

Complicaciones de la adenomectomía en el adulto mayor
Complications of the Adenomectomy in the Elderly

Autores: Dr. Julio A. Fariñas Martínez*, Dr. Silvio Laffita Estévez**, Dr. Raudismel Téllez Pérez***, Dra. Daimarelis Ortega Rodríguez****.

* Especialista de I Grado en Urología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, Las Tunas.

** Especialista de I Grado en Urología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Instructor. Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, Las Tunas.

*** Especialista de I Grado en Urología. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.

**** Especialista de II Grado en Urología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Instructor. Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, Las Tunas.

Correspondencia a:

Dr. Julio A. Fariñas Martínez.

E-mail: juliof@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, con el objetivo de determinar las complicaciones más frecuentes de la adenomectomía en 209 pacientes, atendidos en la consulta de Urología del hospital “Somine Dolo” de la región de Mopti, República de Mali, a los cuales se les diagnosticó Hiperplasia Benigna de la Próstata a través del examen rectal y confirmado por ecografía transabdominal. Se les realizó, además, el chequeo preoperatorio, consistente en hemoglobina, hematocrito, creatinina y grupo y factor; fueron operados de la próstata a cielo abierto por la vía transvesical. Se les aplicó antibioticoterapia profiláctica con ciprofloxacina, a razón de 500 mg cada 12 horas, y metronidazol, a razón de 250 mg cada 8 horas, como es la usanza en ese país. Se mantuvo cubierta la herida quirúrgica con apósito y esparadrapo y se realizaron curas en días alternos. Las principales complicaciones encontradas fueron la infección y la dehiscencia de la herida quirúrgica. La hemorragia postoperatoria (1,4%) y la incontinencia urinaria postoperatoria

(7,6%) fueron otras complicaciones producidas. Solo se ocasionaron dos decesos, lo cual representó el 0,9% y demuestra que la adenomectomía es una operación que puede ser practicada con seguridad en el adulto mayor, contribuyendo, por tanto, a mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: ADENOMECTOMÍA/ complicaciones.

Descriptores: HIPERPLASIA PROSTÁTICA/cirugía; HIPERPLASIA PROSTÁTICA/complicaciones.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out with the objective to determine the most frequent complications of the adenomectomy in 209 patients assisted at the Department of Urology of "Somine Dolo" Hospital of Mopti region, in the Republic of Mali. The patients were diagnosed with benign prostatic hyperplasia by means of the rectal exam and confirmed with transabdominal echography. The preoperative check-up was also performed, consisting of haemoglobin, hematocrit, creatinine and group and factor. The patients had a prostate open operation through transvesical way. They were treated with prophylactic antibiotic therapy which included ciprofloxacin 500 mg every 12 hours and metronidazole 250 mg every 8 hours, as it is usual in that country. The surgical wounds were cover with dressing and adhesive tape and were cured on alternate days. The main complications were infection and dehiscence of the surgical wounds. Other complications were postoperative haemorrhage (1,4%) as well as the postoperative urinary incontinence (7,6%). Only two deaths occurred which represented a 0,9%. The study showed that the adenectomy is a safe operation for adults and therefore, it contributes to improve their quality of life.

Key words: ADENOMECTOMY/ complications.

Descriptors: PROSTATIC HYPERPLASIA/surgery; PROSTATIC HYPERPLASIA/complications.

INTRODUCCIÓN

El adenoma de la próstata o hiperplasia prostática o, incluso, hipertrofia benigna de la próstata, representa el tumor benigno mas frecuente en Urología. En los estudios por necropsia no se ha encontrado en hombres menores de 40 años, a partir de los 50 se ve en un porcentaje mayor, a medida que se envejece aumenta su incidencia y puede llegar a cifras entre un 75-80% entre sujetos de 80 años y mas. (1)

Histológicamente la hiperplasia prostática benigna (HPB) esta compuesta por tejidos: epitelial glandular, muscular y conectivo de la propia glándula. Su forma más común es la fibromiadenomatosa, pero puede predominar cualquiera de sus tres componentes. (2,3)

