

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/28249304>

Adenomectomía laparoscópica de la próstata: experiencia inicial del Grupo Uromédica

Article · January 2008

Source: OAI

CITATIONS

0

READS

102

6 authors, including:



Jairo Ortiz

Universidad Técnica Particular de Loja

2 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Gaona, José Luis; Ortiz, Jairo; Rueda, Raúl; Sánchez, Daniel; González, Fabio;
Mantilla, Gabriel

Adenomectomía laparoscópica de la próstata: Experiencia inicial del Grupo Uromédica
Revista Urología Colombiana, vol. XVII, núm. 3, 2008, pp. 109-112
Sociedad Colombiana de Urología
Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=149120366014>



Revista Urología Colombiana
ISSN (Versión impresa): 0120-789X
revistaurologiacolombiana@scu.org.co
Sociedad Colombiana de Urología
Colombia

¿Cómo citar?

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista

Adenomectomía laparoscópica de la próstata:

Experiencia inicial del Grupo Uromédica

Gaona, José Luis; Ortiz, Jairo; Rueda, Raúl; Sánchez, Daniel; González, Fabio y Mantilla, Gabriel
Grupo Uromédica, Clínica Chicamocha, Bucaramanga, Colombia. gaonapinilla@gmail.com

Resumen

Propósito: Describimos nuestra experiencia inicial con la adenomectomía Laparoscópica. **Materiales y métodos:** Desde octubre de 2006 hasta mayo de 2008 realizamos una adenomectomía laparoscópica de próstata en 14 pacientes con próstatas mayores de 60 cc. Se realizó una disección extraperitoneal del espacio de Retzius, una cistotomía transversa proximal a la unión prostatovesical y una enucleación del adenoma con disector romo y gancho de electrocauterio. La trigonización de la fosa prostática y la sutura de la cápsula se hicieron con sutura continua de poliglactina. **Resultados:** El sangrado promedio fue 400 ml (rango 150-1800), el tiempo operatorio fue 170 minutos (rango 90-240), la estancia hospitalaria fue 2 días (rango 1-7). Ocurrieron complicaciones en 3 pacientes (21%): 2 requirieron conversión a cirugía abierta debido a sangrado profuso de la fosa prostática, y un paciente tuvo una estrechez submeatal. Los hallazgos histológicos fueron benignos en todos los pacientes y el peso promedio de la pieza quirúrgica fue 75 g (rango 40-120). No se documentaron casos de incontinencia o impotencia post-operatoria. El puntaje IPSS disminuyó de 22.5 a 8. **Conclusiones:** La adenomectomía laparoscópica para hiperplasia prostática benigna es una alternativa factible y reproducible, con resultados iniciales promisorios.

Palabras Clave: próstata, prostatectomía, laparoscopia, adenoma, hiperplasia prostática.

Laparoscopic simple prostatectomy: initial experience of the uromedica group

Abstract

Purpose: We describe our initial experience with laparoscopic simple prostatectomy. **Methods:** Between October 2006 and May 2008 we performed laparoscopic simple prostatectomy in 14 patients with benign prostatic hyperplasia with glands bigger than 60cc. Extraperitoneal dissection of the Retzius space was performed. A transverse cystotomy proximal to the prostatovesical junction was made and the adenoma was enucleated with blunt dissector and J hook electrocautery. Trigonization and prostatic capsule suture repair was

performed using a polyglactin running suture. **Results:** Mean blood loss was 400 ml (range 150-1800), operative time was 170 minutes (range 90-240), hospital stay was 2 days (range 1-7). Complications occurred in 3 patients (21%): 2 patients required conversion to open surgery because of massive bleeding, and 1 patient had submeatal stenosis. Histological findings were benign in all patients and mean specimen weight was 75 gm (range 40-120). Long-term incontinence or impotence was not noted. The mean International Prostate Symptom score improved from 22.5 to 8. **Conclusions:** Laparoscopic simple prostatectomy for benign prostate hyperplasia is a feasible and reproducible procedure, with promising initial results.

Key Words: prostate, prostatectomy, laparoscopy, adenoma, prostatic hyperplasia

La adenomectomía de próstata fue descrita por primera vez en 1947 por Millin¹ y desde entonces ha permanecido vigente como la primera opción terapéutica para extirpar adenomas mayores de 60 gramos². Sin embargo durante los últimos años se han descrito nuevas alternativas terapéuticas tales como el láser verde, el holmium láser, el resectoscopio bipolar y la cirugía laparoscópica³. Describimos nuestra experiencia con la adenomectomía laparoscópica de próstata.

