

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA

REVISION DE 30 CASOS DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MAURICIO CADER RAMOS

PREVIA LA OPCION DEL TITULO

DE

DOCTOR EN MEDICINA



SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

FEBRERO DE 1957

7.463
122 P
157
I-3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

Dr. ROMEO FORTIN MAGAÑA

Secretario General:

Dr. JOSÉ ENRIQUE CORDOBA

FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

Dr. SATURNINO CORTEZ M.

Secretario:

Dr. ROBERTO C. CUELLAR.



083110

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Jurados que practicaron los exámenes de Doctoramiento

Primer examen de Doctoramiento Privado.
CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Roberto Orellana V.
Dr. Antonio Lazo Guerra.
Dr. Jorge Bustamante.

Segundo examen de Doctoramiento Privado.

CLINICA MEDICA:

Dr. José Benjamín Mancía.
Dr. Juan José Fernández.
Dr. Rodolfo Torres.

Tercer examen de Doctoramiento Privado.

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Luis A. Macías.
Dr. Orlando De Sola.
Dr. Salvador Infante D.

Doctoramiento Público:

Dr. Roberto Masferrer.
Dr. Salvador Rivera Godoy.
Dr. Mariano Samayoa.

INTRODUCCION

En vista que la solución del problema del prostatismo es engorrosa con las técnicas quirúrgicas existentes hasta 1945 en que Terence Millin estabiliza y contrasta las realidades de una nueva vía, la retro-púbica, para solucionar este problema.

El presente trabajo tiene por objeto principal, dar a conocer entre los médicos generales y estudiantes de Medicina, el uso de ésta técnica.

Por otra parte analizar y criticar los resultados obtenidos por esta vía, en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Para la exposición de este trabajo, me he basado en datos extraídos de los archivos de estudios clínicos y anatómo-patológicos del Hospital citado.

Siendo el prostatismo una de las afecciones que más imposibilitan la buena salud de los individuos mayores de cuarenta años, con respecto a afecciones de las vías urinarias, creo con este pequeño trabajo, poder contribuir para el progreso científico, en la rama quirúrgica en nuestro país.

Ojalá, pues, que este pequeño esfuerzo pueda ser de alguna ayuda para los médicos y cirujanos que ejercen o se interesan por la cirugía general; y además, desear que algún provecho, aunque sea mínimo se obtenga de la lectura y asimilación del presente tema. La operación de Millin, permite contemplar la solución del prostatismo con una tranquilidad hasta ahora inasequible para el cirujano, y alivia uno de los problemas geriátricos más importantes de la Patología humana.

Quiero hacer patente mi agradecimiento a los Drs. Mariano Samayoa y Néctor Linares, por la colaboración y ayuda que me han prestado, proporcionándome literatura y material para llevar a cabo este estudio.

DESARROLLO DEL TEMA

- I HISTORIA DE LA PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA
- II PROSTATISMO Y OBSTRUCCION PROSTATICA
- III ANATOMIA PATOLOGICA
- IV VIAS DE ACCESO QUIRURGICO A LA PROSTATA
- V CUIDADOS PRE-OPERATORIOS
- VI INSTRUMENTAL
- VII ANESTESIA
- VIII TECNICA QUIRURGICA
- IX CUIDADOS POST-OPERATORIOS
- X COMPLICACIONES POST-OPERATORIOS
- XI CASUISTICA
- XII COMENTARIO DE LOS CASOS
- XIII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- XIV BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

HISTORIA

Las técnicas rara vez son completamente originales. A lo largo de la historia de la medicina han surgido ideas que no han pasado de ensayos intrascendentes, pero con el tiempo, volviendo sobre caminos trillados, han proporcionado verdaderos y definitivos progresos.

Así en la historia de la prostatectomía retropúbica, de la primera que se tiene referencia es la de Van Stockum, de Rotterdam, en 1909. Dicho autor escribía: "Aunque la mortalidad en la prostatectomía suprapúbica está disminuyendo, la operación sigue siendo francamente peligrosa. La vía perineal, sin duda alguna, presenta menos riesgos que la suprapúbica, pero tiene la desventaja de que la mayoría de los cirujanos no la practican. Por lo tanto, debemos mejorar el método suprapúbico, y en este sentido creo que he podido contribuir con algunos progresos. A mi manera de ver, sería posible practicar por vía hipogástrica una enucleación similar a la perineal, así lo he llevado a cabo en dos enfermos, en noviembre de 1906."

Técnica de Van Stockum: Posición de Trendelenburg; incisión vertical suprapúbica media desde la raíz del pene hacia arriba; separación de los músculos rectos del abdomen. Liberación digital de la próstata desde la sínfisis. Se rechaza el peritoneo hacia arriba, mediante maniobra digital, hasta hacer la próstata visible. Se abren los espacios paravesicales. Se practica una pequeña incisión vertical, ligeramente lateralizada, en la profundidad de la cápsula y en dirección al tumor. A través de esta abertura se introduce primeramente un dedo y después dos, para practicar suavemente la enucleación. La sonda uretral permanente ayuda a orientar el dedo, mientras un ayudante empuja la próstata hacia adelante valiéndose de un dedo introducido en el recto. La enucleación es tan fácil como en la operación de Troyer, y la hemorragia es mínima. Se deja en la cavidad un gran taponamiento de gasas, a fin de que la hemorragia post-operatoria inmediata, uno de los mayores peligros de la prostatectomía, pueda cohibirse.

Para drenar la vejiga se introduce un grueso tubo de goma a través de una incisión practicada en la bóveda de la vejiga, fijándolo en la pared vesical mediante un punto. Se sutura la pared abdominal, y un extremo de la goma se saca por el ángulo inferior de la herida operatoria. La sangre drena por la vejiga y el tubo, y la hemorragia se detiene espontáneamente después de unas horas. A las veinticuatro horas se retira el taponamiento y se le sustituye por una pequeña mecha. Al quinto día se extraen la mecha y el tubo vesical, dejando sonda permanente. Al duodécimo día se quita la sonda, la herida aparece completamente cicatrizada y la micción normal se restablece."

Van Stockum pensaba que su operación era más racional que la de Freyer y que ocasionaba menos trastornos. También creía que sería posible prescindir del tubo vesical y dejar tan sólo una sonda en la uretra. A su manera de ver, la sonda no se obstruiría porque no habría reflujo de sangre hacia la vejiga. No hay noticia de que llegara a hacer esto, ni he podido encontrar otras publicaciones acerca de esta cuestión.

En 1915 el profesor de Anatomía de la Universidad de Caracas también practicó y describió esta técnica.

En 1924 Etto Maier, de Innsbruck, publicó una serie de cuatro casos, en los que el autor verificó el acceso a la próstata a través de una vía extravesical inguinal. Es curioso que el autor para llegar a un órgano situado en la línea media, eligiera una vía lateral, cuando a través de aquella el trayecto es más directo y no pasa por estructuras importantes. Para una prostatectomía satisfactoria establece las siguientes condiciones:

- 1.- Acceso por la vía más corta.
- 2.- Evitar lesiones de la vejiga.
- 3.- Evitar lesiones de los órganos vecinos, tales como el recto, uréter, vesículas, etc.
- 4.- Rápido retorno a la micción normal.
- 5.- Evitar fístulas.

En 1934, Jacobs y Casper, en U.S.A. después de realizar estudios anatómicos del espacio de Retzius y de la región periprostatática, proyectaron una operación que permitiría la enucleación de los lóbulos laterales de la próstata, dejando intacto el canal uretral. Ellos publicaron un caso en el que, a su manera de ver, la

intervención se llevó a cabo en esta forma, pero el lóbulo medio sólo puede ser parcialmente resocado. Mientras el catéter estuvo "insitu", el enfermo no mojaba, pero el séptimo día se desarrolló una fistula suprapúbica al reanudar la micción, trayecto que no curó hasta diez días después.

En 1945 Millin, teniendo conocimiento de la excelente exposición que de la próstata proporciona la operación de cistoprostatectomía total, especialmente por el método descrito por Frank Hinman inició estudios sobre el cadáver, con vistas a practicar una prostatectomía suprapúbica extravescical. Pronto se dió cuenta de la facilidad de esta vía, y sin tener presentes los trabajos publicados anteriormente sobre procedimientos análogos, llevó a cabo su primera prostatectomía retropúbica extravescical, en agosto del mismo año; cuando al mismo tiempo un capítulo urológico de indiscutible personalidad, cuyo mérito corresponde por entero a este urólogo británico.