De acuerdo con Mc. Neal se señalan diferentes zonas: periférica transicional, central y anterior. La zona anterior es de constitución fibromuscular, preferentemente; la periférica, de glándulas multiacinares de conductos largos y comunes; la central, con glándulas pequeñas que drenan directamente en la uretra y la zona de transición, entre esta y la periférica, donde presumiblemente se origina la HPB. El envejecimiento humano constituye el primer factor de riesgo, ya comprobado en esta enfermedad, junto a la vasectomía y los hábitos dietéticos. (4, 5,6)

Los síntomas dependientes de la obstrucción son la micción demorada, el chorro de orina débil y de menor calibre, la necesidad de esfuerzo para iniciar la micción, la micción prolongada, el goteo posmiccional y la sensación de no haber vaciado la vejiga al terminar de orinar. Son los llamados síntomas obstructivos del prostatismo. Como consecuencia de las alteraciones sufridas por la vejiga, aparecen los síntomas irritativos, que demuestran la disminución de la acomodación vesical y los daños sufridos a nivel de los receptores neuromusculares. Así aparecen la polaquiuria generalmente nocturna, la urgencia miccional y el ardor miccional. La retención urinaria aguda por lo general se debe a un fallo agudo del músculo detrusor frente a una obstrucción. (5,6)

El diagnóstico se basa en los antecedentes de disminución progresiva del calibre y la fuerza del chorro, con interrupciones de la micción desde etapas más tempranas, el cuadro clínico descrito y, en especial, el tacto o examen rectal (TR). Después del examen físico la ecografía ha pasado a ser la primera herramienta en el diagnóstico en la HBP, con ésta el lóbulo medio no detectado por el TR se hace evidente. El ultrasonido transabdominal permite conocer el estado de la pared vesical, la posible existencia de divertículos o litiasis y el estado del tracto urinario superior. El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con el adenocarcinoma prostático, donde el TR, el ultrasonido transrectal, la biopsia y el antígeno prostático específico resultan de una ayuda indiscutible. (7)

La cirugía es el tratamiento definitivo y completo de la HBP. El tratamiento quirúrgico por excelencia es la resección transuretral (RTU). (8,9)

El tratamiento quirúrgico a cielo abierto se lleva a cabo habitualmente por la vía retropúbica o transcapsular, popularizada por Millin. La vía transvesical queda reservada para los casos en que alguna otra lesión obligue al abordaje de la vejiga, o cuando se

encuentran características propias de una población que dificulten el abordaje por vía retropúbica, las que han demostrado fehacientemente su eficacia a través del tiempo. (9) La cirugía prostática tiene como complicaciones inmediatas la hemorragia y el tromboembolismo pulmonar, pero la mortalidad postoperatoria global en la actualidad es muy reducida y fluctúa entre un 1-2%, aunque existen otras maneras de tratar esta enfermedad, como son la crioterapia, la termoterapia y las prótesis biocompatibles, entre otras. (10)

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar las complicaciones que más frecuentemente se producen en este tipo de operaciones.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo en 209 pacientes, atendidos en la consulta de Urología del hospital "Somine Dolo" de la región de Mopti, República de Mali, a los cuales se les diagnosticó Hiperplasia Benigna de la Próstata a través del examen rectal y confirmado por ecografía transabdominal. Se les realizó, además, el chequeo preoperatorio, consistente en hemoglobina, hematocrito, creatinina y grupo y factor. Estos pacientes fueron operados de la próstata a cielo abierto por la vía transvesical, se les aplicó antibioticoterapia profiláctica con ciprofloxacina, a razón de 500 mg cada 12 horas y metronidazol, a razón de 250 mg cada 8 horas, como es la usanza en ese país; se mantuvo cubierta la herida quirúrgica con apósito y esparadrapo y se realizaron curas en días alternos.

Universo

Todos los pacientes atendidos en la consulta de Urología del hospital Somine Dolo de Mopti, con síntomas clínicos de hiperplasia benigna de la próstata, que cumplieran con los criterios de tratamiento quirúrgico.

