UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Resección Transuretral de la Próstata

(Algo de lo realizado en Guatemala en esta rama de la Cirugía)

TESIS

presentada a la

JUNTA DIRECTIVA

de la

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

por

FLAVIANO VELASQUEZ ANDRADE

Ex-interno de los Hospitales de Guatemala:
Hospital Militar Central, Hospital General, Hospital San José,
y Asilo de Alienados.

En el acto de su investidura

de

MEDICO Y CIRUJANO

CUATEMALA, JULIO DE 1946

Introducción

El trabajo que me he permitido presentar comprende: el nuevo método endoscópico para tratar el adenoma de la próstata, así como numerosas afecciones del cuello vesical.

He creído interesante recopilar en este trabajo la experiencia del Dr. Ortega, quien introdujo en el año de 1941, esta nueva técnica a nuestro país. (Léase la Obs. No. 21, que es una de las primeras efectuadas en el Hospital General), experiencia que constituye la base clínica del trabajo, pues está constituida por más de 200 operaciones trans-uretrales llevadas a cabo en un lapso de cinco años y que comprenden las intervenciones practicadas en el 2o. Servicio de Urología del Hospital General, Hospital Americano y diversas Casas de Salud de esta ciudad. Diferentes obstáculos impidieron que el número de observaciones fuera mayor; entre ellos la falta de un servicio de Urología, que nos privó durante cierto tiempo de casos adecuados para efectuar la operación; en segundo lugar la desconfianza que el nuevo método inspiraba en algunos pacientes y médicos, quienes emitieron comentarios poco favorables, pues se confundía a menudo la Resección con el antiguo y desacreditado método del "Forage" de la Próstata, con el cual no tiene nada que ver.

La guerra creó nuevas dificultades; en efecto siendo los EE. UU. de N. A., los únicos proveedores de equipo y de repuestos, que se deterioran frecuentemente, no podían ser adquiridos, sino después de largas esperas y en cantidades mínimas, lo cual dificultó en ciertos casos la práctica más extensa de dicho método.

El objeto primordial de la tesis es difundir entre nosotros el conocimiento de ciertas manifestaciones próstato-vesicales y su indicación quirúrgica más adecuada, para lo cual dividimos el trabajo en el siguiente plan:

CAPITULO I: DEFINICION.
" II: HISTORIA DEL METODO.
" III: VENTAJAS DE LA RESECCION TRANSURETRAL.
" IV: SELECCION DE LOS CASOS E INDICACIONES.
" V: CUIDADOS PREOPERATORIOS.
" VI: ANESTESIA.
" VII: OPERACION.
" VIII: CUIDADOS POSTOPERATORIOS.
" IX: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.
" X: ANALISIS DE LAS OBSERVACIONES.
" XI: CONCLUSIONES.

CAPITULO I

Definición

La Resección Trans-uretral de la PROSTATA es una operación que consiste en resecar el adenoma prostático u obstáculo próstato vesical, por medio de un aparato llamado RESECTOSCOPIO, que es introducido al través de la uretra.

Preferimos nosotros la denominación: Resección Trans-Uretral o endourefral, a la terminología empleada por ciertos autores de prostatectomía endouretral.

CAPITULO II

Historia del Método

La idea de suprimir o destruir por vía uretral el obstáculo a la evacuación normal de orina, es bastante antigua. Según relaciones que han llegado hasta nuestros días, AMBROSIO PARE (-1,575-), utilizaba una sonda de extremo cortado que llevaba en su interior un botón hemisférico cortante y mobible que permitía según PARE "punzar y aplastar las carnosidades que obstruyen la uretra". Las hemorragias que seguían, según PARE, facilitaban la depleción prostática, (pero provocaban muchas veces la muerte del enfermo).

Más tarde JHON HUNTER, CHAPUT, GUTHRIE (-1,834-), etc., contribuyen con sus estudios al progreso de este procedimiento. Ya a partir del siglo XVIII, se comenzó a tener una idea más precisa del prostatismo basado en estudios anatómicos y anatómo-patológicos. En 1836 MERCIER, presentó su excisor prostático parecido a un litotritor; la rama macho iba provista de la rama cortante, de forma variable, según el modelo. Pero el primer paso en el progreso de la cirugía transuretral, se debe al CIRUJANO ITALIANO BOTTINI que en 1870, tuvo la idea de practicar la operación por medio de un instrumento semejante al de MERCIER, sólo que la rama macho llevaba en su extremidad una lámina de platino manejada por medio de corriente galvánica y con la cual se practicaban las escisiones del cuello vesical.

Según BOTTINI, con este procedimiento se evitaban las dos complicaciones más temidas —la hemorragia y la infección—. La operación de BOTTINI fué completamente abandonada como los anteriores procedimientos debido a sus desastrosos resultados.

La cirugía se encaminó entonces a buscar otra vía, ya fuera perineal o suprapúbica; y los buenos resultados obtenidos con estas técnicas hicieron olvidar la vía transuretral. Unicamente en Francia LUYS valiéndose de su cistoscopio a visión directa y de su electrodo de coagulación, practicaba la destrucción del obstáculo, mediante canalizaciones repetidas. Esto consttiuyó el "forage" de la próstata como se dió en llamarlo. La operación no tuvo éxito, era peligrosa, pues las escaras producidas por la electrocoagulación, al caer producían hemorragias a veces fatales o si nó, se producían infecciones que a la larga tenían el mismo resultado. La persisten-

CAPITULO IV

Selección de los casos e indicación de la Resección Transuretral

Se puede decir que éste es el capítulo más importante en el estudio de la resección transuretral; pues se trata de precisar más o menos correctamente los casos en que es preferible emplear esta vía a la vía suprapúbica o perineal y es tanto más interesante, por cuanto las opiniones varían según los cirujanos; es por esto mismo difícil formarse un juicio personal en medio de tan variados criterios, pues influyen en ellos la práctica y habilidad de cada operador.

