en el 97,2%, 67.5% y 54.0 %, respectivamente.

En el postoperatorio, en más del 90 % de los enfermos estudiados desaparecieron los síntomas obstructivos más importantes que tuvimos en cuenta (chorro débil, micción demorada y prolongada). El resto de los síntomas obstructivos que exploramos desaparecieron en la totalidad de los enfermos, excepto en 2 pacientes (5.4 %) en que se mantuvo la sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga. La polaquiuria nocturna persistió en el 10.8 % de los pacientes y la diurna en el 32.4 %.

La mayoría de los informes indican la extraordinaria mejoría de los enfermos en el postoperatorio. En nuestra casuística los síntomas obstructivos desaparecieron en la casi totalidad de los enfermos, y persisten algunos síntomas irritativos, como la polaquiuria, que se explica por inestabilidad del detrusor.^{5,10,11}

Para facultar el análisis se le asignó una puntuación a cada síntoma recogido en el interrogatorio, según lo indicado por Madsen-Iversen⁸ se pudo comprobar la espectacular reducción en la puntuación total de los síntomas obstructivos y en las tres cuartas partes de los síntomas irritativos. El sistema de puntuación para los síntomas prostáticos al evaluar la decisión quirúrgica ha resultado de extraordinario valor en ausencia de los estudios urodinámicos.⁸

En la Tabla 2, que se refiere a la puntuación acumulada por los síntomas, referida en el interrogatorio al aplicarle el sistema de puntuación de Madsen-Iversen, se encontró que el total de pacientes acumuló 618 puntos; de ellos 441

referidos a la esfera obstructiva y 177 a la irritativa, con una media de 16.7 en un rango de 13 a 22 puntos, lo que indica que la totalidad de los enfermos presentaban una obstrucción moderada. El rango de los sistemas obstructivos oscila entre 8 y 17 puntos, con una media de 4.78 puntos. En el postoperatorio la media puntuación total o total de síntomas disminuyó hasta 2.5 puntos con una media de síntomas obstructivos de 0.9 y de 1.62 puntos para los irritativos.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 16.5 min en esta intervención quirúrgica, apenas sin complicaciones (una hemorragia peroperatoria). Los índices preoperatorios se comportaron como sigue: promedio del cese de hematuria 1.5 días, promedio de retirada de catéter uretral 2.6 días y promedio de estadía postoperatoria 3.6 días (Tabla 3).

Al evaluar los índices postoperatorios, el tiempo quirúrgico fue ligeramente alto al compararlo con otros informes^{7,8,10}, pero muy inferior al tiempo empleado en la RTUP.^{2,7,12} Las complicaciones fueron escasas: un paciente con infección urinaria baja sintomática que desapareció con el tratamiento médico adecuado y un paciente con hemorragia preoperatoria que requirió hemostasia del vaso sangrante a cielo abierto. No hubo fallecidos en nuestra serie, similar a lo registrado por Katz y Ruzik.^{12,13} La hematuria promedio fue ligeramente superior a lo consultado, pero inferior a lo observado en la RTUP.^{7,10,14}

Para nosotros la retirada del catéter queda guarda relación con el cese de la hematuria motivo por el cual el promedio de retirada del mismo en nuestra serie es superior a lo revisado^{7,10} pero en la actualidad existe la tendencia a la retirada precoz del catéter, incluso algunos llegan a hacerlo en las primeras 24 horas y otros no lo cesan cuando emplean tecnología láser.¹⁵ La estadía hospitalaria que es una consecuencia del proceder anterior también estuvo por encima de los promedios de los trabajos antes mencionados pero inferior a la RTUP.^{7,10} Drago¹⁶ realiza el 85 % de esta técnica quirúrgica de forma ambulatoria.

De los 37 pacientes, sólo en 23 se pudo completar el interrogatorio sobre la sexualidad; de éstos, 21 eran sexualmente activos, la totalidad de los cuales conserva la eyaculación anterógrada y tres de ellos aquejan disminución de la erección (Tabla 4).