Muestra

Fue conformada por aquellos pacientes con síntomas clínicos de hiperplasia benigna de la próstata, a los cuales se les realizó el diagnóstico mediante el tacto rectal y confirmado por ecografía transabdominal, que cumplieran con los criterios de tratamiento quirúrgico y que fueron operados en el período comprendido entre septiembre de 2005 y mayo de 2007.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA 1. Distribución según grupos de edad

Grupos de edad	Nº	%
60 - 69	53	25,5
70 – 79	116	55,5
80 – 89	39	18,6
90 y mas	1	0,47
Total	209	100

En la **tabla 1** se analiza la distribución de los pacientes estudiados por los grupos de edades establecidos, teniendo en cuenta que el crecimiento de la glándula prostática comienza alrededor de los 45 años, aunque es posible que después de los 50 se inicien algunos síntomas que son casi imperceptibles. Debido a que el sistema de salud del país donde se realizó el estudio no permite el diagnóstico precoz de la enfermedad, ya que el paciente tiene que pagar los servicios médicos y, por lo común, la población es pobre, no asisten en esta etapa al médico y solo acuden cuando ocurren las manifestaciones clínicas más importantes, que son las que en definitiva llevan a la decisión de la intervención quirúrgica y que se presentan aproximadamente a partir de los 60 años. Como se puede apreciar en la **tabla 1**, los grupos de edad que mas pacientes tuvieron fueron los de 60-69 y 70-79 años, con 53 y 116 pacientes respectivamente, y solo 40 pacientes en los dos últimos grupos, 39 en el de 80-89 y solo uno en el grupo de 90 y mas, notándose la disminución de pacientes a medida que se avanza en edad, lo cual se debe a que la esperanza de vida en ese país no es tan alta como en Cuba, lo que concuerda con la bibliografía revisada, que afirma que en los hombres que llegan a los 80 años la incidencia alcanza entre un 75-80%. (4)

TABLA 2. Manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	Nº	%
Polaquiuria nocturna	209	100
Disuria	185	88,5
Hematuria	16	7,6
Retención completa de orina	198	94,7
Infección urinaria	64	30,6
Incontinencia por rebosamiento	70	33,4

En la **tabla 2** se precisan las manifestaciones clínicas más frecuentes entre los pacientes de la muestra estudiada, el 100% de los pacientes (209) presentó polaquiuria nocturna; 185 pacientes se presentaron con disuria como síntoma predominante; la hematuria fue observada en 16 pacientes, mientras que la retención completa de orina fue el motivo de consulta de 198 pacientes; 64 tuvieron infecciones urinarias, al ser vistos por el Urólogo; por último, 70 enfermos acudieron por primera vez al hospital con incontinencia por rebosamiento. Esta tabla no representa la sumatoria de la muestra estudiada, ya que hay pacientes que se presentan con más de un síntoma. El cuadro clínico de la HBP generalmente se inicia con los síntomas obstructivos, que son la disminución de la fuerza y el calibre del chorro, el goteo posmiccional, necesidad de realizar esfuerzo para iniciar la micción y la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga. Aún en nuestro país, donde existe un sistema de salud que cubre las necesidades de la población, este cuadro puede pasar inadvertido y es en una fase posterior donde fallan los mecanismos de acomodación del músculo detrusor, donde se ponen de manifiesto los síntomas irritativos y las complicaciones, lo cual ocurre alrededor de los 60 años, etapa de la vida, donde como ya se vio, ésta enfermedad alcanza una incidencia del 75-80%. Las condiciones socioeconómicas, al ser un país pobre, en el cual escasean inclusive los recursos humanos para prestar asistencia médica (solamente dos urólogos colaboradores en el interior de Malí), hacen que los enfermos acudan a solicitar la ayuda médica, cuando no hay otra alternativa que la intervención quirúrgica para solucionar el problema de salud. (10)

TABLA 3. Complicaciones

Complicaciones	Nº	%
Hemorragia postoperatoria	3	1,4
Decesos	2	0,9
Dehiscencia de la Herida Qca	26	12,4
Infección de las vías urinarias	16	7,6
Infección de la Herida Qca.	26	12,4
Incontinencia Urinaria	16	7,6
Total	47	22,4

