

SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGÍA

Esta ficha ha sido redactada por la Asociación Francesa de Urología y traducida al español por la Sociedad Chilena de Urología.

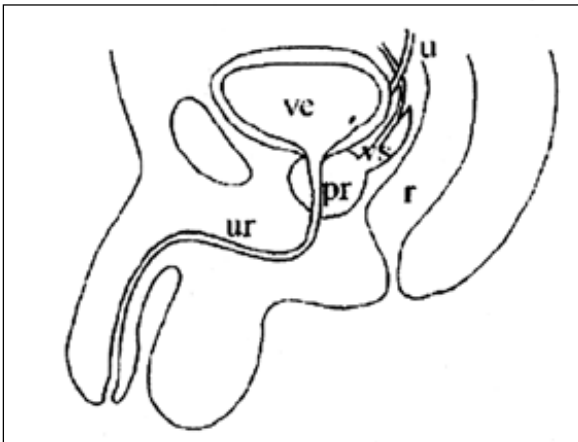
Le ha sido entregada después de una consulta de urología y antes de practicar una intervención con fines diagnósticos o terapéuticos y está destinada a ayudarle a comprender mejor la información que le proporcionó su urólogo.

Su urólogo le explicará la enfermedad que usted sufre o el proceso diagnóstico que debe practicarse. Le expondrá las diferentes formas y alternativas de tratamiento y las consecuencias previsibles, en caso de que usted desista del procedimiento terapéutico propuesto.

Se le expondrán aquí las razones del tratamiento que su urólogo le va a practicar, el desarrollo, las consecuencias usuales y los riesgos más frecuentes o graves que podrían presentarse.

PROSTATECTOMIA RADICAL

La intervención que se le ha propuesto está destinada a extirpar su próstata porque está afectada por un tumor maligno.



Leyendas: pr = próstata; r = recto; u = uréter; ur = uretra;
ve = vejiga; vs = vesículas seminales.

LA PRÓSTATA

La próstata es una glándula que contribuye a la formación del semen, está ubicada por debajo de la vejiga y por ella transcurre el canal de la uretra. Se encuentra en estrecha proximidad con el esfínter que asegura la continencia urinaria y también en estrecha relación con los nervios que participan en la erección del pene.

Las vesículas seminales son el depósito del semen y se ubican adosadas directamente a la próstata.

¿POR QUÉ ESTA INTERVENCIÓN?

Las biopsias de la próstata han puesto en evidencia un tumor maligno. El propósito de esta intervención es extirpar el tumor junto con la próstata y las vesículas seminales.

La ausencia de tratamiento le expone a los riesgos evolutivos de la enfermedad tanto por extensión local del

tumor como por extensión a distancia en forma de metástasis

¿EXISTEN OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE LA PRÓSTATA?

Si, existen otras formas de tratamiento del cáncer prostático, las ventajas e inconvenientes de ellas le serán explicadas por su urólogo.

La elección de la cirugía ha tenido en cuenta su edad, su estado general y las características de su tumor.

PREPARACIÓN DE ESTA INTERVENCIÓN

Una evaluación previa a la anestesia además de exámenes de sangre y orina son necesarios algunos días previos a la intervención,

Es indispensable una limpieza del intestino porque la próstata está muy vecina al recto y éste debe estar libre de contenido fecal.

TÉCNICA OPERATORIA

La operación se desarrolla bajo anestesia general.

Diferentes tipos de incisión son posibles. El tipo de incisión depende de la preferencia de su urólogo.

La próstata es extirpada en su totalidad junto con las vesículas seminales. El restablecimiento de la continuidad entre la vejiga y la uretra se realiza mediante suturas. Hacia el final de la intervención se deja instalada una sonda urinaria en la vejiga a través del canal de la uretra para favorecer la cicatrización. Asimismo se deja un drenaje de la zona operatoria durante algunos días.

En algunos casos la extirpación de ganglios linfáticos pelvianos se efectúa al comienzo de la intervención para identificar diseminación microscópica del cáncer. Esto podría determinar una suspensión de la intervención.

POSOPERATORIO HABITUAL

El dolor post operatorio se trata con medicamentos analgésicos que le serán administrados regularmente.

Un tratamiento anticoagulante con inyecciones subcutáneas diarias se administra a fin de prevenir riesgos de flebitis y embolia pulmonar.

Usualmente, se autoriza la levantada del paciente en los primeros días, como asimismo la realimentación oral.

El momento del retiro de los drenajes es variable y será definido por el cirujano.

La sonda urinaria es usualmente bien tolerada, pero en algunos casos puede significar incomodidad para el paciente. El tiempo de permanencia de la sonda urinaria y el tiempo de hospitalización serán precisados por su cirujano.

Después del retiro de la sonda de la vejiga es usual una incontinencia urinaria, a veces importante. Esta incontinencia es casi siempre transitoria y se corrige en el lapso de algunas semanas o algunos meses en una inmensa mayoría de los pacientes (9 de cada 10).