Materiales y Métodos

Desde octubre de 2006 hasta mayo de 2008 se realizaron 14 adenomectomías laparoscópicas en pacientes con hiperplasia prostática. Las indicaciones para llevar los pacientes a cirugía fueron sintomatología urinaria refractaria a manejo médico, retención urinaria recurrente, hematuria recurrente de origen prostático, cistolitiasis, infección urinaria recurrente o uropatía obstructiva. En todos los casos el peso estimado de la glándula al tacto rectal fue de 60 gramos o más. Preoperatoria y postoperatoriamente se determinó el I-PSS. Se determinaron las siguientes variables prospectivamente: hallazgos patológicos, tiempo operatorio, sangrado transoperatorio, complicaciones, número de transfusiones, días de catetrización, estancia hospitalaria.

La intervención se desarrolla de la siguiente manera: Con el paciente en decúbito supino se colocan cuatro trócares de manera extraperitoneal, incluyendo un puerto de 10 mm umbilical, un trocar de 12 mm paraumbilical derecho, y dos trócares de 5 mm en las fosas iliacas. Después de disecar el espacio prevesical se realiza una in-

cisión transversa sobre el cuello vesical, justo en la unión vésico-prostática. El adenoma es posteriormente disecado empleando disectores romos y gancho de electrocauterio. Luego de enuclearlo se extrae mediante una bolsa a través del orificio umbilical. Luego se colocan dos puntos hemostáticos a las 5 y a las 7 a nivel del cuello vesical, y se realiza una sutura continua entre el borde cruento de la mucosa vesical y la fosa prostática a manera de trigonización. Adicionalmente se realiza una hemostasia

cuidadosa de la fosa prostática con electrocauterio. Se avanza a continuación una sonda Foley 22 fr de tres vías con irrigación continua, y luego se realiza una cistorrafia con puntos continuos. La sutura empleada en todos los pasos es Vicryl 0. No se deja sonda de cistostomía. Finalmente se avanza un dren de Penrose y se suturan las heridas de los puertos.

Resultados

14 pacientes fueron intervenidos. La edad promedio fue 64.3 años (rango 57-73). El sangrado promedio fue de 400 cc (rango 150 – 1800). Hubo conversión a cirugía abierta en 2 casos (14.2%) debido a sangrado profuso de la celda prostática. El tiempo operatorio promedio fue de 170 minutos (rango 90-240). Se requirió una transfusión en tres pacientes (21.4%). En todos los casos se dejó irrigación vesical continua. La estancia hospitalaria promedio fue de 2 días (rango 1-7). La sonda uretral fue retirada al 7° día en todos los casos. No se presentaron complicaciones adicionales trans o perioperatorias. No hubo sobreinfección de la herida quirúrgica.

El estudio patológico confirmó una hiperplasia prostática en todos los pacientes. El peso promedio de la pieza fue 75 gramos (rango 40-120).

Después de un seguimiento promedio de 8 meses, ningún paciente necesitó protectores debido a escape involuntario de orina. 10 pacientes tenían una adecuada función eréctil antes de la cirugía, y todos la conservaron después de la misma. En un caso se documentó una estrechez uretral submeatal que fue corregida con dilatadores metálicos. El puntaje del índice IPSS mostró un aumento significativo después de la intervención (22.5 vs 8).

Discusion

La corrección quirúrgica de grandes adenomas prostáticos ha sido realizada tradicionalmente a través de una prostatectomía abierta³. Sin embargo durante los últimos años han aparecido nuevas alternativas que compiten entre sí por ganarse la preferencia de la comunidad urológica. Estas son la resección prostática con equipo bipolar, la enucleación prostática con Holmium láser, la fotovaporización prostática con láser verde y la adenomectomía laparoscópica. El electrocauterio bipolar permite el empleo de irrigación con soluciones salinas y por tanto elimina el riesgo de síndrome post-RTU incluso con tiempos prolongados de resección. Ha sido comparado prospectivamente con la resección transuretral convencional, mostrando igual eficacia clínica, menor estancia hospitalaria, menor periodo de cateterización, menor sangrado y mayor riesgo de estrecheces uretrales postquirúrgicas^{4,5}. El holmium láser permite disecar el adenoma y los fragmentos resecados son depositados en la vejiga, de donde son extraídos con morcelador. Tampoco tiene riesgo de síndrome post-RTU y ha sido comparado prospectivamente con la cirugía abierta, encontrándose que tiene un tiempo quirúrgico más prolongado pero menor sangrado, menor tiempo de cateterización y menor estancia hospitalaria⁶⁻⁹. La fotovaporización prostática utiliza un láser de potasio-titanil-fosfato de alto poder que remueve el tejido prostático de manera hemostática, vaporizando el tejido y creando una cavidad comparable a la obtenida con la

