

Hipertermia en el Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna.

Prof. Dr. Roberto Vargas Delaunoy

La prostatectomía ha sido considerada el mejor procedimiento en el tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata.

La cirugía abierta ha sido desplazada, en gran proporción, por la resección endoscópica por las ventajas que representa esta última.

La mejor morbilidad y mortalidad y una estada hospitalaria menos prolongada hacen que esta cirugía transuretral, en algunos Centros, tenga indicación cercana al 90%. En nuestro Hospital Clínico las cifras son similares.

Las indicaciones de una prostatectomía no están siempre bien definidas. Muchos pacientes jóvenes con síntomas por una hiperplasia benigna no están predestinados a tener una obstrucción patológica o una retención completa de orina. Entre aquellos que requieren la intervención quirúrgica algunos son reticentes por las secuelas de alguna disfunción sexual, como es la aneyaculación. Algunos pacientes de edad avanzada suelen ser de alto riesgo para una prostatectomía o resección endoscópica.

La incidencia de la hiperplasia prostática es alta. Entre los varones de 40 años, un 5 a 10% tienen aumento de volumen de la próstata. A la edad de 80 años su prevalencia es cercana al 80%.

La probabilidad de requerir una prostatectomía en un hombre de 40 años, si sobrevive hasta los 80 años es de un 30 a un 40%. Estas cifras tienen variación en algunas áreas geográficas apreciándose una incidencia mayor en la raza negra y menor en los asiáticos.

La mortalidad actual en pacientes sometidos a Resección endoscópica de la próstata es de un 0,2%. Sus indicaciones se han ampliado con el mejoramiento del instrumental, el cuidado post operatorio y las mejores técnicas anestésicas.

La Resección endoscópica es la segunda operación en frecuencia en los Estados Unidos donde se practican cerca de 400.000 al año, lo que constituye un alto gasto para la salud pública y seguros privados de salud.

Por esta razón, en la actualidad, se evalúa la posibilidad de tratamientos conservadores no quirúrgicos. Se analizan muchos agentes farmacológicos en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. Últimamente se han empleado balones dilatadores con resultados poco satisfactorios.

*Servicio Urología
Hospital Clínico Universidad de Chile*

Uno de los últimos métodos conservadores es la Hipertermia Prostática. La aplicación de calor persigue la disminución del tejido prostático periuretral dilatando la uretra y disminuyendo la masa prostática.

El concepto de hipertermia es antiguo. Su aplicación para destruir neoplasias, en forma rudimentaria es conocido desde hace años. La hipertermia tiene capacidad selectiva de destruir células tumorales a temperaturas que van desde 42 a 45° C.

La aplicación de hipertermia prostática se puede efectuar por vía transuretral o transrectal. Su objetivo es aumentar la temperatura prostática y mantenerla por un determinado periodo.

La hipertermia aplicada desde un polo rectal se dirige hacia la próstata obteniéndose la mayor temperatura en la zona adyacente de la glándula. Para evitar alteración de la mucosa rectal por el calor se efectúa enfriamiento del aplicador en su superficie.

Hay equipos que utilizan el principio de la diatermia con un polo uretral y una placa metálica superficial. Generándose ondas de radiofrecuencia se obtiene una temperatura de 47° en la próstata la cual es mantenida durante tres horas. El calor transmitido produce hipertermia, edema e infiltrado linfoplasmocitario. La reducción posterior de este tejido amplía el canal uretral aliviando los síntomas causados por la obstrucción.

Otros sistemas emplean microondas que penetran profundamente en la próstata alcanzando temperaturas sobre 50° que producen daño irreversible destruyendo tejido glandular. Requieren de un enfriamiento a nivel uretral para evitar alteración de su mucosa. La lesión prostática mayor se produce a 20 mms. de la luz uretral por la característica de transmisión de las microondas.

INDICACIONES DE LA HIPERTERMIA PROSTATICA

La Hipertermia prostática está indicada como opción de tratamiento en las hiperplasias prostáticas benignas para alivio de los síntomas obstructivos e irritativos. Se indica preferentemente en glándulas pequeñas o medianas sin presencia de lóbulo medio (Cuadro N°1).

La indicación en pacientes jóvenes se debe a que en esta modalidad de tratamiento no se pierde la eyaculación y por lo tanto posibilidades de fecundar como es habitual con las técnicas quirúrgicas habituales. Existen algunas contraindicaciones que se señalan en el cuadro N° 2.

CUADRO N°2

CONTRAINDICACIONES DE LA HIPERTERMIA PROSTATICA

- 1) Pacientes con uropatía obstructiva atribuible a hipertrofia del lóbulo medio prostático.
- 2) Pacientes con implantes metálicos en pelvis o cadera.
- 3) Pacientes sometidos previamente a resección endoscópica de la próstata.
- 4) Vejiga con compromiso miogénico derivado de una obstrucción crónica.
- 5) Sospecha de Cáncer prostático.

TECNICA DE TRATAMIENTO

El tratamiento puede efectuarse en forma ambulatoria. Basta un anestésico local uretral y leve sedación con algunos agentes diazepínicos. Habitualmente se inyecta un antibiótico de amplio espectro en forma profiláctica.

Se introduce una sonda con balón que está premunida de una fuente de microondas o radioprevalencia que se ubica en la uretra prostática. Para este propósito se infla el balón de la sonda y se le practica una leve tracción para fijar este polo emisor. En algunos equipos debe medirse con termocoplas la temperatura a nivel de la mucosa rectal y uretral. Se fija la temperatura deseada, interrumpiéndose automáticamente el proceso si éstas se elevan más allá de lo indicado en la computadora.