En El Salvador, fué practicada por primera vez en el Hospital "San Juan de Dios" de la ciudad de Santa Ana por el Dr. Mariano Samayoa a principios de 1950.-

PROSTATISMO Y OBSTRUCCION PROSTATICA

El término "Prostatismo" es una designación clínica para todas aquellas condiciones que producen obstrucción en el flujo libre y voluntario de la orina, desde la vejiga hasta la uretra penoal. Dentro de la denominada obstrucción prostática, agrupamos una diversidad de estados patológicos, que pueden resumirse de la manera siguientes:

- a) Hipertrofia del lóbulo lateral, ya sea unilateral (rara) o bilateral.
- b) Hipertrofia comisural posterior.
- c) Hipertrofia del lóbulo subcervical
- d) Hipertrofia del lóbulo subtrigonal
- e) Hipertrofia del lóbulo anterior.
- f) Barra media o esclerosis del cuello vesical.
- g) Litiasis prostática endógena y cálculos enclavados.
- h) Carcinoma de la próstata.

La combinación de dos o más de estos procesos es corriente, y probablemente, la variedad más común de obstrucción es la glándula trilobulada, en la que a los lóbulos hipertrofiados se asocia la hipertrofia de la comisura posterior.

El carácter adenomatoso de la glándula es diferenciable al tacto rectal (glándulas fibrosas, calcuosa o carcinomatosa), y en la mayoría de los casos, el uretrocistoscopio contribuye ventajosamente al diagnóstico.

Una vez establecida la indicación quirúrgica y preparado el paciente en las mejores condiciones (estudios especiales, generales, radiológicos, de laboratorio, etc.), la cirugía urológica moderna exige que se precise el tipo de obstrucción, no sólo para suprimir ésta, sino también todo el tejido potencialmente obstructivo.

Prescindiendo, de momento, de las tan frecuentemente incompletas resecciones transuretrales, es bien sabido que en la operación transvesical suprapúbica, también suelen quedar pequeños residuos nodulares de cápsula, etc., y que aún en la perineal mejor realizada, tampoco es raro dejar inadvertidamente restos subcervicales o sub-trigonales ocultos en las inmediaciones del cuello vesical. Como dijimos, la uretrocistoscopia cuidadosa puede proporcionarnos un diagnóstico completo y preciso de la naturaleza de la obstrucción.

trucción e indicar cual es la intervención más conveniente.

La exposición retro-pública, con visualización excelente y completa de toda la cavidad prostática, constituye además una previsión contra posibles causas de futuras obstrucciones.

CAPITULO III

ANATOMIA PATOLOGICA

CAMBIOS MORFOLOGICOS DE LA PROSTATA CON EL AUMENTO DE LA EDAD.

La Próstata aumenta poco pero progresivamente en tamaño, de la tercera a la novena década de la vida; y de los 15 a 25 grs. que constituyen el peso normal en el adulto aumenta hasta 50 grs. o más en el hombre senil.

La regla es que el lóbulo medio o algunos de los laterales crezca exageradamente, produciendo desviaciones de la uretra prostática que conducen a su estenosis, con hipertrofia de la vejiga, cistitis, hidronefrosis, pielitis y uremia concomitantes. Al final de la cuarta década y al principio de la quinta, ocurren en la próstata cambios histológicos que no pueden confundirse con enfermedades ya reconocidas de esa glándula. Esos cambios consisten principalmente en la substitución de las fibras musculares lisas por fibras de tejido conjuntivo. Hablando más claramente hay atrofia de las fibras musculares lisas y densificación del tejido conectivo. Los acinos glandulares persisten grandes, pero las papilas son más numerosas, y las células epiteliales tienden a ser cuboides. Esta atrofia es irregular, pues mientras en un lóbulo es importante, en el otro es mínima.

En la próstata de una persona mayor de 60 años, este proceso es mucho más lento y además la mayor parte de la glándula está invadida.

En áreas focales los acini sufren completa atrofia, y son reemplazados por masas de tejido conectivo laxo. Dentro de los acinos glandulares se forman numerosos cuerpos amiláceos, probablemente como resultado de la suspensión de la secreción y también por la pérdida de la actividad muscular del órgano.

HIPERTROFIA NODULAR DE LA PROSTATA.- A esta enfermedad, por el uso se la llama "Hipertrofia benigna", histológicamente hablando no es una hipertrofia sino una hiperplasia.

En el estado avanzado o manifiesto, la próstata está aumentada dos o tres veces de su tamaño normal. La cápsula es tensa y el tejido uniformemente firme e inelástico. El tejido se divide en dos partes: un segmento periférico que mide de 2 a 5 mm. de grueso, el cual está rodeando completamente una parte nodular central y que hace prociencia. La porción periférica es blanco-grisácea y firme, y representa la compresión de la próstata normal preexistente, antes del desarrollo de la hiperplasia nodular. La porción central puede dividirse en tres partes: una gran masa a cada lado de la uretra prostática y una gran masa que se proyecta dentro de la vejiga en el cuello de la vejiga. Esta última porción no tiene conexión con el lóbulo medio de la próstata y es el que tiene que researse para que no queden estrecheces post-operatorias.

Cambios secundarios.- En 1/4 a 1/2 de todas las hiperplasias nodulares, hay evidencias de infartos curados o recientes. En el seno de estos infartos curados hay masas de células epiteliales que frecuentemente e incorrectamente son diagnosticados como "Carcinomas".

Relación con el Carcinoma.-Por lo general menos del 2% de próstatas con hiperplasia nodular están asociadas con carcinomas. Esta creencia es falsa, puesto que como el cirujano sólo extirpa por lo general el lóbulo medio, no piensa que en el lóbulo posterior puede haber carcinoma; y luego tal neoplasia invade los tejidos circunvecinos. Tal error por lo general se le achaca al patólogo, cuando en el futuro del operado aparece un Carcinoma.

La hiperplasia nodular y el carcinoma de la próstata ocurren independientemente y con igual frecuencia, indicando con ello que son dos enfermedades que no tienen relación, con respecto al factor de que ellas ocurren en un mismo grupo de edades.

CARCINOMA DE LA PROSTATA.- Tipos: Una verdadera evaluación del carcinoma de la próstata incluye no solamente los casos manifiestos clínicamente, sino también el reconocimiento de los casos del 1%

de todos los hombres de más de 50 años tienen un carcinoma prostático demostrable histológicamente; esta entidad es convenientemente designada como "Carcinoma latente". Hay un tipo de caso en que hay metástasis que están produciendo signos y síntomas clínicos, pero en los cuales el tumor de la próstata es muy pequeño y a veces no reconocido, a tales casos se les llama "Carcinoma oculto".

Anatomía patológica: Con pocas excepciones el carcinoma se origina en una próstata que tiene una preexistente atrofia. Estudios histológicos muestran que uno o más focos de células epiteliales atroficas sufren transformación maligna e invaden el estroma adyacente.

Cerca del 75% de los casos de carcinoma de la próstata se originan en el lóbulo posterior, (el cual aparece como una masa infiltrante, blanco grisácea y firme y el cirujano por lo general no lo extirpa; da motivos a que los enfermos operados de adenoma prostático diagnosticado clínica e histológicamente, mueran a las semanas o meses de un carcinoma de la próstata.

Invación y metástasis.- Cuando un carcinoma de la próstata alcanza un tamaño de unos 2 a 3 mm. de diámetro, hay invasión de los vasos linfáticos e infiltración de la cápsula. Cuando la mayor parte del órgano ha sido invadida, el tejido tumoral se encuentra en los alrededores del esfínter interno de la vejiga. Metástasis verdaderas se encuentran primero en los ganglios linfáticos alrededor de las arterias ilíacas internas y luego en los ganglios periáorticos. De estos últimos ganglios las células tumorales se extienden directamente dentro de los cuerpos vertebrales. Las metástasis distantes son más comunes en los pulmones y en el hígado. Las metástasis óseas, pueden ser de dos tipos: osteoclásticas o destructoras del T. óseo u osteoblásticas o que hacen más denso tal tejido en el sitio de la invasión tumoral.

Incidencia: En una serie de autopsias y de carcinomas no seleccionados, 11 fueron clínicamente manifiestos y 52 eran latentes.

Se puede afirmar por múltiples estadísticas comparativas que des-

pués de la edad de 75 años el carcinoma de la próstata constituye el 30% de todos los tumores malignos.

CAPITULO IV

VIAS DE ACCESO QUIRURGICO A LA PROSTATA

Quien comprende el tratamiento del prostatismo debe estar preparado para resolver todos los casos y variedades, teniendo en cuenta que ninguna intervención determinada podrá ser propagada a ultranza.

Los primeros 25 años de nuestro siglo han sido testigos de una larga e intensa lucha entre los partidarios respectivos de las vías perineal y suprapúbica, para el tratamiento quirúrgico del prostatismo; pero aún siendo fundamentalmente buenos los resultados con ambas vías, siempre dejaban algo que desear. La mortalidad en la supra-púbica y la morbilidad en la perineal no eran despreciables, muchos prostáticos fueron víctimas de irreparables secuelas.

