

Riesgo Quirúrgico de la Prostatectomía en Cardiópatas *

por

Dr. Rodrigo Cordero Zúñiga

Dr. Fernando Coto Chacón

Dr. Antonio Rodríguez Ortiz

La prostatectomía se practica habitualmente en pacientes de edad avanzada, grupo en el cual inciden, igualmente, condiciones patológicas propias de la edad, entre las cuales, las afecciones degenerativas del aparato cardiovascular, constituyen un importante problema, por la frecuencia de las mismas y porque confieren al riesgo de una cirugía de por sí traumática y comprometida, el agregado de la afección cardiovascular en sí misma, la cual, además, se va a ver sometida a la sobrecarga de necesarios o eventuales hechos originados en el propio acto quirúrgico, tales como anestesia, depresión por drogas, hemorragia, shock, infección, fenómenos trombo embólicos, etc.

La progresiva e inmediata incorporación a nuestro medio, conforme van surgiendo, de las nuevas técnicas quirúrgicas, los perfeccionamientos en la anestesia, los métodos con que hoy contamos para el tratamiento del shock, el mejor conocimiento de los trastornos hidroelectrolíticos, el uso adecuado de los antibióticos en la lucha contra la sépsis, la colaboración con nuestro Servicio de Urología con los Departamentos de Cardiología y Fisiopatología Respiratoria, etc., han hecho que hoy abordemos con fundadas esperanzas de éxito, la prostatectomía en pacientes que, relativamente pocos años atrás, quedaban sin rescate del fatal desenlace que los conducía la uropatía obstructiva, sumada a los factores cardiovasculares y otras afecciones que inciden habitualmente en la senectud y en los que, por lo general, se adoptaba una actitud casi pasiva, la cual, y desde hace pocos años, con los avances de la nueva Cirugía Geriátrica y con un criterio felizmente más intervencionista, ha sido superada brillantemente.

* Trabajo presentado al II Congreso de Urología Centroamericano. Hospital San Juan de Dios.

A menudo, el urólogo o el cirujano general, se pregunta si un determinado paciente portador de cardiopatía, puede ser sometido al riesgo de la intervención, y, si ésta se decide, cuáles son los peligros que le amenazan, cuáles las contraindicaciones definitivas y cuáles los procedimientos que aumentan o disminuyen tal riesgo.

Para dar luz a tal propósito y como una orientación para nuestra futura conducta, se han analizado los documentos médicos de aquellos pacientes que fueron prostatectomizados en el Hospital San Juan de Dios desde Enero de 1956, hasta Diciembre de 1960, ambos inclusive, y que, además, se les consideró portadores de cardiopatía.

En este lapso fueron operados de prostatectomía en el H. S. J. de D., 335 pacientes, de los cuales, 272 se consideraron libres de cardiopatía demostrable, en tanto que 63, fueron estimados como pacientes portadores de cardiopatía.

La edad de los pacientes agrupados por décadas, según vemos en el primer cuadro es como sigue:

6ª década	6	
7ª década	23	
8ª década	26	
9ª década	8	
	—	
Total:	63	pacientes cardiopatas prostatectomizados.

Para determinar la existencia o no de enfermedad cardíaca, se siguió un criterio basado en hechos clínicos, radiológicos y electrocardiográficos:

- a) Presencia de insuficiencia cardíaca en el momento del examen cardiovascular (compensada o no).
 - b) Agrandamiento cardíaco objetivado radiológicamente.
 - c) E. C. G. anormal.
 - d) Cifras persistentes de tensión arterial, mayores de 160/100.
 - e) Pacientes con datos radiológicos, electrocardiográficos y clínicos, indicativos de corazón enfisematoso o de corazón pulmonar franco. (Este fue un grupo importante).
-

Tres fueron los tipos de afección cardiovascular hallados:

- 1) Cardioangiosclerosis.
- 2) Cardiopatía hipertensiva.
- 3) Corazón pulmonar.

Enfermedad Coronaria: 44 casos

Basada en:

Cardiomegalia
 Bloqueo de rama derecha o izquierda.
 Isquemia subpericárdica o subendocárdica.
 Infarto de miocardio (antiguo).

De ellos, con

Hipertensión sistólica (que se consideró como indicio de aterosclerosis aórtica):	6 casos
Fallecidos con enfermedad coronaria:	9 "
a) Intraoperatorio:	0 "
b) De causa relacionada con condición cardiovascular:	2 "
c) Post-operatorio inmediato (insuficiencia cardíaca crónica de larga data; cardiomegalia III; BRDHH:	1 "
d) Post-operatorio tardío:	8 "
(Por infarto de miocardio a los ocho días	1 "
Por sépsis en relación con infección de las vías urinarias, concomitante a la cual hubo uremia y desequilibrio hidroelectrolítico:	7 "

CARDIOPATIA HIPERTENSIVA:

Este grupo se encuentra íntimamente ligado al anterior, ya que aunque se les encontró hipertensión arterial, en todos se pudo demostrar o sospechar por síntomas clínicos (angor) o E. C. G., la existencia concomitante de enfermedad coronaria.