RTU convencional sin riesgo de síndrome post-RTU. Tiene una baja tasa de complicaciones, y ha sido probada en próstatas mayores de 80 gramos, encontrándose que ofrece mejorías significativas en el flujo de orina con mínimo sangrado, estancia hospitalaria corta y muy corto tiempo de cateterismo^{10,11}.

Se han descrito diferentes formas de abordar el adenoma prostático por vía laparoscópica. La descripción inicial fue publicada por Mariano y cols en 1992¹², quienes realizan una incisión longitudinal vésicocapsular. Posteriormente Van Velthoven reportó su experiencia mediante una incisión transversa de la cápsula y enucleación del adenoma con ayuda de bisturí armonico¹³. Sotelo y cols por su parte describen una cistotomía transversa proximal a la unión prostato-vesical y una enucleación con ayuda de un "prostatotomo" rígido¹⁴. A nuestro parecer esta última es la forma más cómoda para realizar el procedimiento y es la que empleamos por las siguientes razones: 1. A diferencia de la capsulotomía, permite una adecuada inspección de la vejiga y de los meatos uretrales, 2. Las suturas hemostáticas y la trigonización resultan más de difíciles de realizar cuando se ha abordado la próstata a través

de la cápsula, 3. Para el cirujano ayudante es más fácil separar los bordes de la vejiga y ofrecer un adecuado espacio de trabajo después de que se ha realizado una incisión transversa (y no longitudinal) en la vejiga, 4. La capsulotomía se acompaña de mayor sangrado que la cistotomía, puesto que compromete el plejo venoso subcapsular.

El paso más difícil de la intervención es la enucleación del adenoma. Se ha propuesto la disección con bisturí armónico o electrocauterio, pero creemos que este mecanismo resulta más demorado^{12,13}. Nijinou Ngninkeu y cols¹⁵, y Lufma y cols¹⁶ han descrito la enucleación con la ayuda del dedo. Sotelo y cols¹⁴ han empleado un disector rígido con bordes cortantes. Creemos que este último tiene el potencial de lesionar el esfínter estriado y en su lugar hemos empleado un disector rígido con bordes romos, el cual nos permite encontrar fácilmente el plano de clivaje entre la cápsula y el adenoma, y disecar este último de manera rápida y segura. No somos partidarios de la

disección digital debido a que obliga a realizar una incisión accesoria en el paciente y además resulta técnicamente difícil acceder con el dedo hasta el adenoma en pacientes obesos o con abundante tejido celular subcutáneo.

Todos las series publicadas hasta la fecha coinciden en que la adenomectomía laparoscópica permite un sangrado moderado y una convalecencia corta^{12-14,17}. Mariano ha publicado la serie más larga hasta la fecha con 60 pacientes¹⁷, encontrando que el peso promedio del adenoma fue 144 gramos, el tiempo quirúrgico promedio fue 138 minutos, y la pérdida estimada de sangre fue 330 cc. Durante el seguimiento no se han demostrado incontinencia ni afección de la función eréctil. Hemos notado que nuestra experiencia, aunque limitada, tiene resultados comparables con otros grupos en términos de hallazgos transoperatorios, postoperatorios y morbilidad.