En esta tabla (**tabla 3**) se precisaron las complicaciones más frecuentes del tratamiento quirúrgico, dentro de ellas se puede observar que tres pacientes tuvieron hemorragia

postoperatoria, lo que representó el 1,4%. La hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes de la adenomectomía y una de las más temidas también, pues con frecuencia llevan a la muerte; sin embargo, la mayoría de los urólogos pueden llevar a cabo una hemostasia cuidadosa, que disminuye las probabilidades de esta complicación, además, los beneficios de la hemoterapia largamente empleada han apoyado al cirujano desde hace mucho tiempo en este empeño. Estas cifras coinciden con las de otros autores, aunque en series mucho mayores. Solo ocurrieron dos decesos como consecuencia de complicaciones postoperatorias, 0,9%. Uno de ellos, falleció como resultado de una hipertensión arterial mal controlada en el transoperatorio. Se le administraron medicamentos para disminuir la tensión arterial, sin tener en cuenta que la anestesia raquídea produce hipotensión, y finalmente le aplicaron epinefrina, lo cual resulta en hemorragia por todos los vasos agredidos durante la intervención. Hay que recordar que los anestesiistas eran técnicos con poca preparación y que esa es la usanza en ese país. En nuestro país se emplea la efedrina, que si bien sirve para contrarrestar la hipotensión, no hace sangrar tanto al paciente. El otro fallecido fue el paciente de más de 90 años, que por su edad requería de cuidados postoperatorios cuidadosos que no existen en ese país, y que por las condiciones económicas de la familia no existía otra alternativa de tratamiento, ya que el sondaje permanente es insostenible, toda vez que desde la sonda hasta la mas mínima manipulación del paciente tiene que ser pagada. Tampoco existen alternativas de tratamiento médico, no obstante, al comparar los resultados de esta investigación, se puede apreciar que se encuentran muy por debajo del 1-2% que exhiben otros autores. Existe una relación muy estrecha entre las infecciones de la herida quirúrgica (26 pacientes, para un 12,4%) y la dehiscencia (iguales cifras), ya que en las heridas infectadas se produce un déficit local en la cicatrización y la propia infección provoca la separación de los bordes, cuando estos no son separados ex profeso para drenar las secreciones. En la bibliografía consultada se encontraron cifras ligeramente inferiores a estas, lo cual se explica por las condiciones higiénico sanitarias deficientes, por las costumbres socioculturales de la muestra estudiada y el desconocimiento de las normas de asepsia y antisepsia del personal de enfermería del hospital donde se prestaron servicios. Las curas de las heridas quirúrgicas se realizaban en días alternos y el instrumental empleado para ello era mal esterilizado, solo se utilizaba cloro; no obstante, la antibioticoterapia trans y postoperatoria resultó de una ayuda inestimable para evitar las infecciones y la consiguiente dehiscencia. Al analizar la incontinencia de orina, se puede ver que las cifras de esta investigación son levemente

superiores a las de los autores consultados y que la atribuyen en la mayoría de los casos a una mala técnica quirúrgica con lesión del esfínter externo, aunque otros reportan la presencia de infecciones como responsables de la incontinencia de orina postoperatoria. Sin embargo, en esta serie el ciento por ciento de las incontinencias estuvo ligado a infecciones de las vías urinarias y en ambos casos se reportaron 16 pacientes, para un 7,6%. Esto se explica que la blenorragia (ITS) en República de Mali es muy frecuente, incluso en pacientes de la tercera edad. Esta enfermedad resultó en muchos casos el factor que precipitó la retención urinaria, lo que hizo indispensable el sondaje que, generalmente, era realizado por personal de enfermería, que luego remitía los pacientes a la consulta de urología. Por consiguiente, se diagnosticaba la ITS, luego de retirada de la sonda; cuando el paciente comenzaba con la incontinencia urinaria, en todos los casos se resolvió el cuadro luego de la terapéutica adecuada. El número de pacientes que presentó complicaciones fue de 47 (22,4%) y 162 pacientes (77,5%) no las tuvieron, lo cual representa unas cifras comparables a las reportadas por otros en series similares. (7)

