

ARTICULOS ORIGINALES

Resección transuretral del adenoma prostático

Análisis de 100 casos

Dres. Mario Gayol Collete, Jorge Pereyra Bonasso,
Julio Viola Peluffo y Luis García Guido

*Unidad de Cirugía Urológica Transuretral.
Hospital Italiano. Montevideo.*

Se comunica la experiencia de 100 Resecciones Transuretrales de hiperplasia prostática benigna, con resultados equiparables a los señalados en la literatura.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Prostatectomy.

La resección transuretral (R.T.U.) de la hiperplasia benigna prostática tiene indiscutibles ventajas sobre la cirugía abierta, particularmente en las etapas tempranas de esta afección, y ha determinado un cambio en la actitud terapéutica: la resección en el período inicial de las manifestaciones obstructivas resuelve el problema en forma simple y rápida, obviando meses o años de un tratamiento médico aleatorio y que solía culminar con una cirugía abierta en edad más avanzada.

MATERIALES Y METODOS

En el curso de 12 meses se efectuó R.T.U. de adenoma prostático en 100 pacientes cuyas edades oscilaron entre los 47 y los 86 años, con un promedio de 67,4. La indicación quirúrgica fue por retención urinaria en 42 de ellos, completa en 24 e incompleta en 18; en los 58 restantes existían síntomas de prostatismo o la asociación con otra patología que requería cirugía transuretral. La estimación del volumen glandular se efectuó de acuerdo a los 4 grados establecidos por Barnes (1). Como instrumento se empleó el resectoscopio de Nesbit con la modificación de Iglesias, con agua bidestilada como irrigante y realizando preferentemente la técnica de resección a inicio anterior descripta por Nesbi (2, 5, 8). La tabla I muestra que la mayoría de los adenomas resecados eran de grados I y II (fig. 1), permaneciendo el catéter uretral 2,5 a 3 días en el postoperatorio; en los últimos meses, como consecuencia del mejor dominio de la técnica,

se han resecado 11 adenomas grado III (6). En 3 casos se resecó tejido residual en pacientes tratados en otros centros, uno postadenomec-tomía transuretral y dos postadenomec-tomía transvesical; uno de estos últimos presentaba una fistula urinaria hipogástrica.

TABLA I

RELACION DEL VOLUMEN GLANDULAR CON EL PROMEDIO DE PESO DE TEJIDO RESECADO, LITROS DE IRRIGANTE EMPLEADO Y PERMANENCIA DEL CATETER VESICAL POSTOPERATORIO

	Nº casos	Gramos resecados	Litros irrigante	Días catéter
Grado I	49	14,3	14,1	2,5
Grado II	37	28,8	18,2	3,0
Grado III	11	58,4	22,6	3,5
Tej residual	3			

En la tabla II se observa que 31 pacientes presentaban otras lesiones asociadas en su aparato urinario inferior, predominantemente carcinoma vesical en 9 y litiasis vesical en 8. La histología reveló coexistencia de carcinoma prostático en 7 casos.

TABLA II

LESIONES DEL APARATO URINARIO INFERIOR ASOCIADAS A LA HIPERPLASIA BENIGNA PROSTATICA

Carcinoma vesical	9
Litiasis vesical ..	8
Carcinoma prostático	7
Divertículo vesical	2
Vejiga neurógena ...	2
Estrechez uretral	
Litiasis intraadenomatosa	1
Fístula hipogástrica	1

31

Presentado como Tema libre al 31º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1980.

Médico Urólogo del Hospital de Rosario (Dpto. Colonia), Profesor Agregado. Ex Profesor Agregado y Profesor Adjunto de Urología, Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: 18 de Julio 1712, Montevideo. (Dr. J. Pereyra Bonasso)

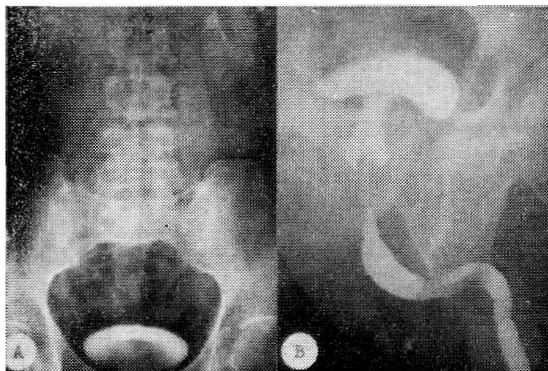


FIG. 1.— A) Urografía endovenosa preoperatoria: aparato superior normal; elevación de la base vesical por un adenoma prostático grado 2. B) Uretrocistografía postoperatoria del mismo paciente: logia prostática vacía, de contorno regular y con la imagen negativa del veru montanum en la región apical.

En la tabla III se resumen los procedimientos quirúrgicos que debieron asociarse a la resección prostática. Estos fueron también transuretrales en 17 pacientes: 9 R.T.U. de carcinoma vesical, 7 cistolitotricia y 1 uretrotomía interna endoscópica por estrechez uretral. Otros 2 pacientes requirieron cirugía hipogástrica: 1 extracción de cálculo vesical por pequeña cistotomía y 1 cistorrafia por fistula vesical prolongada.