En ciertas clínicas como la de Rochester (Hnos. Mayo) el 98% de los casos son operados por vía trans-uretral; de la misma opinión son los eminentes urólogos Alcook, Nesbit y otros, quienes con los perfeccionamientos técnicos actuales y una buena suma de habilidad resecan voluminosos adenomas de 100 grs. y más. Es evidente que la práctica que se va adquiriendo en esta operación permite agrandar el campo de sus indicaciones; pero la opinión más aceptada es que la Resección Transuretral no debe practicarse cuando el volumen de la glándula es demasiado grande.

Las verdaderas indicaciones de la Resección Transuretral y en las cuales la mayoría de los Urólogos están de acuerdo, son las siguientes:

a) Fibrosis del cuello vesical;
b) Barras medianas inflamatorias o congénitas;
c) Lóbulos medios de desarrollo moderado;
d) Lóbulos laterales de volumen mediano;
e) Ciertas enfermedades del cuello vesical de la mujer;
f) Cáncer avanzado, con síntomas de retención;
g) Regularización de cavidades prostáticas después de Prostatectomía Suprapúbica.

Como se vé, en esta enumeración van comprendidos del 80 al 90% de los trastornos prostáticos; por lo cual el campo de la prostatectomía suprapúbica o perineal tiende a reducirse cada vez más. En la selección de la operación se debe ser estricto y no dejarse

influenciar por el enfermo, pues es el cirujano únicamente quien tiene que escoger la vía y ésta no será muchas veces decidida, sino sobre la mesa de operaciones.

Para la selección de la vía operatoria obramos diferentemente según el estado del enfermo; en efecto, varias categorías son a considerar, basándonos siempre en el examen clínico del paciente y en los resultados de los diversos exámenes complementarios que se le practican, entre los cuales citamos: a) Examen de sangre: recuento, fórmula, grupo sanguíneo, coagulación, sangría, úrea, cloruros, glucosa, etc.; b) Urografía, cistografía retrograda, electrocardiograma (si están indicados o son posibles); c) Orina: análisis, frotes, cultivos; d) Tacto rectal; e) Examen cistoscópico, etc.

La interpretación del cuadro cistoscópico es de fundamental valor pues clasifica por sí y dá la indicación quirúrgica más adecuada. Según los datos obtenidos se pueden establecer las categorías siguientes:

PRIMER GRUPO:

ENFERMOS QUE VIENEN A CONSULTAR POR TRASTORNOS DE LA MICCION; presentando una sintomatología de más o menos larga duración: polaquiuria diurna y nocturna, disuria, trastornos sexuales diversos, disminución del alcance o fuerza del chorro, etc. Al examen físico encontramos orinas más o menos claras; al sondeo residuo variable, de 50 grs. a un 1/2 litro de orina, uretra permeable. Al tacto rectal se encuentra una próstata blanda, pastosa, de volumen variable (moderado o grande), de forma regular, sin induraciones; otras veces no se encuentra próstata agrandada y los pacientes sin embargo presentan sintomatología de prostáticos, estos son los llamados "prostáticos sin próstata" y en verdad es que ésta no exista, sino que la hipertrofia se ha desarrollado hacia la uretra o vejiga. El estado general de estos pacientes se ha conservado bueno, en la mayor parte de los casos; no hay fiebre; no hay sensibilidad, ni lesiones renales; no hay trastornos cardíacos graves; los exámenes complementarios: sangre, orina, etc., están dentro de los límites normales o ligeramente modificados.

En estos casos el tacto rectal solo, no debe guiarnos en la vía a seguir será siempre aconsejable la CISTOSCOPIA previa, que debe ser hecha en todos los casos bajo la más estricta asepsia y con anestesia local. Dicho examen puede mostrarnos uno de los tipos de la clasificación siguiente:

1o.—Fibrosis o esclerosis del cuello:

En este caso el cuello vesical, como lo indica el nombre, se encuentra **esclerosado** y por lo tanto habiendo perdido algo de su elasticidad, se aprecia también —según el estado— invasión de la luz de la uretra por un rodete, que al retirar el cistoscopio, no llega a juntar sus labios. (ver fig. No. 1).

3) Resección Tranuretral; en este caso, si los lóbulos laterales son o están muy desarrollados, casi siempre es necesario recurrir a una segunda resección complementaria (ver Obs. No. 22 y 23).

c) En el tipo 5o. Prostatectomía Suprapúbica o perineal.

SEGUNDO GRUPO:

Enfermos que vienen con retención aguda o **retención crónica con distensión** o **sin ella:** En estos casos procedemos a la descompresión vesical, gota a gota si es retención crónica con distensión y más rápidamente en caso de retención aguda, dejando la sonda permanente durante varios días. Durante este tiempo, se hace el estudio clínico del enfermo, se estudia el estado general y local y se prescriben los diversos examenes complementarios que se consideren necesarios úrea, fenol-sulfon-taleina, examen completo de orina, examen de sangre; se observa la curva de temperatura, etc.

El estado local, se investiga mediante el tacto rectal; éste muestra en la mayoría de los casos una próstata de volumen variable, regular, pastosa y blanda.

