



ARTÍCULO ORIGINAL

La preservación del esfínter interno vesical y la uretra proximal durante la prostatectomía radical retropúbica puede mejorar la recuperación temprana de la continencia en pacientes seleccionados



E. Brunocilla, R. Schiavina, M. Borghesi*, C. Pultrone, V. Vagnoni, M.S. Rossi, M. Cevenini, L. Bianchi, E. Molinaroli, G. Gentile y G. Martorana

Departamento de Urología, Universidad de Bolonia, Hospital S. Orsola-Malpighi, Bolonia, Italia

Recibido el 23 de octubre de 2013; aceptado el 1 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 24 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Prostatectomía radical;
Esfínter urinario;
Uretra;
Continencia urinaria;
Cáncer de próstata

Resumen

Objetivos: Evaluar la influencia de la preservación del esfínter interno muscular y la uretra proximal en la recuperación de la continencia después de la prostatectomía radical (PR).

Material y métodos: Cincuenta y cinco pacientes consecutivos con cáncer de próstata confinado al órgano se sometieron a PR con preservación del esfínter interno muscular y la uretra proximal (grupo 1), y se compararon con 55 pacientes sometidos a un procedimiento estándar (grupo 2). Las tasas de continencia se evaluaron mediante un cuestionario autoadministrado a los 3, 7 y 30 días y 3 y 12 meses después de la retirada del catéter.

Resultados: El grupo 1 tuvo una recuperación más rápida de la continencia que el grupo 2 a los 3 días (50,9 vs. 25,5%; $p=0,005$), a los 7 días (78,2 vs. 58,2%; $p=0,020$), a los 30 días (80,0 vs. 61,8%; $p=0,029$) y a los 3 meses (81,8 vs. 61,8%; $p=0,017$); no hubo diferencia estadísticamente en términos de continencia a los 12 meses entre los 2 grupos. El análisis de regresión logística multivariante de la continencia mostró que la técnica quirúrgica se asoció significativamente con un tiempo temprano hasta la continencia a los 3 y 7 días. Ninguno de los 2 grupos presentó diferencias significativas en cuanto a márgenes quirúrgicos.

Conclusiones: Nuestra técnica modificada de PR con preservación del esfínter interno muscular liso, así como de la uretra proximal durante la disección del cuello de la vejiga, dio como resultado un aumento de la continencia urinaria temprana a los 3, 7 y 30 días y 3 meses después de la retirada del catéter. La técnica no aumenta la tasa de márgenes positivos ni la duración del procedimiento.

© 2013 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mark.borghesi@gmail.com (M. Borghesi).

KEYWORDS

Radical prostatectomy;
Urinary sphincter;
Urethra;
Urinary continence;
Prostate cancer

Preservation of the Internal Vesical Sphincter and Proximal Urethra During Retropubic Radical Prostatectomy may Improve Earlier Recovery of Continence in Selected Patients

Abstract

Objectives: To evaluate the influence of preservation of the muscular internal sphincter and proximal urethra on continence recovery after radical prostatectomy (RP).

Material and methods: Fifty-five consecutive patients with organ confined prostate cancer were submitted to RP with the preservation of muscular internal sphincter and the proximal urethra (group 1) and compared to 55 patients submitted to standard procedure (group 2). Continence rates were assessed using a self-administrated questionnaire at 3, 7, 30 days and 3, 12 months after removal of the catheter.

Results: Group 1 had a faster recovery of continence than group 2 at 3 days (50.9% vs. 25.5%; $P = .005$), at 7 days (78.2% vs. 58.2%; $P = .020$), at 30 days (80.0% vs. 61.8%; $P = .029$) and at 3 months (81.8% vs. 61.8%; $P = .017$); there were no statistically difference in terms of continence at 12 months among the two groups. Multivariate logistic regression analysis of continence showed that surgical technique was significantly associated with earlier time to continence at 3 and 7 days. The two groups had no significant differences in terms of surgical margins.

Conclusions: Our modified technique of RP with preservation of smooth muscular internal sphincter as well as of the proximal urethra during bladder neck dissection resulted in significant increased early urinary continence at 3, 7, 30 days and 3 months after catheter removal. The technique does not increase the rate of positive margins and the duration of the procedure. © 2013 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prostatectomía retropúbica radical (PRR) es uno de los métodos quirúrgicos estándar para el tratamiento del cáncer de próstata clínicamente localizado (CaP). La preservación de la continencia urinaria es uno de los términos más importantes del procedimiento¹⁻⁷. Durante los últimos años se han descrito muchas modificaciones técnicas con el fin de mejorar los resultados clínicos. En particular, la puntada Rocco ha mostrado un importante papel potencial para la pronta recuperación de la continencia. En 2010 (durante la vigésima Reunión de la Sociedad Italiana de Uro-Oncología [SIUrO —Abstract 223—])⁸ y más recientemente⁹ describimos nuestra modificación técnica que consiste en la preservación del esfínter muscular liso interno (EMI) (vesical), así como de la uretra proximal (PA) durante la disección del cuello vesical⁹. Otros autores describieron la misma técnica recientemente, con los primeros resultados prometedores¹⁰. En este artículo describimos nuestro abordaje de preservación del EMI así como de la PA durante la disección del cuello de la vejiga, y presentamos nuestros resultados en un estudio prospectivo de casos y controles que evaluó la pronta recuperación de la continencia urinaria.

Consideraciones anatómicas y técnica quirúrgica

La primera parte del procedimiento es similar a la prostatectomía radical retropúbica estándar descrita por Walsh et al.¹¹; en cuanto al mantenimiento de los soportes uretrales anterior y posterior, en todos los casos conservamos los ligamentos pubouretrales y puboprostáticos y reconstruimos la placa musculofascial posterior según lo descrito por Rocco⁶; se prestó especial atención a la preservación de

la integridad del músculo del esfínter uretral externo. En la segunda parte de la prostatectomía el procedimiento se convierte en anterógrado, con el objetivo de preservar el esfínter vesical interno y la uretra proximal^{8,9}. Cortamos las fibras del músculo detrusor en la inserción de la cara ventral de la base de la próstata; en este nivel el músculo liso circular interior del cuello de la vejiga forma un anillo del esfínter del músculo liso que se extiende distalmente al verumontanum y cubre el componente del músculo liso orientado longitudinalmente de la musculatura uretral (la prolongación craneal del lisoesfínter); estas estructuras representan el esfínter interno (vesical) que cubre la uretra proximal (fig. 1)¹². La presencia de nódulos de hiperplasia benigna de próstata dentro de la pared del esfínter interno, la cirugía anterior para la obstrucción prostática benigna (OPB), así como la pérdida de la integridad del músculo liso circular durante la prostatectomía radical pueden deteriorar la función del esfínter interno. Se continúa con una disección roma hasta que el esfínter vesical en forma de anillo se separa de la próstata y se identifica el componente del músculo liso de la musculatura uretral. Por lo tanto, la base de la próstata se separa suavemente de la uretra hasta que se conserva la longitud máxima del esfínter interno (vesical) y se realiza una incisión en la uretra para quitar el catéter. Para evaluar la seguridad oncológica de nuestra técnica quirúrgica llevamos a cabo biopsias circunferenciales de la uretra proximal y de la base de la próstata durante la disección en todos los casos.

Métodos

Después de 30 procedimientos de configuración preliminares no incluidos en el análisis final, 55 pacientes consecutivos con cáncer de próstata confinado al órgano fueron sometidos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843458>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843458>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)