TABLA 4. Distribución según técnica quirúrgica empleada

Técnica quirúrgica	Nº	%
Transvesical	205	98,8
Transcapsular	4	1,92
Total	209	100

Como se puede observar, en la **tabla 4** se analizan las técnicas quirúrgicas, la mas empleada fue la transvesical (205 pacientes, 98,08%), mientras que la técnica de Millin fue utilizada en cuatro pacientes (1,91%). Esto se debió, fundamentalmente, a que al iniciar la colaboración no había referencias de otros urólogos que hubieran trabajado en la región y se aplicaron las indicaciones de la técnica de Millin para próstatas voluminosas, reservando la transvesical para próstatas más pequeñas. Sin embargo, hubo que abandonar la técnica transcapsular, por las dificultades para abordar el espacio retropúbico (de Retzius), por las características específicas de la población en cuestión, que no son iguales a las de la nuestra, lo cual puede deberse a que la mayoría son pastores nómadas, que reciben traumatismos constantes en el hipogastrio, lo que hace que se formen innumerables adherencias que hacen muy difícil su abordaje. Además, el coste para el paciente era mayor, al emplearse mayor cantidad de sutura. No fueron encontrados reportes en la bibliografía, que relacionen una u otra técnica con un número mayor o menor de complicaciones. (10)

CONCLUSIONES

La adenomectomía sigue siendo el tratamiento definitivo de la HBP y se puede realizar con seguridad en ancianos, porque tiene una baja mortalidad y pocas complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Schill WB, Ben-Shlomo I. Benign prostatic hyperplasia due to venous drainage malfunction in the male reproductive system: a price of erect posture in humans. *Andrologia*. 2008 Oct; 40(5):272. PMID: 18811915.
2. Fowke JH, Murff HJ, Signorello LB, Lund L, Blot WJ. Race and Socioeconomic Status are Independently Associated With Benign Prostatic Hyperplasia. *J Urol*. 2008 Sep 17. [Epub ahead of print] PMID: 18804231 [PubMed - as supplied by publisher]
3. Spaliviero M, Araki M, Page JB, Wong C. Catheter-free 120W lithium triborate (LBO) laser photoselective vaporization prostatectomy (PVP) for benign prostatic hyperplasia (BPH). *Lasers Surg Med*. 2008 Oct;40(8):529-34. PMID: 18798292.
4. Franks. L: Etiology, Epidemiology and Patology of prostatic cancer. *Cancer*.2004;32:1012-1025.
5. Zepnick H, Steinbach F, Schuster F. [Value of Transurethral Resection of the Prostate (TURP) for Treatment of Symptomatic Benign Prostatic Obstruction (BPO): An Analysis of Efficiency and Complications in 1015 Cases.] *Aktuelle Urol*. 2008 Sep;39(5):369-72. Epub 2008 Sep 16. German. PMID: 18798126.
6. Swindle P, Ramadan S, Stanwell P, McCredie S, Russell P, Mountford C Proton magnetic resonance spectroscopy of the central, transition and peripheral zones of the prostate: assignments and correlation with histopathology. *MAGMA*. 2008 Sep 17. PMID: 18797949 [PubMed - as supplied by publisher]
7. Paner GP, Luthringer DJ, Amin MB. Best practice in diagnostic immunohistochemistry: prostate carcinoma and its mimics in needle core biopsies. *Arch Pathol Lab Med*. 2008 Sep; 132(9):1388-96. PMID: 18788849.
8. MartÃ-n-Morales A, Meyer G, RamÃ-rez E. [Prevalence of ejaculatory dysfunction secondary to alpha-blocker therapy in patients with benign prostatic hyperplasia] *Actas Urol Esp*. 2008 Jul-Aug;32(7):705-12. Spanish. PMID: 18788486.
9. Brown RE, Zotalis G, Zhang PL, Zhao B. Morphoproteomic Confirmation of a Constitutively Activated mTOR Pathway in High Grade Prostatic Intraepithelial

Neoplasia and Prostate Cancer. *Int J Clin Exp Pathol.* 2008 Jan 1; 1(4):333-42.
PMID: 18787612.

10. Robinson D, Johnson TV, Master VA. Re: The efficacy of written screening tools in an inner city hospital: literacy based limitations on patient access to appropriate care T. V. Johnson, M. Goodman and V. A. Master *J Urol* 2007; 178: 623-629.