Este estudio completo nos permitirá ya una indicación en un cierto número de casos, en efecto, algunos enfermos ya sea por su urea, por su infección, por su estado cardíaco, etc., van a necesitar un drenaje prolongado, lo que no será posible obtener con simple sonda permanente; en estos casos procedemos a la cistostomía previa; aprovechando al hacer esta operación, practicar el tacto digital intravesical que nos mostrará la morfología del obstáculo y por lo tanto la indicación para hacer más tarde, ya sea una resección transuretral a vejiga abierta (ver Obs. No. 24) o si convendrá practicar la prostatectomia supra-púbica.

Tenemos un caso en el que el tacto nos indicó una próstata enorme, que después de extirpada pesó 250 gramos, —creemos que ningún Resectoscopista opinaría por atacar semejante tumor por vía trans-uretral.

Si el estado general es bueno (urea baja- fenol-sulfon-taleina normal, etc., y no hay infección, diabetes; etc.) procedemos a la operación en la siguiente forma:

a) Practicamos la exploración endoscópica, **previa a la operación;**

b) Si el caso, según el resultado de dicha exploración, entra en la clasificación citada anteriormente (véase el 1er., 2o. y 3er. tipos), procedemos a la **Resección Transuretral inmediatamente:** esta manera de proceder nos ha dado excelentes resultados, pues en la mayoría de los casos se ha podido hacer dicha resección, con satisfactorios resultados para el paciente;

c) En caso de tumor muy voluminoso —tipo 5o.— cambiamos guantes, se coloca al paciente en posición adecuada para efectuar ya sea una **cistostomía de drenaje o la prostatectomía suprapúbica** de una vez, según el estado del paciente o la práctica del cirujano.

TERCER GRUPO:

Enfermos sumamente infectados, con cistitis crónica o aguda; enfermos que padecen de estrecheces uretrales o en fin en aquellos en los que la radiología haya señalado cálculos vesicales, deben ser tratados por Cistostomía previa y solamente la evolución ulterior podrá indicarnos si conviene más, operar a través de la uretra o proceder a la Suprapúbica.

En la Obs. No. 26, se trataba de un enfermo con un voluminoso cálculo operado ya por neoplasma maligno del recto; a este enfermo se le extrajo el cálculo por vía suprapúbica y más tarde (8 días) se le practicó la Resección con buen éxito.

CUARTO GRUPO:

Enfermos con Cáncer Prostático: DIAGNOSTICADO clínicamente al tacto rectal o comprobado por biopsia. En este grupo de enfermos la Resección está indicada y es aceptada hoy día universalmente cuando el tumor ha producido la obstrucción aguda o crónica con residuo considerable. En nuestras observaciones la Resección fué indicada unas veces por retención aguda, otros por hemorragia y retención crónica (Obs. No. 27). En todos los pacientes de Carcinoma Prostático se hizo un tratamiento ya sea Hormonal o bien se practicó la castración previa o posterior.

CAPITULO V

Cuidados Preoperatorios

Es nuestra opinión para que la Resección Trans-uretral guarde su carácter benigno y para poder obtener los mejores resultados operatorios y post-operatorios, se debe proceder como para una Prostatectomía, teniendo siempre el cuidado de que el examen clínico y los exámenes complementarios sean rigurosos, aun en los casos más benignos.

Los cuidados preoperatorios varían según la condición del enfermo.

A.—Si éstos no presentan infección, ni retención crónica o aguda, si el examen físico muestra un buen estado general y los exámenes del Laboratório confirman esta impresión general, se puede proceder rápidamente a la operación; en la mayoría de estos casos procedemos dejando una sonda permanente de 24 a 48 horas, para ablandar un poco el canal, mientras tanto se les administra sulfatiazol por vía bucal y en algunos casos gluconato de calcio endovenoso. Se le indica al enfermo al mismo tiempo, que debe tomar gran cantidad de líquidos.

B.—Si tanto el examen físico como los exámenes del Laboratorio muestran que se trata de enfermos cardíacos, azohémicos, infectados o distendidos, diabéticos, etc., etc.; dichos enfermos necesitarán una preparación urológica y médica muy cuidadosa que puede necesitar días, semanas y a veces hasta de operaciones en dos tiempos, como veremos más adelante.

AZOHEMICOS: La azohemia puede variar desde 50 centígramos hasta 2 gramos y más. Entre Ogr. 50 y 1 Gramo, la urea cede por lo general después de instalado el drenaje (sonda permanente): usamos para esto una sonda corriente de Nelaton, pero de preferencia sondas de Foley Nos. 18 a 20, conectada a un tubo de hule que desemboca en un recipiente adecuado. El enfermo puede estar durante este período ya sea acostado o sentado en una silla. El tiempo que necesita de la sonda antes de proceder a la operación varía; por lo general será suficiente una semana o12 días para que el enfermo se encuentre en condiciones de ser operado; no se procederá a la operación antes de que el examen sanguineo muestre una urea inferior a 0 gr. 60 y una permeabilidad renal suficiente.

Si los exámenes revelan cifras superiores a un gramo de urea, hemos observado que es preferible la Cistostomía previa, pues la urea en estos casos tarda mucho en llegar a los límites de operabilidad. En nuestra observación **No. 38,** tenemos un caso demostrativo en el cual la urea alcanzaba cifras de 1 gr. 50 a 2 gramos. La Cistostomía fué practicada en dicho caso; y no se logró la reducción de urea sino después de largos meses de drenaje.

Es ventajoso en estos enfermos la inyección repetida de suero glucosado, insulina y sulfato de magnesia 10% endovenoso, con lo que se puede reducir el tiempo empleado en bajar la azohemia a los límites de la normalidad o de operabilidad.

INFECTADOS: La infección constituye un serio problema para la resección transuretral.

