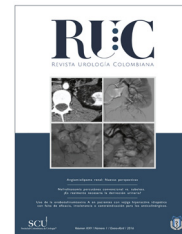




REVISTA
UROLOGÍA
Colombiana

www.elsevier.es/uroco



ORIGINAL

Ecografía transrectal y tacto rectal en la estimación del volumen prostático. Aplicación a la práctica clínica

Laura Redón-Gálvez*, Roberto Molina-Escudero, Manuel Álvarez-Ardura, Monserrat Dorado-Valentín, Emilio Ripalda-Ferretti y Álvaro Páez-Borda

Departamento de Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España

Recibido el 3 de febrero de 2016; aceptado el 28 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Ecografía transrectal;
Tacto rectal;
Volumen prostático

Resumen

Objetivo: Comparar la precisión del tacto rectal y de la ecografía transrectal para clasificar a los pacientes para resección endoscópica o adenomecctomía retropúbica.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente a 133 pacientes tratados mediante prostatectomía radical por cáncer de próstata. Se extrajo el volumen prostático ecográfico en la pieza quirúrgica y en el tacto rectal. Se excluyó a los intervenidos previamente de resección transuretral prostática, a los que tomaban tratamiento androgénico y a los que habían recibido radioterapia.

Se dividieron el tacto rectal y el volumen prostático ecográfico en 2 categorías (I-II y III-IV y <70 y >70 cc, respectivamente).

Para analizar la precisión de ambas pruebas se compararon las áreas bajo la curva mediante curvas COR (característica operativa del receptor), utilizando como patrón oro el volumen de la pieza quirúrgica.

Las diferencias encontradas entre ambos métodos se analizaron mediante el test de Hanley-McNeil.

Resultados: Aproximadamente en el 90% de las ocasiones el volumen de la pieza fue <70 cc, el tamaño prostático en el tacto rectal fue I-II y el volumen ecográfico fue <70 cc.

La asociación entre el volumen prostático estimado mediante tacto rectal y el volumen de la pieza alcanzó un área bajo la curva de 0,69 ($p=0,03$); mientras que entre la ecografía transrectal y el volumen de la pieza fue de 0,77 ($p=0,001$). Las diferencias entre ambos métodos no fueron estadísticamente significativas ($p=0,38$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que la ecografía transrectal no incrementa de forma significativa la capacidad de clasificación del tacto rectal.

© 2016 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.redon@salud.madrid.org (L. Redón-Gálvez).

KEYWORDS

Transrectal
ultrasound;
Digital rectal
examination;
Prostate volume

Transrectal ultrasound and digital rectal examination in the estimation of prostate volume. Application in clinical practice

Abstract

Objective: To compare the accuracy of rectal examination and transrectal ultrasound for classifying patients for endoscopic resection or retro-pubic prostatectomy.

Material and methods: A retrospective analysis was performed on a total of 133 patients who underwent radical prostatectomy for prostate cancer, collecting data on the ultrasound prostatic volume, the volume of the surgical specimen, and prostate size in digital rectal examination.

Patients that had previously undergone prostatic transrectal resection, taking androgen treatment, and who had received radiotherapy, were excluded.

Digital rectal examination and ultrasound prostatic volume were divided into 2 categories (I-II and III-IV, and <70 and >70 cc, respectively).

To analyse the accuracy of both tests, the areas under the ROC (receiver operating characteristic) curve were compared, using the volume of the surgical specimen as the reference standard.

The differences between the 2 methods were analysed using the Hanley-McNeil test.

Results: In approximately 90% of cases, the volume of most of the pieces was <70 cc, prostate size in digital rectal examination was I-II, and using ultrasound the volume was <70 cc.

The association between prostate volume estimated by digital rectal examination and volume of surgical specimen achieved an area under the curve of 0.69 ($P=.03$), whilst it was 0.77 ($P=.001$) between transrectal ultrasound and volume of surgical specimen. The differences between the 2 methods were not statistically significant ($P=.38$).

Conclusions: Our study results show that the transrectal ultrasound does not significantly increase the classification capacity of digital rectal examination.

© 2016 Sociedad Colombiana de Urología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El tamaño prostático es un factor determinante en la elección de la vía de abordaje quirúrgica para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata¹.

La ecografía transrectal (ECOTR) se considera el patrón oro a la hora de determinar el volumen prostático (VP), pero es un técnica invasiva, consume tiempo y recursos.

La fórmula de la elipsoide utilizando los diámetros anteroposterior, transverso y oblicuo es la fórmula más exacta para la medición del VP por ecografía transrectal^{2,3}.

El tacto rectal (TR) permite estimar de forma aproximada el tamaño prostático, pero se sabe que tiende a infraestimar el volumen, debido a que la cara anterior y el lóbulo medio son inaccesibles⁴.

El objetivo del estudio fue comparar la precisión del TR y de la ECOTR para clasificar a los pacientes para resección endoscópica o adenomectomía retropúbica, asumiendo que los pacientes con tamaños prostáticos III-IV o VP >70 cc serían tratados mediante adenomectomía retropúbica.

Material y métodos

Se analizó de forma retrospectiva a 133 pacientes tratados mediante prostatectomía radical por cáncer de próstata entre julio de 2004 y septiembre de 2014, actualizando la base de datos en noviembre 2014.

Se incluyó a todos los pacientes tratados mediante prostatectomía radical por cáncer de próstata y se excluyó a los intervenidos previamente de resección transuretral de próstata, a los que tomaban tratamiento androgénico y a los que habían recibido radioterapia.

El tamaño de la muestra se calculó con base en la prevalencia esperada del 9% de VP mayor de 70 cc en hombres de más de 60 años, con una precisión de más o menos el 5% y una población de referencia de 1.000.000 de habitantes.

Se utilizaron piezas de prostatectomía radical en lugar de piezas de adenomectomía o resección endoscópica porque estas últimas no incluían la cápsula prostática, parte de la próstata que sí que se mide cuando se realiza una ECOTR.

Se extrajo el VP ecográfico (calculado mediante la fórmula de la elipsoide), el volumen de la pieza quirúrgica separando las vesículas seminales (VPAP) y medido por el patólogo, utilizando la fórmula de la elipsoide una vez fijada en formol, y el tamaño prostático en el TR.

Se dividieron el TR y el VP ecográfico en 2 categorías (I-II y III-IV y <70 cc y >70 cc, respectivamente). El TR se clasificó de la siguiente manera: I: 20-30 cc, II: 30-50 cc, III: 50-80 cc y IV > 80 cc. Se utilizó la medida de 70 cc como punto de corte porque es la empleada en la práctica diaria en nuestro servicio para clasificar a los pacientes para adenomectomía retropúbica o resección endoscópica.

Las mediciones fueron realizadas por los adjuntos y residentes, desde primero hasta quinto año, que forman parte de nuestro servicio.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8829564>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8829564>

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