

LA TRIGONOCERVICOPROSTATOTOMÍA. INDICACIONES Y RESULTADOS DE 100 CASOS

P.L. GUZMAN MARTINEZ-VALLS, R. FERRERO DORIA, J.P. MORGA EGEA,
J. NAVAS PASTOR, M. TOMAS ROS, J.L. RICO GALIANO,
A. SEMPERE GUTIERREZ, L.O. FONTANA COMPIANO

Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia. Murcia.

PALABRAS CLAVE:

Incisión trasuretral de la próstata. Trigonocervicoprostatotomía. Miocapsulotomía. Resección del cuello de la vejiga.

KEY WORDS:

Prostate transurethral incision. Trigonocervicoprostatotomy. Myocapsulotomy. Bladder neck resection.

Actas Urol Esp. 23 (8): 700-702, 1999

RESUMEN

La Trigonocervicotomía es una técnica muy poco invasiva para el tratamiento de la obstrucción infravesical, introducida en los años 60 por Turner-Warkic y Orandi.

Para conseguir buenos resultados con esta cirugía el criterio de selección debe tener en cuenta una serie de parámetros como es la edad, vida sexual, PSA, peso de la próstata que debe ser inferior a 30 gramos y otros.

Además de la baja morbilidad el paciente conserva la eyaculación en mucho más porcentaje que con otras técnicas y el índice de esclerosis de cuello es más bajo según todas las series y nuestra experiencia.

Estudiamos la eficacia de esta técnica sobre 100 pacientes.

ABSTRACT

Trigonocervicotomy is a barely invasive technique for the treatment of infravesical obstruction, first introduced in the 60's by Turner-Warkic and Orandi.

To achieve good results with this procedure, the selection criteria must take into account a series of parameters such as age, sexual activity, PSA, prostate weight (below 30 grams) and others.

In addition to its low morbidity, a larger percentage of patients preserve ejaculation than with the use of other techniques, also the neck sclerosis rate being lower as seen in all our series and expertise.

The efficacy of this technique was studied on 100 patients.

En el tratamiento de la obstrucción infravesical por HBP destacan tres procedimientos, por un lado, la adenomectomía retropúbica y RTU de próstata y por otro lado está la Trigonocervicoprostatotomía o miocapsulotomía

No es hasta la década de los 60 cuando se inician las primeras prostatotomías endoscópicas y son Turner-Warwick en Europa y Orandi en USA

quienes en 1973 introducen la incisión cervicoprostática en el tratamiento de la obstrucción infravesical^{1,2}.

Distintos autores posteriormente han desarrollado variaciones en relación a la topografía de la incisión y la lateralidad (Cerruti, Edwards y Powel unilateral a las "5" ó a las "7", Gary a las "6", Keitzer a las 12h lo propuso en 1969).

Nuestro objetivo es determinar la eficacia y confort de los pacientes intervenidos, así como determinar los criterios de selección para elegirla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos evaluado a 100 pacientes intervenidos, entre Enero de 1990 y Julio de 1996, mediante Trigonocervicotomía por obstrucción infravesical, 25 de éstos fueron calificados como HBP, 62 como hipertrofia cervical, 7 por esclerosis de cuello y 6 pacientes por disinergia vesicoesfinteriana. En 31 pacientes se practicó otro procedimiento en el mismo acto.

El criterio de selección de la técnica tenía en cuenta diferentes parámetros como eran la edad, vida sexual, tacto rectal, peso de la glándula prostática determinado mediante ECO (peso inferior a 30 gramos), valor del PSA, estudio urodinámico (flujometría y estudios de flujo/presión), imagen endoscópica. No practicábamos Videouro-dinámica por carecer nuestro centro de ella. También se indicaba en pacientes con pequeños adenomas con vida sexual activa.

TÉCNICA

Preoperatoriamente se administra una dosis profiláctica de Ceftriaxona. El procedimiento se realiza bajo raquianestesia, y se utiliza la técnica propuesta por Orandi^{1,3}. Para llevar a cabo el procedimiento utilizamos resector 26 F con asa de Collings y óptica de 30°. Tras identificar los meatos ureterales se realiza a 0,5-1 cm. la incisión en el trigono prolongándola a cuello, bien en hora "7" y hora "5", o sólo en hora "7", hasta la base del verum montanum profundizando hasta grasa perivesical que en trigono y cuello aparecen rápidamente llegando a grasa pericapsular.

A continuación se deja una sonda tipo Foley, retirándola a las 48 horas de la cirugía.

RESULTADOS

Sobre un total de 100 individuos realizamos una incisión en hora "7" en 59 pacientes (59%) y dos incisiones, una en hora "7" y otra en hora "5", en el resto que ascendía a 41 (41%) (Tabla I).

El rango de edad oscilaba de 26 a 81 años con una media de 57,4. En 31 pacientes (31%) se practicó otra cirugía en el mismo acto quirúrgico: RTU-Tm vesical en 17 pacientes (17 %) y tres de éstos

TABLA I

DATOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

100 pacientes diagnosticados de obstrucción infravesical			
HBP	Hipertrofia de cuello	Esclerosis de cuello	Disinergia vesicoesfinteriana
25	62	7	6

BMN asociada, otro necesitó meatotomía, BMN de forma aislada en 5 pacientes (5%), Uretrotomía Interna Endoscópica en 2 pacientes (2%), Cistolitotomía Endoscópica en 2 pacientes (2%), éstas dos últimas técnicas se realizaron de forma conjunta en 1 paciente (1%), Uretroplastia con colgajo pediculado, Hidrocelectomía, Nefroureterectomía y Vasectomía en 1 paciente para cada intervención con un total de 4 pacientes (4%).