Podemos clasificar a los infectados en varios grupos: 1.—Enfermos con buen estado general, sin temperatura, sin trastornos visibles de la orina, pero que muestran leucocitos y bacterias en cantidad más o menos considerable. En estos casos, si el examen general no muestra ninguna repercusión sobre el aparato urogenital superior, se puede administrar sulfatiazol o sulfadiacina, penicilina y además gran cantidad de líquidos por vía oral; mediante este tratamiento hemos visto que la infección cede rápidamente y se puede proceder a la operación. 2.—Enfermos con abundante piuria, orinas fétidas, turbias, a veces sanguinolentas y estado general alterado, sensibilidad renal, reacciones febriles frecuentes; estos enfermos necesitan un tratamiento pre-operatorio largo y cuidadoso. La infección puede ir acompañada de retención crónica y distensión vesical, siendo estos casos los mas graves de todos. (Obs. No. 25).

Por lo general sólo por el estudio detallado de los enfermos podrá decirse si está indicado ponerles sonda permanente, a la cual se añadirá un dispositivo que permita lavar la vejiga varias veces al día o bien, si es necesario, proceder a la Cistostomía previa para lograr la desinfección vesical y regresión de lesiones del árbol urinario superior. Es preciso en estos casos practicar radiografías simples y con contraste endovenoso que muestran en muchas ocasiones la causa de estas piurias masivas y tenaces (cálculos, T. B. C. renales, etc.).

En uno de nuestros casos se trataba de un caso sumamente infectado, por lo que se procedió a la Cistostomía previa para lograr la desinfección vesical, una vez controlado el proceso infeccioso agudo se procedió a la resección; sin embargo, la infección apareció nuevamente y persistió a pesar de todos los tratamientos médicos, hubo que practicar al final la ablación supra-púbica de la prostata, que mostró abscesos múltiples de la glándula misma. (Obs. No. 29).

LOS DISTENDIDOS: Este grupo de enfermos es el que más problemas presenta al Urólogo.

El distendido puede tener orinas claras sin infección; la precaución principal en estos enfermos consistirá en descomprimirlos con sonda permanente, teniendo el máximo cuidado de no llevarles de fuera una infección que puede ser fatal. Siempre procedemos

en estos casos de la manera siguiente: sonda permanente conectada a un tubo de desagüe, al cual le aplicamos unas cuantas gotas de Murphy; al principio contamos unas 20 gotas por minuto y dejamos el drenaje 24 horas en esta forma; si no ha habido hemorragia, al segundo día aumentamos el número de gotas de drenaje, de manera que en dos o tres días, según el estado del enfermo, se pueda dejar la orina correr libremente en el tubo. Durante este tiempo se administrará agua en abundancia y antisépticos urinarios por vía bucal o hipodérmica.

Los distendidos con infección, son los enfermos que presentan el riesgo más grave a la operación; en ellos se debe proceder a la descompresión ya sea primero con sonda permanente y después Cistostomía o bien simplemente sonda permanente. La técnica variará del estudio completo de cada caso; de todas maneras conviene en estos enfermos practicar la ligadura de los deferentes, pues la permanencia pre- y postoperatoria de la sonda uretral provoca en ellos frecuentemente orquiepididimitis supurada.

LA DIABETES: Se encuentra con cierta frecuencia; (Obs. No. 39).

Es conveniente en estos casos un tratamiento pre-operatorio correcto para evitar complicaciones serias; es frecuente en estos enfermos observar, a pesar de resultados operatorios perfectos, ciertos trastornos pesistentes debidos a la diabetes misma, como son: polaquiuria, nicturia, poliuria, etc., etc.

CARDIACOS Y PULMONARES. El examen general debe comprender, como tantas veces hemos repetido, el estudio completo del enfermo, en particular del aparato pulmonar y cardio vascular. Es frecuente observar lesiones de estos órganos, siendo ellos los que a veces causan accidentes postoperatorios. En nuestra serie de operados, el único enfermo que perdimos, fué debido a una crisis de Aortitis Aguda, un mes después de la operación. Es conveniente en estos enfermos practicar un estudio Electro-cardiográfico detenido.

Es muy importante en los enfermos que van a ser operados y que presentan síntomas de infección, Hematurias, Cólicos vesicales o renales, practicar el examen radiológico del árbol urinario completo, pues no es rara la coexistencia de adenoma prostático, con lesiones calculosas vesicales, renales o uretrales. En nuestras observaciones Nos. 33 y 34, ténemos que señalar la presencia de cálculos vesicales; en una de ellas el enfermo sangraba frecuentemente y presentó a la exporación un cálculo vesical y un tumor del Verumontanum, de tamaño de una cereza (Obs. No. 33).

El enfermo ya en condiciones de operación, procedemos por lo general de la manera siguiente:

a) El día anterior a la operación, dieta blanda, abundantes líquidos, por la noche un barbitúrico ligero (nembutal 0,10, etc.), enema evacuador;

b) El día de la operación, enema evacuador, lavado y rasurado regional, ayuno, una hora antes barbitúrico 0.10 cgrs., media hora antes morfina (una ampolla).

CAPITULO VI

Anestesia

Nuestras primeras resecciones transuretrales, se practicaron con anestesia Epidural, pero pronto la abandonamos, pues no presenta ninguna ventaja sobre la anestesia Raquídea baja.

Desde hace mas de 5 años se ha utilizado la anestesia raquídea, casi exclusivamente sin tener que lamentar ningún accidente (Procaína: de 0.07 a 0.10 centigramos).

Cuando por una causa prevista o imprevista o por fracaso de la Raquianestesia haya que proceder a otra, se ha recurrido a la anestesia general por inhalación (éter) o en otros casos a la anestesia Endovenosa (pentotal sódico) ha sido una excepción recurrir a estas dos últimas anestesias.