Mientras los exclusivistas de un método, consideran que con uno u otro pueden tratar todos los tipos de prostatismo, la mayoría de los autores creen, hasta la fecha, que ninguna vía es satisfactoria por completo y todos ellos hacen esfuerzos para familiarizarse con los tres, si bien con preferencia por una determinada. La generalidad de los urólogos europeos prefieren las operaciones transvesicales con sus variantes de Freyer, Thompson-Walker, Marion y Harris; excepcionalmente algunos se inclinan por las vías perineal y transuretral. En América Young y sus discípulos han preconizado la perineal en la mayoría de los casos, reservando la transuretral para aquellos de hipertrofia pequeña y fibrosa. Las escuelas del Oeste medio de U.S.A. representadas por las clínicas de Rochester, Ann Arbor e Iowa City, han empleado casi exclusivamente la vía transuretral durante estos últimos años.

Desde Agosto de 1945, dice T. Millin: "Vengo empleando virtualmente una técnica suprapúbica en todos los tipos de obstrucción prostática y creo que los resultados obtenibles son mejores que los que se obtienen con otras vías".

CONSIDERACIONES SOBRE LAS OTRAS VIAS: Operación de Freyer.- Con toda seguridad, esta intervención es la más divulgada hasta el momento presente; es la técnica más fácil de cuantas existen, e indudablemente, la más adecuada para el cirujano ocasional o poco experto. No precisa una disciplina especial para su aprendizaje o ejecución, y solamente exige criterio en la indicación y algún conocimiento práctico de los cuidados post-operatorios. Permite una buena enucleación de todas las próstatas hipertroficadas, si bien presenta grandes dificultades para las esclerosas del cuello, glándulas fibrosas, litiasis etc. y es inútil para la extirpación de las malignas; requiere una larga hospitalización; de seis a siete semanas; la pérdida de sangre durante la intervención y los primeros dos días, es considerable; el curso post-operatorio muchas veces es desagradable y el espasmo vesical que puede aparecer durante las primeras 24 horas, pone a prueba la resistencia del paciente; después de abandonar el hospital el período de convalecencia es generalmente largo; el índice medio de mortalidad se aproxima al 8 ó 10%

Prostectomía perineal.- Esta operación tal como se realiza modernamente, es muy recomendable. Posee una mortalidad menor que la suprapúbica; pero, frecuentemente, da lugar a graves secuelas: fístulas persistentes, incontinencias de grado variable, fístulas uretro-rectales, etc, que han originado su considerable descrédito en el concepto de muchos urólogos. La intervención de técnica más meticulosa que la suprapúbica, precisa la adquisición de cierta habilidad después de un largo período de aprendizaje. Con frecuencia se presentan algunas dificultades operatorias: la profundidad a que hay que intervenir en los sujetos robustos, la buena visualización del campo operatorio y la forzada posición de litotomía comúnmente empleada, traumatizan los ligamentos espinales y los vasos arterioescleróticos de los enfermos generalmente viejos, disminuyen enormemente la capacidad vital y de ventilación pulmonar en comparación con las técnicas de posición operatoria horizontal (retro y supra-púbica), y predisponen a embolia, tromboflebitis, etc. (Se ha registrado un caso de ruptura de la arteria

iliaca a causa de la posición forzada de litotomía.) Según información de una de las principales clínicas norteamericanas, en la que se practica casi sistemáticamente la operación perineal, gran número de enfermos aquejan dolores dorso-lumbares durante muchos meses después de la prostatectomía, indudablemente atribuibles a la postura forzada.

La estenosis uretral post-operatoria es relativamente frecuente y Lowsley, con su destacada autoridad, escribió en 1944: "El enfermo prostatectomizado por vía perineal debe permanecer bajo cuidado de su cirujano indefinidamente, practicándosele dilataciones frecuentes con bujías o con el dilatador de Koilmann, a fin de evitar la estenosis del cuello vesical." Estos cuidados post-operatorios pueden suponer algún problema para los enfermos alejados de centros hospitalarios. En el aspecto sexual, las secuelas tampoco carecen de importancia: la impotencia e incontinencia, como es sabido, subsigue muchas veces a la prostatectomía perineal, y en la actualidad, gran número de enfermos inquietan en este sentido antes de someterse a la intervención.

Resección transuretral.— La aparición en 1931 de la resección transuretral hizo concebir esperanzas halagüeñas; pero los vehementes deseos de los iniciadores no llegaron a ser tan reales como se imaginaban. A despecho de muchas ingeniosas mejoras del instrumental, esta vía no ha podido ser enteramente admitida como tratamiento eficaz ni paliativo de muchas hipertrofias prostáticas.

El punto de vista actualmente el más aceptado, es el de que esta vía está claramente indicada para solucionar el problema del prostatismo causado por: lóbulos subcervicales y sub-trigonales, lo mismo que en próstatas fibrosas, mientras que las grandes hipertrofias son tributarias de las técnicas abiertas, por cualquiera de las dos vías restantes de acuerdo con las preferencias y competencia de cada autor. Muchos autores reseccionistas aducen que no es lógico tratar solamente las próstatas menores por resección; si la transuretral es una operación de elección en unos casos por qué no lo es de serlo en otros? A esto puede responderse que los casos que se refieren a veces de reseccionar en su totalidad el tejido prosta-

tráfico de las próstatas grandes en un sólo acto quirúrgico que sea razonablemente breve.

Las exageraciones de los reseccionistas sobre la extirpación total del tejido adenomatoso por vía transuretral, son muy discutibles. Los restos de tejido adenomatoso, probablemente constituirán una fuente continua de trastornos, ya que la defectuosa irrigación sanguínea de la región, mantendrá escasa, o el crecimiento constante del tejido residual ocasionará una recidiva.

A las sugestivas argumentaciones de los reseccionistas puede objetarse que aún ejecutada su técnica por las mejores manos, los períodos de convalecencia de los diversos actos transuretrales son muy prolongados cuando se aplican a las grandes próstatas, y la normalidad urinaria completa, tarda varios meses en conseguirse. En manos de algunos autores, la operación tiene una baja mortalidad inmediata, pero el período de convalecencia de la uretra es lento, el confort urinario completo puede demorarse durante muchas semanas y en algunos casos, tampoco podrá asegurarse del todo hasta después de varias resecciones sucesivas.

Las grandes próstatas (60, 120 y 200 grs.) requieren varios actos quirúrgicos (2 ó 3), que suelen realizarse en un período de varios meses, cada una de las sesiones con sus anestésias repetidas, sepsis locales, hemorragias, encamamiento, etc. van agravando sucesiva y progresivamente las condiciones operatorias. Estos son hechos comprobables en las grandes clínicas reseccionistas, pero habitualmente no se citan en las estadísticas respectivas. La resección de hipertrofias masivas se acompaña frecuentemente de grandes pérdidas sanguíneas y las zonas que han de epitelizarse son muy extensas. La hemorragia tiene como factor de origen, el tiempo operatorio tan dilatado que requiere la resección (gramo minuto), mientras que en las vías abiertas el tamaño del adenoma no influye en la evolución y duración del acto quirúrgico; más bien, al contrario, cuanto mayor y más definido es el adenoma, más sencilla y rápida suele ser la enucleación.

Los períodos infectivos, que no se desarrollan necesariamente en el período post-operatorio inmediato, también son muy frecuentes.

La operación ideal no sólo tiende a asegurar la desaparición de la obstrucción existente, sino también del tejido potencialmente obstructivo, todo ello acompañado de una morbilidad mínima, convalecencia fácil y rápida normalización del estado general y de la función urinaria.

La resección transuretral constituye una valiosa aportación a la cirugía urológica aunque con muchas limitaciones. Es una intervención de técnica y didáctica difíciles, no está al alcance de todos los cirujanos urólogos, con resultados incompletos en las grandes próstatas y también parece que no se ha valorado suficientemente la frecuencia de las estenosis post-operatorias.

En resumen, de todo esto se desprende, que ninguna de las vías clásicas hasta ahora en uso, posee las características de una verdadera intervención ideal, y la técnica y resultados de la retropúbica parecen significar un verdadero avance en el tratamiento quirúrgico del prostatismo.

La operación por vía retro-púbica está al alcance del cirujano urólogo disciplinado, y es realmente más asequible que las restantes.

La práctica de una intervención de técnica fácil y razonable, de convalecencia breve, que proporcione una rápida y completa recuperación del paciente, disminuye también la ansiedad del cirujano, ventaja que siempre ha constituido la meta de toda Cirugía, de los urólogos en particular, y de la Medicina en general.

Durante largo tiempo, en la cirugía urológica dominó la idea de que la contaminación del espacio de Retzius debía ser evitada a toda costa y durante varias generaciones se crearon distintas técnicas para evitar la infección de esta cavidad.

Es un hecho establecido que las operaciones suprapúbicas en vejigas infectadas puede ir seguidas de pericistitis, creyéndose que se originan en el espacio retro-púbico, lo que se considera temerario atravesarlo durante la intervención. En contra de este aserto, puede observarse el hecho innegable de que numerosos cirujanos han llevado a cabo felizmente la cisto-prostatectomía total, en la que el espacio retropúbico se abre extensamente, y sin gra.

bargo, pocos casos han sucumbido a la infección consecutiva de esta cavidad. Millin cree que la razón estriba, precisamente, en la amplia apertura y drenaje del espacio de Retzius.