En cuanto a la esfera sexual, la incisión no afectó la eyaculación anterógrada y se dañó muy discretamente la potencia sexual en la serie estudiada. Las

referencias bibliográficas consultadas al respecto sí informan eyaculaciones retrogradas y ausencia de erección menos frecuente que en RTUP.^{7,10,13,17}

En los resultados de este proceder encontramos que en 32 pacientes fueron catalogados de buenos, lo que representa el 86.5 % de la casuística regular. En los otros casos 4 casos (10.8 %), sólo se registró uno con resultado malo; este último paciente fue reintervenido a cielo abierto por sangramiento (Tabla 5).

Los resultados de nuestro trabajo se pueden considerar como altamente satisfactorios. En el 85,6 % de los pacientes se obtuvieron resultados buenos, y en el 10.8 % fueron regulares. Esta última categoría obedece a ligeros síntomas irritativos que persisten tres meses después de operados, que guardan relación con la inestabilidad del detrusor. Finalmente, los resultados satisfactorios alcanzaron la cifra de 97,3 %, en coincidencia con lo reflejado en la literatura.^{1,3,4,7,10,12,13,17,18}

CONCLUSIONES

1. La incisión transuretral de la próstata puede considerarse como la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico de adenoma prostático en glándulas menores de 20 g de peso. También, puede recomendarse como tratamiento primario en glándulas hasta de 30 g de peso en pacientes con obstrucción moderada o severa.
2. Se trata de un proceder quirúrgico técnicamente simple, muy fácil de enseñar y aprender, al alcance del urólogo promedio, requiere escaso tiempo quirúrgico, escasas pérdidas sanguíneas, pocos días de sondaje uretral y baja estadía postoperatoria, con probabilidades de ser realizada de forma ambulatoria.
3. Con esta técnica se alcanzan resultados finales altamente satisfactorios comparables a la resección transuretral de la próstata, con una mortalidad nula y escasas molestias postoperatorias en la esfera sexual, de lo que se infiere que los más beneficiados serían los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Al-Signary W, M Arya, Patel HRH. Bladder neck stenosis after trasurethral Resection of Prostate: Does Size matter? Urologia Internationalis. 2004; 73:262-5.

2. Fitzpatrick JM, Mebust WK. Minimally invasive and endoscopic management of benign prostatic hyperplasia. In: PC Wlash. Campbell Urology. tII. 8ªed. Philadelphia W.B: Saunders; 2002.p.1379-82.
3. Chatelain CH, Denis L, Foo JKT. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluations and treatment of LUTS in older men. Benign prostatic Hyperplasia. Health publication. 519(20).
4. Vicente J. Estrategias terapéuticas quirúrgicas en Fundación Puigbervt en BPH. Perú: Editorial Acción Médica; 2001 .p.233.
5. Tubaru A, Vicentini C, Renzetti R. Invasive and minimally treatment modalities for lower urinary tract symptoms: What are the relevant differences in randomized controlled trial? Eur Urol 2000; 38:7.
6. Madersbacher S,Marberger M. Is transurethral resection of prostate still justified? BJU Internationalis. 1999; 83:227.
7. Peters TJ. Transurethral incision compared with TURP for bladder outlet obstruction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Urol. 2001; 160:1526-32.
8. Madsen PO, Iversen P. A point system for selecting operative candidates. In: Himman FR (editors): Benign Prostate Hyperthrophy. New York: Springen-Verlog; 1983.p.763
9. Vicente J. La Cirugía Transuretral de la Próstata. Hipertrofia Benigna de la Próstata. Columbia: Editorial Luzan; 2003.p. 475.
10. Yang Q, Abrams P. Transurethral resection or incision of the prostate and other therapies: a survey of treatment benign prostatic obstruction in the UK BJU Int 1999; 84:640-5.
11. Argirovic D. Transurethral Incision of Prostate (TUIP): Long Term Results. European Urology Supplements. 2003; 5(2): 273-273.
12. Katz PG, Grenstein A. Transurethral Incision of Bladder Neck and Prostate. J Urol. 1990; 144: 694-96.
13. Ruzic B. New modification of transurethral incision of prostate in surgical treatment of bladder outlet obstruction:Prospective study. C.M.J. 2002; 43(5): 610-614.
14. Toledo Figueras R. Incisión Transuretral de la Próstata. Rev Scadn Milt. 2002; 54(5): 227-234.
15. Douglas E, Johnson MD. Transurethral Incision of Prostate using HOlmiun YAG laser. Laser in Surgery and Medicine. 2005; 12(4): 364-369.