CAPITULO VII

Operación

INSTRUMENTAL: En nuestras operaciones, usamos exclusivamente el Resectoscopio de STERN-MAC CARTHY que es el que emplea la mayoría de Urólogos (fig. No. 6). No tenemos experiencia con el sacabocados de THOMPSON y sus modificaciones, por lo cual no hacemos respecto a dicho instrumento ningún comentario. El aparato de STERN-MAC CARTHY que empleamos generalmente es el No. 28, el cual recibe la corriente eléctrica cortante y coagulante de un aparato BOVIE; siempre que procedemos a una resección colocamos dos Resectoscopios en la mesa, uno No. 24 y otro el No. 28, con sus respectivos lentes. Así podemos operar fácilmente aún en los enfermos que el No. 28 no logra pasar. Además en caso de desperfecto de uno de los instrumentos está el otro que puede servir inmediatamente. El agua la recibimos de un amplio recipiente colocado a poca altura, para evitar una presión que pudiera romper la vejiga distendida.

Siempre usamos el lente de ángulo recto para un examen completo, antes y después de la reseceión. Es indispensable tener a mano un buen evacuador MAC CARTHY o mejor aún, el evacuador de ELLIK para vaciar la vejiga de los fragmentos de tejido prostático resecado. Es indispensable tener varias sondas de hule rojo acodado en su extremidad y de varios ojos, lo mismo que varias sondas tipo Foley para colocar inmediatamente terminada la operación.

CUIDADO DURANTE LA OPERACION: generalmente usamos Raquianestesia; por consiguiente es muy importante que la presión arterial sea vigilada constantemente, sobre todo al terminar la operación, pues si dicha presión se mantiene baja puede el enfermo no sangrar en ese momento y presentar una hemorragia fuerte al restablecer el nivel tensional.

Es importante vigilar el agua, pues bajo ningún concepto debe ésta de faltar en el recipiente, pues se corre el riesgo de quemar el aparato o lesionar la vejiga. La temperatura de dicha agua nunca debe ser muy elevada, ni llevar soluciones que impedirían al aparato de cortar. Durante la operación, el ayudante tratará de recoger el agua que se evacúa después de los cortes y que con-

tiene los fragmentos resecados, para vaciarlo sobre una cubeta cubierta de un colador donde los fragmentos se van depositando para poder pesarlos y enviarlos a examen anatomo-patológico al terminar la operación. Es conveniente durante la operación evacuar el agua después de cierto número de cortes, para evitar distender la vejiga e impedir al mismo tiempo la acumulación de gases producidos por la corriente eléctrica al cortar. La evacuación de los fragmentos que caen en la vejiga, se hará cada cierto tiempo por medio de los evacuadores de MAC CARTHY o ELLIK. El tiempo de duración de la operación, no debe por lo general durar más de una hora, pues la pérdida de sangre y el traumatismo pueden provocar un Shok operatorio grave.

La cantidad a resecar varía según el volumen del obstáculo. En nuestras observaciones la menor cantidad resecada ha sido de 3 gramos y la mayor de 65 gramos. (La figura No. 7 representa una pelota de golf en comparación con 45 gr. de tej. prostático resecado en una operación).

Antes de terminar la operación es muy importante practicar una revisión meticulosa, con el dedo introducido en el recto, para evitar que un lóbulo oculto hacia atrás, no sea resecado. En una de nuestras primeras resecciones, olvidamos este detalle y el enfermo tuvo un postoperatorio doloroso y hemorrágico, lo que obligó a una prostatectomía Supra-pubica, que nos mostró un lóbulo medio pediculado y completamente inclinado hacia atrás. Desde que seguimos la técnica antes enunciada, nunca hemos tenido un caso análogo (Obs. No. 28).

Es muy importante que al terminar la operación, la orina salga apenas teñida; la hemóstasis con coagulación debe de tomar todo el tiempo que sea necesario, pues de lo contrario, la sonda permanente se obliterará rápidamente, sobreviniendo complicaciones precoces.

Una vez terminada la operación se introduce una sonda de Foley gruesa y se procede a lavar la vejiga varias veces, una vez comprobado su funcionamiento y que el líquido sale poco hemorrágico, se traslada el enfermo a su cama, instalándose inmediatamente la irrigación continua con una solución boricada.

CAPITULO VIII

Cuidados Post-operatorios

A.—CUIDADOS POST-OPERATORIOS INMEDIATOS:
(24 primeras horas):

El éxito de la resección transuretral, depende en gran parte de los cuidados suministrados al enfermo durante este período crítico.

Se comprende la importancia capital de los cuidados durante este período, que deben de tener como objetivo principal, los siguientes puntos:

1o.—**Evitar la hemorragia:** esto se lográ manteniendo la sonda permanente destapada y haciendo pasar por ella un lavado de la solución boricada, cada quince minutos las seis primeras horas y cada media hora, las horas restantes. A pesar de todas estas precauciones, no es raro observar la obturación de la sonda por coágulos. Es súmamente importante proceder inmediatamente a destaparla con jeringas tipo GUYON o jeringas BECKTON DICKINSON; y si esto no se lograra hay que proceder inmediatamente a cambiar la sonda y colocar una nueva, que funcione normalmente.

2o.—**Evitar la Infección:** Los lavados antisépticos y la administración de sulfas y de penicilina, evitaran dicha complicación en la mayoría de los casos.