Cuando se abre una vejiga infectada, parte de su contenido cae en la cavidad pre-prostática durante la intervención e infiltra el tejido graso que contiene. El drenaje imperfecto de esta región y la menor resistencia de su atmósfera grasa, explican y justifican la frecuencia de los pericistitis y otros accidentes característicos.

La operación cuya técnica describiré después, está vinculada a la amplia apertura de la cavidad retro-púbica y a su buen drenaje post-operatorio; cumpliendo estos dos requisitos, el espacio de Retzius puede volverse confiadamente.

El acceso retro-púbico extravésical de la próstata proporciona una vía útil para todas las afecciones quirúrgicas del órgano, incluso de la uretra prostática. Por esta vía pueden tratarse y realizarse eficazmente: adenomectomías de todos los tipos, resección de barra media, legrado de cálculos prostáticos, extirpación radical de la glándula, con o sin parte del trigono vesical, evacuación de abscesos de la próstata, liberación de cálculos enclavados en la uretra prostática, cirugía de ciertas obstrucciones post-prostatectomía, así como reparación de traumas recientes o tardíos de la uretra prostática.

En resumen; utilizando la vía retro-púbica, muchos problemas urológicos pueden ser resueltos con más facilidad y menos riesgos, a través de un campo de acción relativamente inexplorado.

CAPITULO V

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

Los cuidados preoperatorios necesarios en el prostático que va a sufrir una intervención quirúrgica son diversos. La patología coexistente puede ser tan variada, que no es posible dictar normas generales y cada caso estará condicionado por sus peculiaridades.

Así, la cuestión del drenaje preoperatorio constituye uno de los primeros problemas; a juicio de T. Millin, los casos con orinas no infectadas, pruebas de función renal suficientes y urografías normales, deben de ser operados sin manipulaciones instrumentales previas. El examen uretro cistoscópico, destinado a descartar la posibilidad de neoplasias vesicales, cálculos, etc. y asegurar la exacta configuración de la obstrucción, puede llevarse a cabo como parte integrante del acto quirúrgico, una vez que el enfermo esté convenientemente anestesiado. El instrumental necesario para la prostatectomía retropúbica y la resección transuretral se tendrán a mano, desarrollando la técnica más adecuada.

Cuando el examen físico y clínico, que debe ser siempre muy cuidadoso ponga de manifiesto algún trastorno cardiovascular, es aconsejable recurrir a un estudio cardiológico completo, incluyendo E.C.G., este último deberá ser tomado de rutina a todo aquel que se vaya a practicar una prostatectomía.

Cuando el examen clínico o los estudios funcionales renales prueban una marcada disfunción renal, deben tomarse todas las medidas para asegurar el retorno a la normalidad, o al menos una estabilización media antes de llevar a cabo la cirugía prostática.

Además se harán rutinariamente V.D.R.L., Hemograma completo, dosificación de proteínas en sangre, Fosfatasa ácida y alcalina, Glicemia, Cuerpos nitrogenados, Ex. de Orina, Radiografías de Pelvis y Columna Vertebral y además psicográficas.

CAPITULO VI

Instrumental.- La prostatectomía retropúbica puede realizarse sin instrumental especial; pero T. Millin ha modificado algunos que cree que facilitan su ejecución:

Separador automático parecido al de Legueu agregándole un depresor.

Aguja de Boomerang y porta hilos de Harris, solamente que un poco más largos.

Pinzas en T. que sirven para coger los labios distales de la cápsula, lo que permite hacer la hemostasia sin traumatizar los tejidos, su forma angulada facilita su introducción cómoda por debajo del pubis. En los casos de adenoma grande e incisión amplia, suelen ser necesarios dos pares de pinzas.

Volsellum. Este instrumento es similar a los sujetadores de amígdalas pero cuyas ramas tienen $1\frac{1}{2}$ cms. de anchura, es útil para elevar el labio proximal de la cápsula, separándolo del adenoma, lo que permite una fácil colocación del hilo de suspensión del labio superior.

Pinza angulada de tejidos.- Son de utilidad para atraer el labio posterior de la vejiga, a fin de resecarlo.

CAPITULO VII

ANESTESIA.- Perfectamente puede hacerse esta operación con anestesia con éter y oxígeno, la anestesia raquídea tiene el ligero inconveniente de dar dilatación de los vasos venosos pelvianos.

Anestesia ideal por su poco riesgo es la epidural alta, pero de técnica especializada.

CAPITULO VIII

TECNICA QUIRURGICA

Cuando la uretrocistoscopia no se ha realizado previamente como medida diagnóstica, se practicará como tiempo preliminar de la intervención, después de que el enfermo haya sido anestesiado.

Retirado el cistoscopio se vacía la vejiga; el pene se envuelve con vello fino.

Según las circunstancias, la incisión se practica verticalmente, de unos 3 ó 4 cms. partiendo del borde superior del pubis, o trans-

versalmente, de la misma longitud, pero a unos 2,5 cms., de distancia por encima del pubis. Esta última tiene la ventaja que con la misma incisión se hace la ligadura de los deferentes. Sea cualquiera la elegida, la aponeurosis se incinde según la dirección de la incisión cutánea, separando los músculos rectos en la línea media. Para asegurar la adecuada separación es estos músculos en los casos de incisión transversal, los bordes superior e inferior de la aponeurosis se despegan de los músculos subyacentes mediante unos golpes de bisturí. A continuación se introduce índice derecho estando el operador en el lado izquierdo del enfermo, en el ángulo inferior de la herida, y la grasa extravescical se atrae suavemente, abriendo así el espacio retropúbico.

A continuación se coloca el retractor automático modificado por el autor, cuyas valvas laterales separan los rectos; la valva superior se dispone de forma que deprime la vejiga vacía. Se verifica un cuidadoso examen del espacio retropúbico para comprobar la existencia de vasos venosos superficiales en la cápsula prostática. Estas venas cuando existen, deben seccionarse previa hemostasia y en este momento; pues de lo contrario originaría molestas hemorragias en tiempos posteriores. Con pinzas montadas, se separa el tejido graso de la cara anterior de la próstata, seguidamente, con pinzas de disección largas, se colocan dos rollos de gasa en cada acceso lateral, a fin de deprimir los elevadores del ano y separarlos de las superficies laterales de la próstata. Se palpa cuidadosamente el desarrollo lateral de la glándula a fin de estimar el verdadero tamaño de los lóbulos laterales, no comprobables con cistoscopia, dirigiendo la atención después a la región del cuello.

Una vez expuesta enteramente la glándula y determinados los límites de la vejiga, se incinde la cápsula de la siguiente manera: utilizando un bisturí de mango largo, se practica una incisión ligeramente convexa hacia abajo, sobre el lóbulo derecho, a un centímetro por encima del cuello vesical y a través de ambas cápsulas hasta que el adenoma se visualice perfectamente. Esta incisión puede ocasionar una hemorragia considerable, por lo que es necesario

momento debe hacerse una buena aspiración. Cuando el adenoma es completamente visible, se socaba rápidamente el labio inferior de la herida, bien con la tijera o con el bisturí, aplicando el primer par de pinzas en T en el borde inferior de la incisión capsular. Estas pinzas contribuyen a disminuir la hemorragia resultante de la sección. A continuación se realiza una separación análoga de cápsula y adenoma en los lóbulos laterales, colocando otro par de pinzas en T en el borde de la herida, si es necesario.

Los límites inferiores y laterales de los lóbulos laterales están ahora definidos. A continuación, la pared anterior de la uretra se secciona lo más proximalmente posible, mediante un corte de tijera. Esta maniobra evitará una avulsión excesiva de la mucosa uretral próxima al ánex, puesto que, como es bien sabido, cualquier desgarro de la porción membranosa del conducto será seguida de una incontinencia temporal o permanente.

Gilbert da un 16.6% de incontinencias parciales, y algunas totales, en sus prostatectomías retrógradas.

El tiempo siguiente será la enucleación digital del adenoma. Con el índice en forma de gancho se liberan sucesivamente los lóbulos laterales de la cara posterior de la cápsula. Cuando esto se ha logrado, se bascule hacia adelante el adenoma, extrayéndolo de la equidad o fosa que resulta, y se comienza la liberación digital de la cara inferior del trigono. El adenoma queda así fuera de su lecho y liberado de su unión al cuello vesical, que puede ser seccionado con tijeras sin que sufra arrancamientos ni dislaceraciones.

Se coloca un fuerte taponamiento temporal en la cavidad resultante, a fin de contener por compresión la hemorragia. Se retira el tapon compresivo de gasa. Se hace una revisión completa para comprobar que no quedan vasos sangrantes, si los hay, se pinzan y se ligan o cauterizan.