Cardiopatía Hipertensiva: 9 casos

Fallecidos: 2 casos
 (en el post-operatorio tardío:)

- a) de infarto de miocardio: 1 caso
- b) de embolia pulmonar: 1 caso

Cardioangiosclerosis (con o sin hipertensión arterial) 52 casos

Fallecidos: 11 casos

a) de causa relacionada con la condición cardiovascular: 4 casos

El resto tiene las siguientes causas de muerte:

Sépsis urinaria (vejiga necrótica, pielonefritis, insuficiencia renal aguda, abscesos prostáticos).

Peritonitis.

Coma diabético

Uremia

Desequilibrio hidroelectrolítico.

Cardiopatía Pulmonar: 11 casos

Fallecidos: 2 "

En el post-operatorio inmediato: 0 "

Por uremia (a los 63 días): 1 "

Por insuficiencia respiratoria: (anestesia) 1 "

(En este último caso, hubo anestesia prolongada y uso de drogas contraindicadas en el cor pulmonale: murió de depresión respiratoria.)

En ninguno de los casos que presentaron con de enfisematoso por manifestaciones radiológicas y clínicas, (pero sin insuficiencia cardíaca), hubo manifestaciones de consideración, en cuanto a capacidad respiratoria o eficiencia cardiovascular.

De los 63 pacientes portadores de Cardiopatía, sólo 4 murieron de causa ligada exclusivamente a su condición cardiovascular: 6.3%.

Veamos el siguiente cuadro comparativo en general:

Total de prostatectomizados:	335	casos
Total de fallecidos:	20	" (5.9%)
Pacientes sin cardiopatía:	272	" (81.2%)
Pacientes sin cardiopatía fallecidos:	7	" (2.6%)
Pacientes cardiópatas:	63	" (18.8%)
Pacientes cardiópatas fallecidos:	13	" (20.6%)
Pacientes cardiópatas fallecidos de cardiopatía propiamente:	4	" (6.3%)
Pacientes cardiópatas fallecidos de otras complicaciones:	9	" (14.2%)

En cuanto a las técnicas quirúrgicas realizadas en la práctica de la prostatectomía, tienen la siguiente distribución numérica:

Freyer (un tiempo):	117	casos
Freyer (dos tiempos):	15	"
Millin (técnica original):	3	"
Cisto-cérvico-retropúbica:	114	"
Resección transuretral:	90	"
Vía perineal:	11	"

Como podemos ver en las gráficas que se exponen en el último cuadro la técnica de Freyer hemos ido abandonándola, aunque haya algunos casos, en los que tengan una indicación precisa, bien porque por alguna razón el paciente haya sido previamente cistostomizado o por alguna otra indicación especial o simplemente por preferencia del cirujano-urólogo.

Por la técnica de Millin, tal como originariamente la describiera este autor, apenas se hicieron tres casos, si bien una modificación a la misma que conocemos como "cisto-cérvico-retropúbica", es la que progresivamente hemos practicado con mayor frecuencia, siendo en la actualidad la técnica con que son resueltos, el mayor número de casos de nuestro Servicio, cuando de cirugía prostática abierta se trata.

La resección transuretral fue llevada a cabo en 90 casos.

En la elección de esta técnica influyen más bien factores de índole anatómico y de valoración del estado general del paciente, (que ahora no entramos a discutir), que los puramente cardiovasculares.

La vía perineal, fue abordada en 11 de los casos de nuestros pacientes estudiados.

Entre los 13 fallecidos, de los 63 cardiopatas prostatectomizados, 5 fueron operados con la técnica cisto-cérvico-retropúbica y 8 con la de Freyer. No relacionamos el riesgo operatorio con la técnica quirúrgica, pero en nuestro estudio también se hace evidente al menos riesgo de la cirugía endoscópica de la próstata. En lo que respecta a la cirugía abierta, la incidencia del riesgo quirúrgico, es prácticamente proporcional al número de operados (mayor en las dos primeras técnicas citadas en este punto) que a la técnica en sí. No obstante en la cirugía abierta de la próstata, tenemos nuestras razones numéricas y clínico-quirúrgicas, para preferir la intervención cistocérvicoretropúbica a las demás técnicas.

Es obvio que, de los datos expuestos y razonamientos hechos, se deduce la necesidad de una minuciosa valoración preoperatoria de todo paciente en el que concurren circunstancias análogas a las de los casos estudiados. En tal valoración debe prevalecer el común entendimiento del cirujano-urólogo con el internista, así como el grupo médico de fisiopatología respiratoria, cuyo criterio debe ligarse estrechamente con el del anestesista, lográndose así el armónico equipo médico quirúrgico que, con mayores probabilidades, hará disminuir las causas de mortalidad, susceptibles, sin duda alguna, de ser llevadas en nuestro medio a índices más bajos. Tales son los resultados que de esta aconsejable práctica venimos observando en los últimos años.