3o.—**Sostener el estado general:** Tratándose por lo general de enfermos de edad avanzada, cardíacos, a menudo anémicos, etc., el estado general del enfermo debe de ser objeto de preocupación y atención constante. La presión arterial debe de mantenerse a niveles normales, ya sea administrando sueros, plasma o transfusión si el caso lo requiere.

B.—CUIDADOS POSTOPERATORIOS:
(después de las 24 horas):

Una vez pasadas las primeras 24 horas, el enfermo se encuentra ya recuperado del traumatismo operatorio. Si el postoperatorio es normal, se forzará al enfermo a tomar abundantes líquidos; se continuará la administración de sulfas y se repetirán los

lavados vesicales continuos, cada media hora o cada hora, según el aspecto hemorrágico de las orinas. Es conveniente levantar a los enfermos precozmente, con ello se evitan las complicaciones pulmonares y los trastornos venosos, (Embolias, Flebitis, etc.); es costumbre nuestra, levantar a los enfermos, si no hay algún incidente el 2o. o 3er. día. En caso de enfermos cardíacos o con tendencia a sangrar, preferimos esperar más tiempo. El segundo o tercer día, es conveniente administrar un enema evacuador, a repetir si es necesario al siguiente día. La dieta será a partir del tercer día, blanda, con abundantes líquidos; jugos de frutas, leche, etc.

Si las orinas están claras y no hay temperatura, acostumbramos retirar la sonda al quinto día: antes de retirarla, inyectamos en la cavidad vesical una solución de nitrato de plata al 1 x 1000 y retiramos la sonda hasta que el enfermo ya no pueda retener más solución. Si el resultado es satisfactorio, el enfermo orina inmediatamente; el chorro debe de salir fuerte y grueso, lavando la uretra. En caso de operación incompleta, el enfermo no puede evacuar la solución inyectada en la vejiga; en estos casos, antes de proceder a una nueva resección, conviene reinstalar la sonda unos días más y repetir la misma maniobra, en ciertos casos se trata solamente de reacción inflamatoria local que cede en pocos días, de lo contrario habrá que proceder rápidamente a una nueva resección. En nuestras observaciones Nos. 22, 23, tenemos ejemplos de ambas condiciones.

C— CUIDADOS POSTOPERATORIOS TARDIOS

El enfermo que ha sufrido una resección prostática deberá ser observado de tiempo en tiempo. Conviene pasar una vez al año, por lo menos, una sonda metálica para evitar una estrechez. Las orinas serán examinadas a intervalos de tiempo variable, según el estado del paciente para despistar toda infección latente.

Es frecuente observar después de la resección, las orinas ligeramente turbias durante uno o dos meses; la infección cederá rápidamente si la operación ha sido bien ejecutada y la vejiga se vacía completamente, es suficiente administrar antisépticos urinarios (sulfas, urotropina, etc.) para ver como se aclaran las orinas. Si persisten los síntomas infecciosos o si existiere dolor frecuente al orinar o en fin si aparecen emisiones sanguinolentas, es necesario practicar una CISTOSCOPIA que mostrará la causa de tales trastornos y en caso de no encontrar nada vesical, se impone un examen completo del árbol urinario; pues a veces una infección vesical persistente es debida a un cálculo, a una mal formación ureteral, pélvica o renal o bien a una tuberculosis renal, etc., y que sólo mediante dicho examen pueden ser diagnosticados.

CAPITULO IX

Complicaciones Post-operatorias

Las más importantes y las que se observan con mayor frecuencia, son las siguientes: Hemorragias, Infecciones, Embolias, Incontinencia, Trastornos de la micción.

Complicaciones menos frecuentes: Estrecheces uretrales, Recidivas, Infecciones persistentes, Degeneración cancerosa.

HEMORRAGIAS:

Estas constituyen una de las complicaciones más frecuentes de la Resección Trans-uretral; y pueden ser precoces, secundarias o tardías.

a) Las hemorragias precoces se observan por lo general en la tarde misma de la operación o durante la noche. El agua del lavado sale teñida fuertemente de rojo, la sonda tiene tendencia a obstruirse fácilmente. Si la hemorragia no es muy abundante y la sonda funciona bien pueden ensayarse los lavados calientes con soluciones hemostáticas y los coagulantes por la vía parenteral, pero si la hemorragia persiste o bien si esta obstruye rápidamente la sonda, es peligroso esperar; lo que conviene es reintroducir el Resectoscopio bajo anestesia e ir a coagular los puntos que sangran; sin embargo, si no fuera posible por una u otra causa practicar la hemostasis por esta vía, conviene practicar de urgencia una Cistostomía Suprapúbica y efectuar un taponamiento del cuello vesical; es difícil que dicho taponamiento sea eficaz, por lo cual algunos autores prefieren practicar la Prostatectomía de Urgencia;

b) Las hemorragias secundarias, son de observación frecuente y sobrevienen por lo general del 8o. al 12o. día y casi siempre consecutivas a la caída de escaras de coagulación; y es por esta razón que durante la operación conviene no usar mucho de ella. Es muy importante cortar bien y no cagular a ciegas, sino bajo el control visual y únicamente circunscribirse al vaso o los vasos que sangren. La proporción en que se observan estas hemorragias es diversamente apreciada por diferentes cirujanos, la estadística oscila entre 1 a 3 por cada 10 enfermos.

Es evidente que hay una relación estrecha entre la cantidad resecada y la aparición más o menos frecuente de las hemorragias; nuestra impresión es que a partir de 35 a 40 gramos son más frecuentes.