Después de cerrar la incisión, se vuelve a colocar una pequeña torunda de gasa en la cavidad, mientras se revisa el cuello del cuello vesical; se liga el esfínter con una sonda, y se libera,

de luego introducirse el índice dentro de la vejiga, para explorar el túbulo y la base. De esta manera pueden extraerse fácilmente los pequeños cálculos previamente diagnosticados. A continuación se pasa una sonda de calibre grueso: 18, 20, ó 22 F., por el meato urinario hasta la vejiga, luego se extraen los taponamientos y se sutura la incisión de la cápsula en forma continua siguiendo el trayecto de la incisión. Es conveniente comenzar la sutura del lado que ocupa el operador. Cuando se ha completado la sutura capsular, toda hemorragia debe haber cesado. El orificio retroúbico se limpia con suavidad, a fin de no dejar ningún residuo. Se coloca un pequeño drenaje de goma acanalada en la lígca media, y la bolsa de los rectos se sutura entre cortinillas con catgut crómico No. 1. La piel se cierra con seda puntos separados. La ligadura de los deferentes se lleva a cabo sistemáticamente ya sea antes o después de haber terminado la operación.

La sonda se fija a la piel del pene o se atraviesa el glande con un punto flojo de seda.

Se practica lavado de la sonda con solución de Citrato de Sodio al 1% para liberarla de los coágulos que pudiera tener ha su paso por el lecho prostático.

CAPITULO IX

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Además de los cuidados que se tienen en cualquier otra intervención, es decir el control del pulso, respiraciones y P.A. se harán intervalos de la sonda cuando la orina no salga libremente, además esta sonda deberá estar conectada a un fresco depósito.

El enfermo practicará precozmente movimientos de las piernas y ejercicios respiratorios profundos, y tomará abundantes líquidos. El drenaje suprapúbico se acorta unos 2 cms. el 20. día y al 30. se retira definitivamente.

Al principio, I. Hillin decide el catéter control (6.7 cms, utilizado durante los primeros días de la estancia en el hospital). Durante la estancia en el hospital, sólo una pequeña sonda urinaria permanece en el ureter. Si esto ocurre en cualquier momento de la estancia en el hospital, se debe reemplazar inmediatamente.

vuelve a colocar el catéter uretral durante cuatro o cinco días más. Practicando una resección sistemática del labio posterior del cuello vesical, nunca ocurrirá estrechez post-prostatectomía. De todas las vías corrientemente empleadas sólo la retropúbica permite que las orinas no sean hemáticas a las ocho, diez, o veinticuatro y cuarenta horas después de la intervención.

Cuando se retira la sonda, rara vez existe dificultad para la micción y solamente al comienzo los enfermos pueden sentir alguna molestia al iniciar la emisión de orina.

Se instituirá la terapia antibiótica y se controlará nuevamente al enfermo a las cuatro semanas de su Alta del Hospital.

CAPITULO X

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

Hemorragia. Primaria. Sólo registré una hemorragia primaria intra-vesical subsiguiente, entre más de 375 casos revisados por T. Millin. Con una buena visualización de los vasos sangrantes, la hemostasia debe ser asegurada en la mesa de operaciones.

Secundaria. Hasta ahora, ninguna de las operaciones destinadas a tratar las obstrucciones prostáticas está libre de esta complicación, en todas ellas existe una zona cruenta y una infección potencial o actual todo lo cual predispone a la aparición de la hemorragia secundaria. Generalmente el sexto día post-operatorio se constata por el más crítico para esta complicación. Con poner Irensburg's y sonda uretral en permanencia por unas 48 horas cesará la hemorragia.

Sepsis urinaria. Cuando la infección urinaria local ha sido curada convenientemente antes de la prostatectomía, la generalización de la sepsis por lo regular tiene trascendencia durante el período post-operatorio. El empleo pre y post-operatorio de sulfas y antibióticos de amplio espectro, ha determinado un progreso real, y las cifras de mortalidad han bajado considerablemente. No obstante, en algunos casos se presenta una sepsis irreductible desde el comienzo de la enfermedad, y a pesar de tratamientos intensos con sulfas y antibióticos, el proceso avanza hacia una pielonefritis fatal.

Goteo urinario suprapúbico.- Un pequeño número de casos, después de retirar la sonda, presentan goteo suprapúbico temporal. Este accidente se ha observado con mayor frecuencia en los casos de paredes adelgazadas a causa de la distensión vesical crónica; actualmente se aconseja un drenaje vesical durante las dos semanas que preceden a la intervención, lo que permitirá que la vejiga recupere su tono normal. La mejor salvaguardia contra el goteo suprapúbico estriba en tratar bien la infección preoperatoriamente y en practicar una sutura muy cuidadosa de la cápsula.

Fistula persistente.- T. Millin no ha visto un sólo caso.

Incontinencia.- Siempre se tendrá gran cuidado para no desgarrar la mucosa uretral membranosa. Cuando esto ocurre, suele aparecer un cierto grado de incontinencia sea cual fuere el tipo de prostatectomía aplicado, y sólo dura unas semanas. Si la técnica descrita más arriba se sigue escrupulosamente, no existe riesgo de que aparezca la incontinencia. En este sentido hay que resaltar que la enucleación del adenoma por vía retropúbica es más fisiológica que la transvesical, pues la enucleación digital se hace en ángulos rectos respecto a la uretra y no según su eje longitudinal. El riesgo de desgarro de la uretra membranosa será mucho menor en la vía retropúbica, y la sección de la pared anterior del canal adyacente a los ápices de los lóbulos laterales, reforzará aún más este hecho.

La retirada precoz de la sonda muchas veces se sigue de micción incontinente, que prácticamente se traduce por una pseudo-incontinencia virtual transitoria que dura varios días.

Empíndulos: T. Millin la ha observado únicamente en un caso caso a la liberación sistemática de los deferentes; pero anteriormente el enfermo había estado sometido a sondajes repetidos.

Obstrucción post-prostatectomía.- En 31 casos de obstrucción post-prostatectomía revisados por T. Millin, encontró:

CAPITULO XI

CASUÍSTICA

La presente Tesis está basada sobre datos y material tomados de los archivos del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Comprende un período de dos años: primero de Julio de 1954 al 30 de Junio de 1956. Sólo están incluidos treinta casos que durante ese período se practicaron y se mandaron a estudio Anatómopatológico. Durante este mismo período de tiempo se practicaron 119 prostatectomías retropúbicas pero sólo las anteriores es decir el 25% únicamente tuvieron su estudio Histopatológico.

Los cuadros a continuación dan una idea de los puntos principales a considerar.

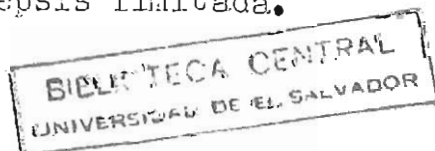
Operación inicial	No. de casos
Freyer.....	42
Harris	10
Thompson Walker	4
Perineal	2
Retropública	5
Desconocidas	18

Los cinco casos de obstrucción post-prostatectomía retro-pública sucedieron antes de haberse adoptado sistemáticamente la excisión cuneiforme del labio posterior del cuello de la vejiga. En más de 200 enfermos, en los que esto fué realizado, no surgieron tales complicaciones.

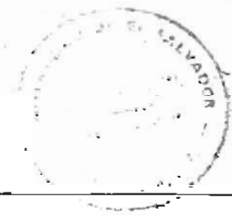
Clasificación de las obstrucciones post-prostatectomías:

- 1) Formación de "tabiques":
 - a) en la unión vesico-prostática.
 - b) en la uretra membranosa.
- 2) Formación de escaras tisulares:
 - a) En la desembocadura vesical.
 - b) En el extremo inferior de la cavidad prostática.
 - c) En el lecho prostático.
- 3) Adenoma Residual:
 - a) Inadvertidamente dejados después de la intervención.
 - b) Formación de nuevos adenomas a partir del tejido prostático que normalmente resta después de la operación.
- 4) Formaciones calculosas, de la vejiga o de la cavidad prostática.
- 5) Infiltración carcinomatosa del lecho prostático.
- 6) Inflammaciones agudas o crónicas de la uretra, por ejemplo, abscesos periuretrales consecutivos a estenosis.
- 7) Estenosis del meato urinario externo, consecutivos a sondajes repetidos.
- 8) Tumores papilares de la desembocadura vesical o del lecho prostático.
- 9) Carcinoma de la uretra.
- 10) De origen psicógeno.

La estrechez que se observa cuando no se hace la excisión del labio posterior del cuello vesical, es en este sitio en la prostatectomía retropública. Dicha estrechez es fácilmente tratada con resección transuretral, la que resulta relativamente inocua, ya que la vascularización es escasa y la sepsis limitada.



CAPITULO XII
COMENTARIOS DE LOS CASOS



1) FRECUENCIA POR EDADES

DECADAS	No. de casos	PORCENTAJE
51 - 60	5	16.5 %
61 - 70	11	36.3 %
71 - 80	12	37.8 %
81 - 90	2	6.6 %

Como puede apreciarse, de 61 a los 80 años están comprendidos el 87.9 % de los casos. El de menor edad fué de 54 años y el de mayor edad de 90 años.