TABLA III

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
QUE SE ASOCIARON A LA R.T.U.
DE LA HIPERPLASIA PROSTATICA

<i>Transuretrales</i>	17
R.T.U. de tumor vesical	9
Cistolitotricia	7
Uretrotomía endoscópica	1
<i>Hipogástricos</i>	2
Cistolitotomía	1
Cistorrafia	1

RESULTADOS

Las tablas IV y V resumen las complicaciones ocurridas (7, 9) y los resultados obtenidos en nuestros 100 casos, que no revelan diferencia significativa con los registrados por Melchior y col. en 2.223 casos (4).

Presentaron complicaciones 14 pacientes, 3 de ellos 2 complicaciones simultáneas: sangrado precoz excesivo y epididimitis, pielonefritis y epididimitis, estenosis uretral e incontinencia urinaria. Un paciente con sangrado precoz ex-

cesivo requirió hemostasis transuretral secundaria y otros 2 resección transuretral complementaria de masas apicales obstructivas. Como única complicación irreversible ocurrió una incontinencia por lesión esfinteriana, al resecar un adenoma grado I en retención completa de orina. Sólo observamos 1 síndrome de reabsorción (3) y no ocurrieron complicaciones tromboembólicas ni en otros parénquimas. La mortalidad fue nula. Sólo 3 pacientes fueron transfundidos.

TABLA IV

COMPLICACIONES OCURRIDAS EN NUESTRAS
100 R.T.U. DE HIPERPLASIA PROSTATICA
Y EN 2.223 REFERIDAS POR MELCHIOR Y COL. (4)

	Presente comunicación %	Melchior y col. %
<i>Sangrado</i>		
Precoz excesivo	3	4
Secundario excesivo	1	1,1
Fibrinolisis	0	0,9
<i>Infección</i>		
Celiditis	1	
Epididimitis	2	2,6
Pielonefritis	1	0,4
Sepsis	0	1,8
<i>Problemas técnicos</i>		
Perforación/extravasación	0	0,6
Síndrome de reabsorción		0,9
Hemostasis secundaria		1,1
Resección secundaria	2	0,9
Incontinencia urinaria	1	
<i>Uretra</i>		
Estenosis uretral	2	
Estenosis meática	3	
<i>Otras</i>		
Cardíacas, renales, digestivas, tromboembolismo ..	0	6,5

TABLA V

RESULTADOS DE NUESTRAS 100 R.T.U.
DE HIPERPLASIA PROSTATICA Y DE 2.223
REFERIDAS POR MELCHIOR Y COL. (4)

	Presente comunicación %	Melchior y col. %
<i>Evolución sin incidentes</i>	86	83
<i>Morbilidad</i>	14	17
Dos complicaciones:	3 casos	
Una complicación:	11 casos	
Complicaciones reversibles:	16	
Complicaciones irreversibles:	1	
<i>Mortalidad</i>	0	1,3

La tabla VI resume las principales indicaciones de la R.T.U. en los pacientes con afecciones quirúrgicas abdominales.

TABLA VI

PRINCIPALES INDICACIONES DE LA R.T.U.
DE LA PROSTATITIS EN LOS PACIENTES
PORTADORES DE AFECCIONES QUIRÚRGICAS
ABDOMINALES

— *Multiplicados*
— *Cirugía aorto-iliaca*
— *Amputados de recto*
— *Colostomía e ileostomía*
— *Alteraciones parietales:*

Infección
Quemadura
Hernia
Eventración

RESUME

Résection transurétrale de l'adenome prostatique. Analyse de 100 cas

Nous communiquons notre expérience avec 100 résections transurétrales d'hyperplasie prostatique bénigne, ayant obtenu des résultats qui sont comparables à ceux qu'on a signalés dans la littérature.

SUMMARY

Transurethral Resection of Prostate adenoma. 100 cases

Report of the author's experience in 100 T.U.R. of benign prostate hyperplasia. Results are comparable to those generally found in literature on this subject.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARNES RW. Method and rhythm in transurethral prostatic resection. *J Urol*, 65: 603, 1951.
2. BARNES RW and MARTIN IE. Endoscopic identification of tissue during transurethral prostatic resection. *J Urol*, 62: 730, 1949.
3. HARRISON R, BOREN J and ROBISON JR. Dilutional hyponatremic shock: Another concept of the transurethral prostatic resection reaction. *J Urol*, 73: 95, 1956.
4. MELCHIOR J, VALK WL, FORET JD and MEBUST WK. Transurethral prostatectomy: Computerized analysis of 2,223 consecutive cases. *J Urol*, 112: 634, 1974.
5. NESBIT RM. Transurethral prostatectomy. Springfield - Illinois. Charles C. Thomas, 1946.
6. NESBIT RM. Transurethral prostatic resection: A discussion of some principles and problems. *J Urol*, 65: 362, 1951.
7. PURPON I. Prostatectomía transuretral endoscópica. Madrid. Queronom, 1979.
8. ROCHA BRITO R. Resección endoscópica. Curso realizado en San Pablo, Brasil; 9 a 14 noviembre 1975.
9. VICENTE J. Adenomectomía transuretral. Barcelona. Eco, 1979.