El tratamiento de estas hemorragias consiste en lo siguiente: colocación de sonda permanente, lavados vesicales con solución de nitrato de plata o antipirina, coagulantes generales y transfusiones en caso de necesidad, etc.; por lo general en 1 o 2 días todo se arregla, algunas veces hay que proceder a evacuar coágulos; excepcionalmente hay que reintroducir el Resectoscopio y coagular;

c) Las hemorragias tardías se ven muy raramente, de 20 días a un mes después de la operación. En nuestra práctica la hemorragia más violenta la observamos un mes después (véase Obs. No. 40), y hubo necesidad de evacuar la vejiga llena de coágulos, mediante la reintroducción del resectoscopio se procedió a regularizar con unos cuantos cortes más, las zonas de aspecto dudoso; el resultado obtenido fué satisfactorio.

En resumen: las hemorragias tanto precoces como secundarias y tardías, constituyen uno de los más grandes escollos en la resección trans-uretral. Ciertas medidas pueden hasta cierto punto prevenirlas, tales como: a) examen de sangre (principalmente tiempo de coagulación y sangría) y la administración de substancias que la normalicen si se encuentra alterada; b) cortes netos y regulares; c) vigilancia de la presión al terminar la operación y en caso de hipotensión arterial, normalizarla; d) uso de substancias hemostáticas locales, cuyo valor es diversamente apreciado; e) sonda permanente, previa a la operación, durante algunos días en caso de congestión prostática, por retención aguda o infección; f) uso de sondas tipo Foley.

En nuestra opinión existen ciertos factores que pueden favorecer la aparición de homerragias secundarias y ellos son: a) persistencia de la infección; b) coitos prematuros o eyaculaciones frecuentes; c) administración de urotropina, es por esto que actualmente nunca la administramos durante el primer mes que sigue a la operación.

B.—INFECCION POST OPERATORIA:

Después de una resección es corriente observar una elevación de la temperatura de uno a varios grados y que cede generalmente a la administración de sulfas o penicilina y abundantes líquidos. En otras ocasiones la fiebre no tiene tendencia a bajar sino después de un purgante y dieta líquida abundante. Es de observación frecuente que el estado general no se altera y que los fenómenos infecciosos cedan después de corto tratamiento; sin embargo, pueden ocurrir serios trastornos de infección urinaria con repercusión sobre el estado general y que necesitan un tratamiento prolongado y enérgico; en nuestra serie de operados, excepcionalmente hemos observado infecciones de tipo severo, pero ciertos cirujanos señalan casos en los cuales ha habido necesidad de practicar un drenaje suprapúbico para controlar la infección.

C.—FLEBITIS Y EMBOLIAS:

Una de las complicaciones menos frecuentes, este es un punto de vista en el cual todos los cirujanos están de acuerdo. Algunos creen que la aparición pueda deberse a la posición forzada de las piernas durante la operación en sujetos con fragilidad venosa o con várices preexistentes. La observación No. 41 nos muestra el único caso de Flebitis post-operatoria, después de una resección.

D.—INCONTINENCIA:

No es raro observar el primer día que se retira la sonda que el enfermo emita involuntariamente un poco de orina, este trastorno puede ser debido a la permanencia de la sonda o bien a la raquianestesia y cede fácilmente en uno o dos días. Sin embargo la verdadera incontinencia puede manifestarse de manera definitiva por lesión del esfinter, siendo una de las complicaciones más serias y que más sinsabores puede ocasionar al cirujano. Es por esto que se insiste tanto en no resecar abajo del Veru-montanum. Tuvimos que lamentar una incontinencia persistente; no creemos haber lesionado el esfinter, pues se trataba de un carcinoma muy avanzado con síntomas de obstrucción; la resección fué rápida y la cantidad resecada moderada (20 gramos); nuestra impresión es que el esfinter se hallaba infiltrado por el carcinoma y al suprimir la obstrucción ocacionada por el temor, apareció la incontinencia.

E.—ESTRECHEZ URETRAL:

Se vé muy tardíamente, es por eso que no conviene forzar la uretra, prefiriendo varios urólogos en caso de uretra anterior estrecha, practicar un ojal perineal por donde introducir el Resectoscopio.

F.—INFECCION PERSISTENTE:

Después de una resección transuretral, las orinas permanecen más o menos turbias durante un período de varias semanas; con la administración oral de antisépticos y lavados vesicales las orinas se aclaran completamente; en algunos enfermos persisten las orinas turbias y a veces se acompañan de trastornos a la micción.

Es indispensable practicar un examen Urológico completo para eliminar una infección del árbol urinario superior u otra causa asociada; lo mismo es de conveniencia practicar una Cistoscopia para ver si no existe una causa local que justifique una nueva resección.

G.—RECIDIVAS:

La opinión hoy día más aceptada es que donde se ha cortado el tejido adenomatoso no recidiva. Las estadísticas Americanas señalan solamente un 3 á 5 %. (Bumpus —estadística sobre 700 casos—

Davis 250 casos). Si la hipertrofia, adenomatosa se repitiese, será más bien una falta de técnica debido a una resección mal conducida o incompleta. De todas maneras, si hay recidiva, hacer una nueva intervención; hemos notado que ésta es mucho más benigna que la primera resección.

H.—CANCERISACION:

Durante algún tiempo muchos Cirujanos achacaban a la resección transuretral, la posibilidad según ellos frecuente de una degeneración maligna, posterior a dicha operación.

Estadísticas modernas han demostrado que la degeneración del adenoma en cáncer, sigue siendo muy discutida.

Se ha demostrado también que el sitio de elección del desarrollo del cáncer, es la glándula prostática misma y ésta no se extrae por la resección transuretral, ni por vía supra-púbica, ni perineal corriente; la única operación verdaderamente radical que impide la aparición de un carcinoma, es la ablación perineal con la técnica de LOWSLEY, en la cual se extrae el adenoma y toda la cápsula que envuelve al tejido próstatico.