2) RAZA

Todos a excepción de uno que es italiano, el resto eran mexicanos, ninguno fué de origen nativo puro. Respecto a la raza, se observa muy raramente o no existe en la Asiática; frecuente en la Europea. El Dr. Roberto Masferrer, Jefe del Gabinete de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, no recuerda haber encontrado adenomas prostáticos entre nativos puros autopsiados.

3) OFICIO

El 90.1 % es jornalero, el 6.6 % comerciante y un Sacerdote. El oficio no parece jugar ningún papel en la hipertrofia prostática. No así los abusos sexuales, los cuales sí parecen tener algún papel en su etiología; pero esto no se investigó en ninguno de los casos.

4) DIETA

Solamente al 9.9% de los casos tuvieron una dieta regular, el resto tuvieron dietas deficientes comunes en nuestros campesinos.

5) DOMICILIO

El 33 % tenían domicilio urbano en Santa Ana, el resto rural, incluyéndose en esta denominación a los que viven en Chalchuapa, Atiquizaya y Ahuachapán. El domicilio no parece tener ninguna influencia sobre el papel de la hipertrofia prostática.

6) ESTADO POST-OPERATORIA?

La estancia post-operatoria, fué de 10 días promedio que con...

Nº caso	COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS TEMPRANAS.	COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS TARDIAS.	REPORTE HISTOPATOLOGICO	Nº de Registro Anatomico-patológico
18	Fiebre de 40°C. 3º y 4º día	Ninguna	Hipertrofia fibromatosa.	2522
19	Ninguna	"	" adenomatosa.	2525
20	"	"	" " con prostatitis crónica.	2694
21	"	"	Hipertrofia adenomatosa con prostatitis crónica.	2745
22	Fiebre intermitente de 39º los primeros 8 días.	"	" "	2761
23	Fiebre intermitente menos de 38º C. primeros 3 días.	Hematuria 10 días después del alta. 2 meses después normal.	" "	2835
24	Ninguna	Ninguna	Hipertrofia fibromatosa.	2865
25	"	Parestesia de M. Inferiores dos meses después.	Hipertrofia adenomatosa con prostatitis crónica.	2952
26	Incontinencia urinaria desp. de retirar la sonda por lo que tuvo que ponerse 5 días mas.	Estrechez uretral tres meses después, la cual fué corregida en S. Salv. con resección transuretral.	" "	2973
27	Ninguna	Ninguna	" "	3044
28	"	"	" "	3190
29	"	2 meses después Rayos X de pelvis reveló metastasis al púbis. 5 meses después se le practica cordotomía por dolores pelvianos intratables. Sin embargo la micción es normal.	Hipertrofia adeno-fibromatosa con prostatitis crónica.	3163
30	Fiebre intermitente hasta 38º C. primeros 6 días.	Ninguna	Adenoma prostático con prostatitis sub-aguda.	3364

Nº de Caso	NOMBRE	EDAD	DOMICILIO	Nº DE REGISTRO	FECHA DE		ESTANCIA POST OPERATORIA	RAZA	OFICIO	DIETA
					ALTA O INGRESO	FALLECIMIENTO				
1	G.Ch.S.	80 a.	Urbano	44450	10/IX/54	Falleció 4/X/54	4 días	Mestiza	Jornal.	Pobre
2	F.M.G.	73 a.	"	45091	6/X/54	24/X/54	11 días	"	"	"
3	J.F.F.	70 a.	"	45110	"	31/X/54	9 días	"	"	"
4	L.M.R.	75 a.	Rural	45258	11/X/54	7/I/55	9 días	"	"	"
5	L.M.A.	73 a.	"	23117	23/XII/54	20/I/55	10 días	Italiana	Comerc.	Reg.
6	M.de J.A.	62 a.	"	17846	7/III/55	14/IV/55	16 días	Mestiza	Jornal.	Pobre
7	P.L.A.	75 a.	"	50756	29/IV/55	Falleció 4/V/55	1 día	"	"	"
8	F.H.R.	80 a.	Urbano	51107	14/V/55	12/VI/55	12 días	"	"	"
9	M.U.L.	90 a.	Rural	51126	15/V/55	29/VI/55	19 días	"	"	"
10	E.G.R.	54 a.	"	52039	26/VI/55	10/VII/55	9 días	"	"	"
11	T.C.D.	60 a.	"	52159	1/VII/55	17/VII/55	9 días	"	"	"
12	A.R.F.	72 a.	Urbano	37584	3/VII/55	22/VII/55	11 días	"	"	"
13	M.M.Ch.	72 a.	"	51939	21/VII/55	31/VII/55	19 días	"	"	"
14	I.V.V.	66 a.	"	52346	11/VII/55	5/VII/55	10 días	"	"	"
15	R.R.R.	68 a.	Rural	52349	11/VII/55	31/VII/55	11 días	"	"	"
16	E.P.C.	65 a.	"	22214	8/VIII/55	28/VIII/55	9 días	"	"	"
17	J.de Ch.C.	68 a.	Urbano	53260	16/VII/55	2/IX/55	8 días	"	"	"
18	A.F.O.	60 a.	Rural	53304	18/VIII/55	31/VIII/55	7 días	"	"	"
19	J.B.M.	62 a.	Urbano	53249	16/VIII/55	1/IX/55	9 días	"	"	"

FECHA DE
ALTA O

FECHA DE
INGRESO

ESTANCIA POST
OPERATORIA RAZA

Nº de CASO	NOMBRE	EDAD	DOMICILIO	Nº REGIST.	INGRESO	FALLECIMIENTO	7 días	Mestiza	OFICIO	DIETA
20	L.H.P.	59 a.	Rural	54907	18/X/55	28/X/55	7 días	Mestiza	Jornalero	Pobre
21	A.T.J.	61 a.	"	54723	11/X/55	13/XI/55	9 días	"	"	"
22	N.R.Z.	65 a.	"	55192	27/X/55	30/XI/55	20 días	"	"	"
23	G.R.M.	75 a.	"	46365	25XI/55	18/XII/55	15 días	"	Empleado	leg.
24	R.D.C.	64 a.	Urbano	56627	5/XII/55	23/XII/55	11 días	"	"	"
25	S.T.G.	69 a.	Rural	57985	20/I/56	10/XI/56	8 días	"	Jornalero	Pobre
26	W.P.M.	82 a.	"	58365	31/XI/56	28/III/56	18 días	"	"	"
27	V.M.V.	51 a.	"	58969	24/I/56	15/III/56	7 días	"	"	"
28	C.A.	71 a.	"	60627	26/IV/56	13/V/56	10 días	"	"	"
29	E.G.	63 a.	"	59792	20/IV/56	Todavía está	--	"	Sacerdote	Reg.
30	R.B.S.	72 a.	"	61931	20/VI/56	8/VII/56	10 días	"	Jornalero	Pobre

DATOS GENERALES DE LOS CASOS

EXAMENES DE LABORATORIO

V.D.R.L.	HEMOGRAMA	PROTEINAS SANGUINEAS	CUERPOS NI-TROGENADOS	FCSFATASA ACTIVA Y ALCALINA	GLICEMIA	T.SANGRAMIENTO Y COAGULACION	EXAMEN DE ORINA	E.C.G.	RAYOS X	CISTOSCOPIA
1) Posit	-	-	Urea 50 mlg	-	105mlg.	-	Alb.+++ G.R.+++	-	-	-
2) Neg.	Hgb. 12.5 Emp. 43	-	Urea 28mlg.	-	85mlg.	-	Neg.	-	-	-
3) Posit	Hgb. 12.5 Emp. 44	-	Urea 28mlg.	-	92mlg.	-	G.B.+++	-	-	-
4) Neg.	Hgb. 11 Emp. 37	-	Urea 16mlg. N.N.P. 42	-	100mlg.	-	Alb.+++ G.B.++	-	-	-
5) "	"	-	Urea 24mlg.	-	120mlg.	-	Neg.	-	-	-
6) "	Hgb. 11.5 Emp. 43	-	Urea 35 " N.N.P. 42"	-	97 "	-	-	-	-	-
7) "	Hgb. 12 Emp. 42	-	Urea 25 "	-	90 "	5.5 mts. C.S. 1.5	Alb.+++ G.K.+++	-	-	-
8) "	Hgb. 9.5 Emp. 35	-	Urea 21 "	-	118 "	-	G.R.+++ G.E.+++	-	-	-
9) "	Hgb. 13.5 Emp. 44	P.T. 6.30 S.A. 3.55 S.G. 2.75	Urea 21 "	-	98 "	3.3 mts. C:5 " Prot. 1.6 sg	Alb.+++ G.R.+++ G.B.+++	-	-	-
10) "	Hgb. 13 Emp. 42	-	Urea 25 "	F.A.: 4.5 U.B.	100 "	3.2 mts. U:8	Neg.	-	-	-
11) "	Hgb. 11 Emp. 38	-	"	F.A. 1 U.B.	85 "	-	Alb.+++ G.B.+++	-	V. Urinarias Normales	-
12) "	Hgb. 12 Emp. 42	-	Urea 24 "	F.A.: 1.2 U.B.	95 "	-	Alb.+++ G.R.+++	-	-	-
13) "	Hgb. 13 Emp. 44	-	Urea 28 " N.N.P. 30" A. Urico: 4 Creatin.: 1	F.A. 5.6 " F.A. 6.5 "	-	-	Alb.+++ G.B.+++ G.R.+++	Tipo Aórtico Hiper-tensivo.	Espondilolitis- tosis. Neg. a Metástasis en Columna y Pel vis.	-
14) -	Hgb. 12 Emp. 44	P.T. 8 S.A. 4.40 S.G. 3.60	Urea 31 mlg	F.A. 1.1	-	8.2 mts. U:3 mts.	Neg.	-	-	-
15) Neg.	Hgb. 12.5 Emp. 33	-	Urea 25 "	F.A. 3.1 "	95mlg.	-	"	-	-	-
16) "	"	-	"	-	100 "	-	"	-	-	-