A la fecha se han publicado algunos estudios comparativos no aleatorizados entre la adenomectomía laparoscópica y la cirugía abierta. Baumer y cols compararon retrospectivamente 30 pacientes en cada grupo, encontrando que el abordaje laparoscópico se acompañó de menor sangrado, menor tiempo con irrigación, menor días con sonda y menor estancia hospitalaria². Barret y cols también analizaron retrospectivamente las diferencias entre las dos técnicas, hallando que la cirugía laparoscópica significó un mayor tiempo quirúrgico, pero se acompañó de menos días con catéter uretral, menor requerimiento de morfina y menor estancia hospitalaria. Sin embargo no hubo diferencias en cuanto a pérdida de sangre, porcentaje de pacientes con transfusión, complicaciones y duración de la irrigación vesical¹⁸. Si bien estos resultados son promisorios, creemos que la adenomectomía laparoscópica se podría posicionar como un reemplazo válido para la cirugía abierta cuando sus ventajas sean demostradas en estudios prospectivos aleatorizados que la comparen no sólo con la cirugía abierta, sino también con todas las técnicas emergentes arriba mencionadas.

Conclusión

La adenomectomía laparoscópica realizada por nosotros muestra que se trata de un procedimiento viable, reproducible y con

una morbilidad y uno resultados funcionales comparables a los descritos por otros.

Referencias

1. Millin T. *Retropubic Urinary Surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1947.
2. Baumert H, Ballaro A, Dugardin F, Kaisary A. Laparoscopic versus open simple prostatectomy: A comparative study. *J Urol* 2006; 175: 1691.
3. Sotelo R, Clavijo R. Open adenomectomy: past, present and future. *Curr Opin Urol* 2008; 18: 34.
4. Erturhan S, Erbagci A, Seckiner I, et al. Plasmakinetic resection of the prostate versus standard transurethral resection of the prostate: a prospective randomized trial with a 1-year follow-up. *Prostate cancer prostate dis* 2007; 10: 97.
5. Ho HS, Yip SK, Lim KB, et al. A prospective randomized study comparing monopolar and bipolar transurethral resection of prostate using transurethral resection in saline system. *Eur Urol* 2007; 52: 517.
6. Moody J, Lingeman J. Homium laser enucleation for prostate adenoma greater than 100 g: comparison to open prostatectomy. *J Urol* 2001; 165: 459.
7. Kuo R, Kim S, Paterson R, et al. Holmium laser enucleation of the prostate (Holep): a minimally invasive alternative to open simple prostatectomy. *J Urol* 2003; 169 (Suppl): 111.
8. Kuo R, Kim S, Paterson R, et al. Holmium laser enucleation of the prostate (Holep): the Methodist Hospital experience with greater than 75 gram enucleations. *J Urol* 2003; 169 (suppl): 389.
9. Kuntz R, Lehrich K. Transurethral holmium laser enucleation versus transvesical open enucleation for prostate adenoma greater than 100 g: A randomized prospective trial of 120 patients. *J Urol* 2002; 168: 1465.
10. Sarica K, Alkan E, Luleci H, Tasci A. Photoselective vaporization of the enlarged prostate with KTP laser: long-term results in 240 patients. *J Endourol* 2005; 19: 1199.
11. Sandhu J, Ng C, Vanderbrink BA, et al. High-power potassium-titanyl-phosphate photoselective laser vaporization of prostate for treatment of benign prostatic hyperplasia in men with large prostates. *Urology* 2004; 64: 1155.
12. Mariano M, Graziottin T, Tefilli M. Laparoscopic prostatectomy with vascular control for benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2002; 167: 2528.
13. Van Velthoven R, Peltier A, Laguna M, et al. Laparoscopic extraperitoneal adenomectomy (Millin): pilot study on feasibility. *Eur Urol* 2004; 45: 103.
14. Sotelo R, Spaliviero M, García-Segui A, et al. Laparoscopic retropubic simple prostatectomy. *J Urol* 2005; 173: 757.
15. Njinou Ngninkeu B, de Fourmestreaux N, Lufma E. Digitally-assisted laparoscopic prostatic adenomectomy: a preliminary report of 75 cases. *J Urol* 2007; 177: 578.
16. Lufma E, Gaston E, Piechaud T, et al. Finger assisted laparoscopic retropubic prostatectomy (Millin). *Eur Urol* 2007; 6 (suppl): 164.
17. Mariano M, Tefilli M, Graziottin T, Morales C, Goldraich I. Laparoscopic prostatectomy for benign prostatic hyperplasia—a six year experience. *Eur Urol* 2006; 49: 127.
18. Barret E, Bracq A, Braud G, et al. The morbidity of laparoscopic versus open simple prostatectomy. *Eur Urol Suppl* 2006; 5: 274.