16. Drago JB. Transurethral incision of Prostate. *Urol Int* 1991; 38(4): 305-06.
17. Wachira K, Panuwat L. Unilateral Transurethral Incision for primary bladder neck obstruction symptoms relief and fertility preservation. *World Journal of Urology*. 2003; 21(3): 159-162.
18. Navalón Verdejo P. Tratamiento endoscópico de la BPH bajo anestesia local, sedación en pacientes de alto riesgo. *Arch Esp Urol* 2006;30(1) 46-52.

TABLA 1. EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PRE Y POSOPERATORIOS.

SÍNTOMAS	PREOPERATORIO		POSTOPERATORIO	
	No.	%	No.	%
Chorro débil	37	100	2	5.4
Micción demorada	37	100	3	8.1
Micción prolongada	37	100	3	8.1
Vaciamiento incompleto de la vejiga	12	32,4	2	5.4
Retención completa de orina	2	5.4	-	-
Incapacidad para orinar en público	2	5.4	-	-
Incremento de la dificultad cuando se retiene la micción	2	5.4	-	-
Polaquiuria nocturna	36	97.2	4	10.8
Polaquiuria diurna	25	67.5	12	32.4
Molestia vesical	20	54.0	1	2.7

Fuente: Planilla encuesta.

TABLA 2. PUNTUACION DE LOS SINTOMAS.

	PREOPERATORIO			POSTOPERATORIO		
	No.	Media	Rango	No.	Media	Rango
Total	618	16.7	13 - 22	94	2.5	1 - 6
Obstructivos	441	11.9	8 - 17	34	0.9	1 - 4
Irritativos	177	4.78	2 - 8	60	1.62	1 - 4

*Puntuación de 0 - 7 Sintomatología obstructiva leve.
 8 - 19 Sintomatología obstructiva moderada.
 20 - 27 Sintomatología obstructiva severa.*

Fuente: Planilla encuesta

TABLA 3. INDICE POSOPERATORIO.

TIEMPO	CESE DE LA HEMATURIA		RETIRADA DEL CATETER		ESTADIA POSTOPERATORIA	
	No.	%	No.	%	No.	%
24 horas	24	64.8	-	-	-	-
48 horas	7	18.9	19	51.3	5	13.5
72 horas	5	13.5	11	29.7	14	37.8
Más de 72 horas	1	2.7	7	18.9	18	48.6

X Cese hematuria = 1.5 días

X Retirada catéter = 2.6 días

X Estadía postoperatoria = 3.8 días

TABLA 4. EVALUACION DE LA SEXUALIDAD.

INTERROGATORIO SEXUAL PREOPERATORIO			
		No.	%
Pacientes		23	100
Sexualmente activos		21	91.3
	Mayor		
Conserva la erección	Igual	18	85.7
	Disminuida	3	14.3
Eyaculación	Anterógrada	21	100

Fuente: Planilla encuesta.

TABLA 5. RESULTADOS.

RESULTADOS		
Bueno	32	86.5 %
Regular	4 (Score \leq 4 Puntos)	10.8 %
Malo	1 (Reintervención a cirugía abierta)	2.7 %

Fuente: Planilla encuesta.