EXAMENES DE LABORATORIO

V.D.R.L.	HEMOGRAMA	PROTEINAS SANGUINEAS	CUERPOS NITROGENADOS	ATASA ACIDA Y ALKALINA	GLICEMIA	T. SANGRAMIENTO Y COAGULAC.	EXAMEN DE ORINA	E.C.G.	RAYOS X	CISTOSCOPIA
17) Neg.	Hgb. 12 Emp. 43	-	Urea: 28mlg.	F.A. 3.4 U.B.	93mlg.	-	Neg.	-	-	-
18) "	Hgb. 11 Emp. 40	-	NMP: 49 mlg. Urea: 42 "	F.A. 1.5 "	-	S: 2 mts. C: 6 "	"	-	-	-
19) "	Hgb. 13 Emp. 38	-	Urea: 41	" 1.7 "	70 "	-	Alb. +++ G.R. +++	-	-	-
20) "	Hgb. 10 Emp. 34	-	Urea: 27	F.A. 3.9 U.B.	100 "	S: 2 mts. C: 8 " Prot. 16sg	-	-	-	-
22) "	Hgb. 12 Emp. 45	-	Urea: 26mlg.	F.A. 2.15 "	89 "	-	Neg.	-	-	-
23) Post. dévil	Hgb. 11.5 Emp. 40	-	Urea: 28 " NMP: 33.3 "	F.A. 2.1 "	-	-	"	-	Tórax Neg, Pelvis y Columna V. Negativos.	-
24) -	Hgb. 13.5 Emp. 44	-	Urea: 63 "	F.A. 1.4 "	130 "	-	-	-	-	-
25) Neg.	Hgb. 14 Emp. 46	-	Urea: 37 " NMP: 45 "	F.A. 7.8 "	-	-	Alb. + G.B. + G.R. +++	-	C.V. Espondilolistesis Pelvis Neg.	-
26) -	Hgb. 11 Emp. 40	-	Urea: 40 "	-	80mlg.	S: 2 mts. C: 6 "	-	-	-	-
27) Neg.	Hgb. 12 Emp. 41	-	Urea: 36 "	F.A. 2.1 " F.A. 1.2 "	108 "	-	Alb. + G.R. +	-	-	-
28) -	Hgb. 11.2 Emp. 40	-	Urea: 43 " NMP: 48 "	F.A. 1.6 "	119 "	-	-	Cardiop. Coronaria	-	-
29) Post. dévil	Hgb. 12 Emp. 41	P.T. 6.5gr S.A. 3.55" S.G. 2.75"	Urea: 44 " NMP: 58 " A. Urico: 4.5	F.A. 1.8 "	84 "	S: 2 mts. C: 5 " Prot. 2Csg	-	-	-	-
30) Neg.	Hgb. 11 Emp. 39	-	Urea 50mlg. Dep. Ureica 15% Normal	F.A. 1.3.6 "	104 "	-	Alb. ++ G.B. +++ G.R. +	-	-	-

Abreviaturas: Hgb.: Hemoglobina, Emp.: Empacados, F.A., Fosfatasa ácida, F.A.I.: Fosfatasa alcalina, S. Sangramiento, C. Coagulación, P.T.: Proteínas totales, S.A.: Sero albúminas, S.G.: Sero globulinas.

Nº CASO	SINTOMAS	SIGNOS	TECNICA QUIRURGICA	TIEMPO EN RETIRAR DRENAJE URETRAL	TIEMPO EN RE TIRAR SONDA URETRAL	TIEMPO DE EVOLUCION ENFERMEDAD
1	Retencionista.	Hipertrofia difusa de la Próstata Hay globo vesical.	Técnica de T. Millin con prentes. Incisión de cápsula transversal, sangró mucho.	2º día	-	4 años
2	Nicturia hace 4 meses Ingresa con retención urinaria.	" " Próstataquistica.	"	2º día	4º día	4 meses
3	Retencionista. Nicturia, Chorro delgado con esfuerzo.	Próstata ligeramente aumentada de tamaño, globo vesical.	"	2º día	"	1 año
4	Retencionista. Orina por rebosamiento Chorro débil, goteo.	Próstata aumentada de tamaño difusamente.	"	"	"	2 años
5	Retencionista. Chorro delgado, otras veces goteo y esfuerzo	"	"	"	7º día	"
6	Retencionista. Orina por rebosamiento por gotas y esfuerzo.	Próstata aumentada de tamaño a expensas del lóbulo medio.	"	"	5º día	4 años
7	Retencionista. Chorro delgado y sin fuerza, hace esfuerzos	Próstata grandemente aumentada de tamaño	"	-	-	"
8	No hay Historia Clínica	Hipertrofia difusa de la Próstata. Hay globo vesical.	"	2º día	8º día	-
9	Nicturia. Chorro delgado y sin fuerza esfuerzos ocasionales	Próstata aumentada de tamaño, dura.	"	"	5º día	1 año
10	Retencionista. Orina con esfuerzo Chorro delgado	Próstata aumentada de tamaño. No nodular.	"	"	4º día	"
11	Chorro normal pero súbitamente se cañiza.	Próstata aumentada de tamaño, blanda, dolorosa.	"	"	5º día	"
12	Retencionista.	"	"	"	4º día	1 l=2 años
13	Poliuria con disuria. Nicturia, Chorro débil	Próstata grande, dura no dolorosa.	"	"	8º día	3 meses.
14	Disuria y polaquiuria.	Próstata grande. Blanda.	"	"	7º día	1 año

Nº	SINTOMAS	SIGNOS FISICOS	TECNICA QUIRURGICA	TIEMPO EN RETIRAR DRENO	TIEMPO EN RETIRAR DRENO	TIEMPO EN RETIRAR DRENO
15	Disuria y polaquiuria	Próstata grande y dolorosa.	T. de T. Millin con ligadura de deferentes, insición de cápsula transversa	2º día	5º día	1 año.
16	" y hematuria	Próstata grande blanda.	"	"	"	"
17	Poliuria, nicturia, chorro delgado.	Hipertrofia prostática de ambos lóbulos.	"	"	4º día	2 años
18	"	"	"	"	"	1 año
19	Retenciónista, chorro delgado.	Próstata dura aumentada el lóbulo medio.	"	"	6º día	1 1/2 años
20	"	"	"	"	4º día	1 año
21	Retenciónista, nicturia, poliuria, chorro delgado.	Próstata ligeramente aumentada, dura, no dolorosa	Insición de cápsula longitudinal. Sangro poco.	"	5º día	"
22	Retenciónista, chorro delgado, por gotas.	Próstata pequeña, dura nodulosa.	"	"	"	3 meses
23	Retenciónista, poliuria, chorro delgado y farrisa del chorro	Próstata aumentada de tamaño en ambos lóbulos.	T. de T. Millin con insición transversal de la cápsula, sangro.	"	"	2 años
24	Retenciónista, chorro débil	Próstata aumentado su lóbulo medio.	"	"	"	1 año
25	Polaquiuria, chorro débil y delgado.	Próstata grande.	Insición vertical.	"	8º día	8 meses
26	No hay Historia.	"	"	"	10 días.	"
27	Polaquiuria al principio, luego retenciónista.	Próstata aumentada difusamente de tamaño.	"	"	5º día	2 años
28	Retenciónista, chorro delgado con esfuerzo	Próstata aumentada de tamaño a expensas de ambos lóbulos.	T. de T. Millin con insición transversal de la cápsula sangrando poco.	"	7º día	1 año
29	"	"	"	"	52 día	1 1/2 años
30	Disuria, polaquiuria y nicturia, luego retenciónista, orina por rebaliso.	Próstata grandemente aumentada de tamaño, nodulosa, elástica.	"	"	4º día	8 meses