La estancia osciló entre los 2 y 19 días (3,9 días), en los casos de mayor número de días fue en aquellos que se asoció a otra cirugía..

Las complicaciones que aparecieron fueron en el postoperatorio inmediato 5 casos, 2 con fiebre, 1 hematuria, 1 cefalea y 1 episodio de RAO. La estenosis de uretra apareció en 2 pacientes a los 2 y 7 meses, siendo estos distintos a los intervenidos conjuntamente a la Trigonocervicotomía de Uretrotomía Interna.

El seguimiento está comprendido entre 1-66 meses (26 meses). Respecto a la calificación que los pacientes expresan el 70% lo califican de óptimo, un 15% de mejoría y un 10% de no cambio. Objetivamente se demuestra que el flujo máximo postoperatorio llega al 17 ml/sg de media con uno preoperatorio de 9 ml/sg. La eyaculación anterógrada se conserva en el 80% de los pacientes intervenidos mediante una sola incisión y un 50% aproximadamente en los bilaterales; es difícil establecer el concepto de eyaculación anterógrada, ¿es aquel en donde aparece líquido seminal exclusivamente o sin embargo es aquel que conserva toda la fuerza y volumen del mismo. Han sido reintervenidos con otra técnica 10 pacientes.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La incisión de Trigonocervicoprostatotomía es una técnica muy poca invasiva para el tratamiento de la obstrucción de tracto urinario inferior.

Existen diferentes denominaciones para este procedimiento, unos lo llaman BNI (Bladder Neck Incision), otros miocapsulotomía.

El éxito de la técnica está basado fundamentalmente en la selección adecuada de los pacientes basándose en los parámetros⁴⁻⁶ ya comentados: tacto rectal, peso objetivado mediante ecografía, PSA, estudio urodinámico. Recientemente algunos autores comunican que la Videourodinámica es el mejor elemento diagnóstico para indicar correctamente la miocapsulotomía⁷.

Otras indicaciones cada vez mas frecuentes son los pacientes con alto riesgo quirúrgico, los abscesos prostático no accesibles fácilmente por vía transrectal y la clínica de prostatitis crónica y litiásica se puede ver mejorada. Algunos tratan la esclerosis del cuello vesical tras la RTU mediante la incisión del cuello^{6,8}.

Respecto a la técnica, algunos hacen la incisión próxima al cuello de la vejiga para intentar reducir los problemas con la eyaculación⁸.

Tanto por nuestra experiencia como por otros podemos establecer como argumento para elegir esta técnica si cumple los requisitos expuestos es que hay poco sangrado, hay menor porcentaje de esclerosis cervical en pequeños adenomas, mejoran tanto los síntomas como los datos urodinámicos obtenidos. Casi el 80% mantienen la eyaculación anterógrada.

CONCLUSIONES

1. Trigonocervicoprostatotomía es una técnica con pocas complicaciones postoperatorias, indicada en pacientes jóvenes o en pequeños adenomas de menos de 30 gramos con o sin lóbulo medio.

2. Poca incidencia de esclerosis de cuello, confirmada por múltiples estudios, que subjetivamente existe buen grado de satisfacción y que se demuestra objetivamente mediante estudio urodinámico.

3. En la mayoría de los casos conserva la eyaculación anterógrada, beneficio sobre todos en pacientes jóvenes. Es más frecuente la disminución del volumen del eyaculado y emisión retrógrada en la incisión bilateral.

4. Lo que mejor asegura el éxito del procedimiento es una buena indicación y la técnica que mejor establece el diagnóstico certero sería la Videourodinámica.

REFERENCIAS

1. ORANDI A: Transurethral incision of the prostate. *J Urol* 1973; **110**: 229-231.
2. TURNER-WARWICK R, WHITESIDE CG et al: A urodynamic view of the clinical problems associated with bladder neck dysfunction and its treatment by endoscopic incision and transtrigonal posterior prostatectomy. *Br J Urol* 1973; **45**: 44
3. ORANDI A: Transurethral incision of prostate compared with transurethral resection of prostate in 132 matching cases. *J Urol* 1987; **138**: 810-
4. LI MK et al: Bladder neck resection and transurethral resection of the prostate: A randomized prospective trial. *J Urol* 1987; **138**: 807-
5. RESEL L, SILMI A, SALINAS J et al: Miocapsulotomía endoscópica en Tratamiento quirúrgico de la HBP. Tema monográfico del LVIII Congreso Nacional de Urología. Asociación Española de Urología pp: 145-173, 1993.
6. SOLER ROSELLÓ A, LORENTE GARIN JA, SAEZ DE CABEZÓN J et al: Nuestra experiencia con Trigonocervicoprostatotomía. Cuando está indicada y su eficacia. En: J. M. Saladié-Roig. *Progresos de Urología* '96, pp: 274-282.
7. TROCKMAN BA, GERSPACH J et al: Primary Bladder neck obstruction: Urodynamic findings and treatment results in 36 men. *J Urol* 1996; **156**: 1418-1420.
8. RESEL L, SILMI A et al: Nuestra experiencia de 6 años con la miocapsulotomía en el tratamiento de la BPH. LXII Congreso Nacional de Urología, 1997.

Dr. D. Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls
Avda. Miguel de Cervantes, 52
Edif. ICA - Esc. 2ª - 5ª C
30009 Murcia

(Trabajo recibido el 3 de Diciembre de 1997)