Luego del retiro de la sonda se aconseja una reeducación muscular simple del periné y del esfínter.

Las sesiones de reeducación con kinesiólogo son a veces útiles y recomendadas.

El tiempo de la convalecencia y los plazos de reincorporación al trabajo o a una actividad física normal dependen de la vía de abordaje y de su edad. A veces son necesarios uno a dos meses para recuperar el estado físico previo a la intervención.

Usted conversará con su cirujano la fecha de reincorporación a sus actividades después de la intervención.

La próstata será enviada para un análisis microscópico efectuado por un médico anatómo patólogo que precisará si el tumor estaba confinado a la próstata o si se había extendido fuera de ella. En ese caso hay un riesgo de recidiva y un tratamiento complementario después de la intervención puede ser necesario mediante la utilización de radioterapia o medicamentos.

El control alejado después de la intervención responde a dos objetivos:

- Supervisar la ausencia de recidiva tumoral principalmente mediante la medición del antígeno prostático específico y evaluar la forma en que usted orina así como su función sexual.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Toda intervención quirúrgica supone un cierto porcentaje de complicaciones, riesgos y compromiso vital que depende no solamente de la enfermedad que usted padece sino también de las variaciones individualidades que no son siempre previsibles. Algunas de estas complicaciones son de ocurrencia excepcional y pueden no ser curables. En el curso de esta intervención el cirujano puede

encontrarse con elementos o acontecimientos imprevistos que hagan necesario procedimientos complementarios o diferentes de aquellos previstos inicialmente y que pueden interrumpir el protocolo previsto.

Algunas complicaciones están ligadas a su estado general y a la anestesia, ellas le serán explicadas luego de la evaluación preoperatoria por el médico anestesista y son posibles en cualquier intervención quirúrgica, en particular el riesgo de flebitis y embolia pulmonar en este tipo de intervención.

Pueden presentarse otras complicaciones directamente en relación con la operación de prostatectomía radical:

1. Riesgo vital excepcional por hemorragia.
2. Complicaciones durante la intervención y complicaciones posoperatorias precoces.
 - Hemorragia que pudiera requerir una transfusión sanguínea.
 - Lesión del uréter que pudiera requerir una reparación.
 - Perforación del recto debido a su proximidad a la próstata y al tumor. Corrientemente ella puede ser reparada inmediatamente sin secuelas, ocasionalmente ella no puede ser suturada con hermeticidad o pasa desapercibida y se complica secundariamente. En ese caso un ano contranatura temporal durante dos o tres meses es indispensable para permitir la cicatrización de la lesión.
 - Infección urinaria que requiera tratamiento antibiótico.
 - Hematoma, usualmente a nivel de la herida operatoria. Cura mediante drenaje local y excepcionalmente obliga a una reintervención.
 - Fuga de orina a través del drenaje que se corrige generalmente manteniendo el drenaje por un tiempo más prolongado y conservando la sonda urinaria por más tiempo del previamente estimado.
 - Derrame de linfa o colección pelviana (linfocele): en caso de disección ganglionar; rara vez requiere

re una reintervención quirúrgica

3. Complicaciones tardías.

- Incontinencia urinaria:

La incontinencia urinaria permanente y definitiva es excepcional (alrededor de un 3% de los casos). La incontinencia se limita las más de las veces a pequeños escapes de gotas de orina en relación a grandes esfuerzos (1-15% de los casos). La continencia mejora a lo largo del tiempo y se aconseja esperar tres a seis meses antes de recomendar una intervención complementaria, en caso de incontinencia urinaria permanente,

- Problemas sexuales:

El riesgo de pérdida de la erección aumenta con la edad y con el tamaño del tumor. La frecuencia se estima entre un 30% - 100% de los casos. A pesar de todos los progresos técnico-quirúrgicos realizados es imposible garantizar la conservación de una erección completa o parcial después de esta intervención. La recuperación de la erección, puede tardar hasta un año de la fecha de la intervención.

En el caso en que persista una dificultad eréctil, existen diferentes tratamientos para restaurar la erección que le serán propuestos por su médico. Por otra parte esta intervención suprime definitivamente la eyaculación pero no priva de la sensación de placer al momento del encuentro sexual.

- Estrechez uretral:

La sutura entre la vejiga y la uretra puede cicatrizar con una retracción fibrosa y un estrechamiento (menos de un 5% de los casos). Cuando ello ocurre requiere una intervención de dilatación que se efectúa a través de la uretra.

- Hernia de la pared abdominal:

Puede ser necesaria una reparación quirúrgica.

Su urólogo está a su disposición para cualquier información complementaria.

* La Sociedad Francesa de Urología no asume responsabilidad propia alguna en lo que concierne a las consecuencias eventuales que pudieran resultar de la difusión de extractos de este documento, de un error o de imprecisión en el contenido de estos documentos.