CUADRO N°1

INDICACIONES DE LA HIPERTERMIA PROSTATICA

- 1) Adenoma obstructivo de hasta 30 grs. a cualquier edad.
- 2) Adenoma prostático obstructivo de cualquier volumen en menores de 50 años.
- 3) Adenoma prostático obstructivo de cualquier tamaño en mayores de 80 años.
- 4) Adenoma prostático obstructivo en retención completa de orina de cualquier volumen, fuera del alcance quirúrgico.
- 5) Adenoma prostático obstructivo fuera del alcance quirúrgico, de cualquier volumen.

La temperatura rectal no debe exceder de 42.5°C. La sonda uretro-vesical es retirada para observar una micción espontánea, la que si no se logra indica una permanencia más prolongada del catéter. Algunos pacientes presentan retención completa de orina por el edema que se produce inmediatamente al tratamiento.

Existen equipos que permiten el tratamiento simultáneo de dos pacientes en forma ambulatoria.

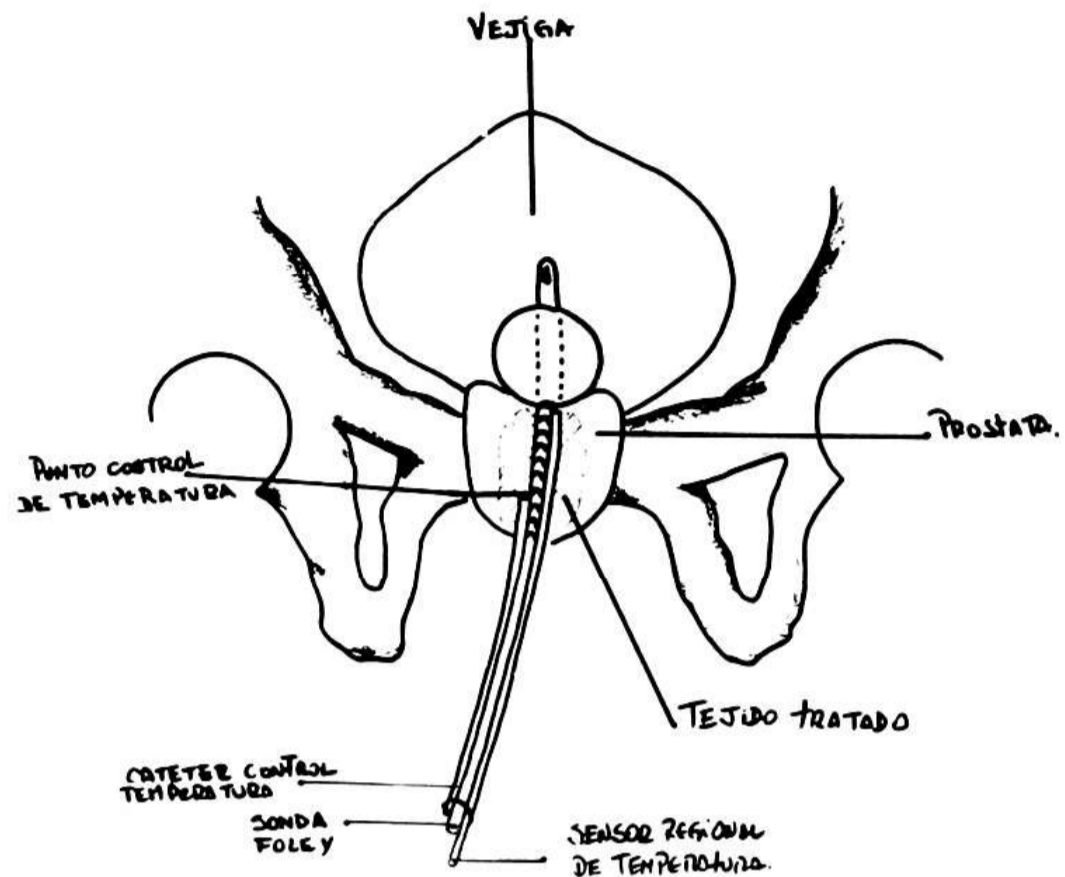
RESULTADOS Y COMPLICACIONES

La Hipertermia prostática es un tratamiento reciente con observaciones que alcanzan a poco más de dos años. En estos periodos de evaluación se aprecian, en distintas series, resultados subjetivos próximos al 70%. Se requiere un seguimiento más prolongado para determinar si estas mejorías tienen un carácter definitivo.

Los malos resultados se aprecian generalmente en el tratamiento de grandes próstatas.

Entre las complicaciones se señalan epididimitis, infección urinaria, hemorragia y retención completa de orina temporal (10-40%). La evaluación objetiva del tratamiento se obtiene con medición del volumen prostático mediante ecografía transrectal, Uroflujometría no invasiva y medición del residuo post miccional con ecografía.

La Hipertermia prostática en el momento actual se presenta como una modalidad de tratamiento promisorio, especialmente, en pacientes con alto riesgo quirúrgico y pacientes jóvenes que deseen preservar la eyaculación. El valor definitivo de esta opción terapéutica será determinada por estudios que estandaricen los criterios de selección de pacientes y de éxito en seguimientos más prolongados.



Sonda emisora en posición en la uretra prostática.