Nº Caso	COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS TEMPRANAS.	COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS TARDIAS	REPORTE HISTOPATOLOGICO	Nº de Registro Agación Patológica
1	Falleció al 4º día	-	ADENOMA Prostático	1922
2	Fiebre continua menor de 38º C. durante los primeros 5 días.	Ninguna	Adenoma quístico prostático.	1936
3	"	"	Adenoma Prostático.	1951
4	Fiebre intermitente de 38º C. durante 6 días.	Un año después tromboflebitis de pierna izq. y adenopatías inguinales y cervicales que no se clasificaron. Micción normal.	"	1999
5	Fiebre intermitente de 38º C. durante tres días.	Ninguna	"	2051
6	"	"	Hipertrofia adenomatosa de la Próstata en comienzo de malignización y prostatitis crónica.	2162
7	Murió el mismo día de la Op. Catelog. como Shock Quirúrgico	-	Hipertrofia adenomatosa de Próstata con prostatitis crónica.	2243
8	Fiebre continua menor de 38º C. durante tres días.	Ninguna	"	2295
9	Afebril. Hizo fistula urinaria por herida abdominal, la cual curó al 15º día. Se tuvo que poner durante 3 días mas la sonda uretral.	Murió un año después de la operación probablemente por metástasis cancerosas. (No regresó al Hospital.	Adenocarcinoma prostático desarrollado sobre adenoma de la misma.	2303
10	Ninguna	Ninguna	Hipertr. adenomatosa de Próstata	2386
11	Fiebre continua de menos de 38º C. los 3 primeros días.	"	"	2415
12	"	"	Prostatitis crónica agudizada.	2421
13	"	"	Fibromioma con hiperplasia glandular de la Próstata.	2426
14	Febril durante 8 días. Orina sanguinolenta al extraer sonda	"	Hipertrofia prostática con Prostatitis supurada.	2440
15	"	"	Hipertrofia adenomatosa de Próstata con prostatitis crónica.	2441
16	Ninguna	Un año después viene por tumoración vesical que el radiólogo cree ser maligna. Se le dió de alta sin comprobarla. Micción normal.	"	2473
17	"	Ninguna	"	2516

10) TIEMPO EN RETIRAR DRENAJE.

El drenaje que se puso en el espacio pre-vesical se retiró a través de la pared abdominal anterior al segundo día en todos los casos, esta retirada temprana de dicho drenaje hace menos probable la formación de fístula urinaria a través de la herida abdominal.

11) TIEMPO EN RETIRAR LA SONDA URETRAL

El promedio fué el quinto día del post-operatorio, no teniendo más que en dos ocasiones que volverla a poner durante cinco y tres días respectivamente por fístula urinaria a la pared abdominal y por incontinencia urinaria.

12) TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

El 59.4 % de los casos la evolución sintomática se remontaba a un año; en el 26.4 % la historia fué de dos años y en el 9.9 % la evolución llegó hasta los 4 años. Se deduce de esto que los síntomas, obligan a los pacientes aceptar tempranamente la intervención quirúrgica, en comparación con otras dolencias crónicas en nuestro medio.

13) EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMENES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
V/D/R/L/	24	80.2 %
Post. 4		
Neg. 20		
Hemograma	28	93.4 %
Proteínas Sanguíneas	3	9.9 %
Cuerpos Nitrogenados	29	96.7 %
Fosfatasa Ácida	16	52.8 %
Fosfatasa Alcalina	4	13.2 %
Glicorina	24	79.2 %
T. de Sangramiento y Coagulación	8	26.4 %
T. de Protrombina	3	9.9 %
Examen de Orina	23	75.9 %
E.C.C.	2	6.6 %
Rayos X	5	16.5 %
Cistoscopia	0	0 %

Como puede apreciarse ha habido una gran deficiencia en cuanto a exámenes complementarios se refiere; pues exámenes tan importantes como la Cistoscopia no se practicó en ningún caso; E.C.C. que es tan necesario antes de una intervención quirúrgica, máxime en pacientes de edad tan avanzada, sólo se practicó en dos casos los cuales se reportaron con

practicó una resección transuretral de la estrechez, la cual sin ninguna duda estaba localizada en el labio posterior del cuello de la vejiga, el cual fué incompletamente resecado.

La hematuria que se presentó a los 10 días después del alta del Hospital no se pudo localizar la causa y curó sin tratamiento específico. Se controló dos meses después al paciente y su micción estaba normal.

Como puede notarse sólo un caso tuvo dificultades o complicaciones desde el punto de vista mecánico de la micción. Sin embargo he tenido noticias de varios casos que han llegado al Hospital Rosales con estrechez uretral uncas, otros con fístulas urinarias a la pared abdominal anterior, estos casos no son de los incluidos en este trabajo, pero son relativamente pocos y más bien concuerdan con la estadística de esta revisión, pues no olvidemos que durante el período de Julio de 1954 a Junio de 1956 inclusive, se practicaron 119 prostatectomías retropúbicas.

16). MORTALIDAD OPERATORIA

Sólo dos casos fallecieron, uno el mismo día de la operación y el otro al cuarto día. El primero se clasificó como causa de la muerte, el Shock operatorio y el segundo como paro cardíaco de etiología por determinar; a ninguno se le practicó la Autopsia.

La mortalidad post-operatoria fué pues de 6.6 %. Nelson de Seattle, Washington, reporta sobre 250 casos de prostatectomía retropúbica, una mortalidad de 2.1 %.

17). REPORTE ANATOMOPATOLOGICO

El 92.4% de los casos fué contestado como hipertrofia fibromatosa y adenoma prostático con prostatitis crónica sobre agregada. Un caso se reportó con prostatitis supurada sobre agregada a la hipertrofia, lo cual no ocurrió sobre el post-operación de este enfermo.

Hay que tener en cuenta que el diagnóstico pre-operatorio era de adenoma, en todos los casos con excepción de uno en que se confirmó la hipertrofia, pero resultó ser hipertrofia adenoma-

tosa.

Este reporte también tuvo sus deficiencias: a) En primer lugar no se pesó ninguna de las piezas operatorias, lo cual es una falta, pues no se puede valorar anatómicamente una hipertrofia, si no es por el aumento de peso. b) En este Gabinete no se acostumbra hacer cortes seriados de estas piezas, lo cual puede dar lugar a omitir el diagnóstico de un carcinoma sobrecargado; se hicieron dos diagnósticos de adenocarcinomas sobrecargados al adenoma; uno confirmado y el otro como "en vías de malignización", de estos dos, uno murió probablemente por metástasis, pues según los familiares, murió enflaquecido y con dolores pélvicos, este fue el caso confirmado.

El otro caso un año después de la operación se controló tomándole radiografías de columna y pelvis y no se encontró evidencia de metástasis óseas. Este último caso no se diagnosticó histológicamente, ya sea porque no se hizo cortes seriados a la pieza operatoria o más probablemente porque el cirujano dejó tejido neoplásico en la cápsula; así pues queda la duda.

18) ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES

Fueron controlados 27 casos, unos por el personal médico del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, otros por los médicos que los operaron en el pensionado de dicho Hospital y finalmente el resto por mí. Para controlar estos últimos recurrí a los comisionados cantonales quienes me prestaron la colaboración necesaria. Actualmente estos veintisiete casos están en buenas condiciones desde el punto de vista mecánica de la micción, aquí está incluido también el que se le practicó la resección transuretral en el Hospital Rosales, de su estrechez.

De los tres que no pude controlar uno de ellos, según los familiares, murió muy delgado y con dolores pélvicos, por lo que me hace pensar que murió de metástasis del carcinoma prostático que se le diagnosticó por el reporte Histopatológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Urology.- Eisendroth and Rolnick. Fourth Edition.
- 2) Cáncer.- Regato Ackerman.
- 3) Human Patology.- Karsner. 7 th. Edition.
- 4) Patology.. Anderson.
- 5) Anatomía Patológica.. Allan Moore.
- 6) Anatomía Patológica. Costero.
- 7) Patology of tumors. R.A. Willis.
- 8) Surgical Pathology.. Boyd.
- 9) Clinical Urology. Lowsley & Kirwin.
- 10) Cirugía retro-púbica. Terence Millin. 1947.
- 11) Modern Surgical Technic.. Tomo 4 Second Edition. Max Thorck
- 12) Resección transuretral.. A y E. Peña. J. Morata Edit.
- 13) Urología.. M.F. Campbell 1954.
- 14) Urología Esencial.. F.H. Colbi Segunda Edición 1953.
- 15) América Clínica. Vol XXVIII Núm. 6 Junio de 1956. "Indicaciones y resultados de la prostatectomía retropúbica" O.A. Nelson Seattle, Washington.
- 16) Textbook of Surgery. F. Christopher's. Sixth Edition. 1956.
- 17) The practice of Urology. H. C, Rolnick. 1949.