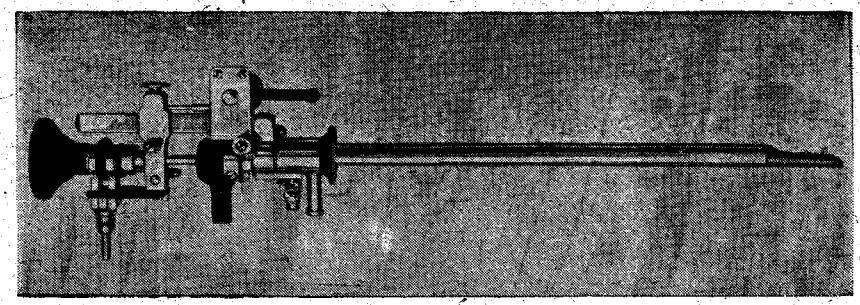

Fig. 6.

En la figura de abajo presentamos el tejido obtenido en una resección con el aparato de Stern Mc-Carthy: comparación del tejido resecado de la próstata (45 gramos) con una pelota de golf; véase también el tamaño de los fragmentos resecados en cada corte.

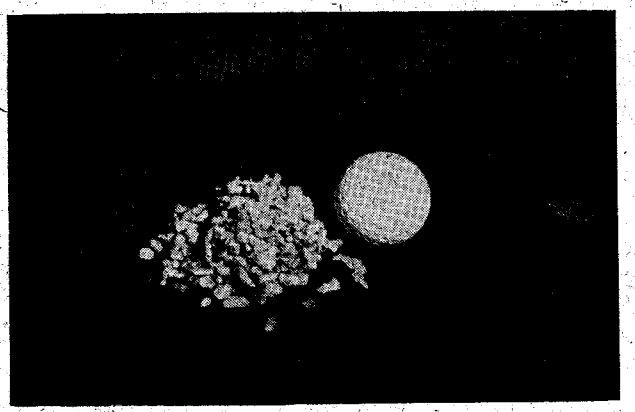

Fig. 7

CAPITULO X

Análisis de las Observaciones

En este capítulo se hace un análisis de las 204 operaciones efectuadas, en la forma siguiente:

A) ANALISIS DEL NUMERO TOTAL DE OBSERVACIONES;
B) COMPLICACIONES OBSERVADAS;
C) INCIDENTES Y ACCIDENTES;
D) OBSERVACIONES ILUSTRATIVAS DEL PRESENTE TRABAJO: grupo a) 20 Observaciones típicas con post operatorio normal (Obs. No. 1 a No. 20); grupo b) 22 Observaciones que se describen, ya sea por su evolución, por tener características especiales o por constituir ejemplos en el desarrollo de esta tesis (Obs. No. 21 a No. 42).

Análisis del No. total de Observaciones:

1. No. total de operados: 204 (desde 1941 a Febrero de 1946).
2. Mortalidad: 1. (0.05 %).
3. Edad de los operados: Mínima 37 años. Máxima 95 años (Obs. Nos. 37 y 7). Promedio de edad: 70 años.
4. Causa por la que consultaron: a) Trastornos prostáticos banales 110 casos; b) Retención aguda 70 casos; c) Retención crónica, con crisis de retención aguda 20 casos; d) Hemorragias vesicales, 4 casos.
5. Coexistencia de tumor vesical 2 casos (uno del veru-montanum).
6. Coexistencia de infección seria, 12 casos.
7. Coexistencia de cálculos vesicales, 8 casos.
8. Coexistencia de graves trastornos urinarios, 5 casos.
9. Cáncer de la próstata, con retención aguda o crónica, 6 casos.
10. Se practicó el Diagnóstico Cistoscópico en el 60 % de los pacientes observados; las lesiones más frecuentemente observadas fueron: a) Lóbulos medios; b) Barras medianas; c) Lóbulos laterales; d) Lóbulos medios y laterales; e) Esclerosis del cuello vesical.
11. Anestesia empleada: Raquidea en el 98%; General 2% (por inhalación o endovenosa).

12. Tiempo empleado en la resección: de 40 minutos a una hora en la mayoría de los casos.
13. Cantidad resecada: mínima 3 gramos; máxima en un tiempo 65 gramos; máxima en dos tiempos 80 gramos.
14. Reseccíones practicadas a vejiga abierta, 15 casos (Obs. No. 31).
15. Pacientes habiendo necesitado 2a. intervención, 10 casos. (Obs. Nos. 22 y 23).
16. Pacientes habiendo necesitado Prostatectomía supra púbica después de Resección, 2 casos (Obs. Nos. 28 y 29).
15. Resección por trastornos del esfinter vesical en la Mujer, 1 caso (Obs. No. 35).

Complicaciones observadas:

1. Hemorragias precoces: observamos varios casos, pero nunca ha habido necesidad de practicar la reintervención; siempre han cedido estas hemorragias al lavado vesical con substancias de acción hemostática o sin ellas y coagulantes por vía parenteral (Obs. No. 42).
2. Hemorragias secundarias: 5% de los casos observados; han cedido fácilmente a la sonda permanente, lavados vesicales y coagulantes.
3. Hemorragias tardías, 2 casos, en los cuales se han practicado nueva resección como medida curativa (Obs. No. 40).
4. Infección aguda inmediata, 3 casos, que cedieron rápidamente a los lavados vesicales, desinfectantes urinarios o las sulfas y Penicilina.
5. Infecciones epididimarias, 2 casos. esta pequeña proporción es la que en nuestra opinión, nos ha confirmado que no siempre hay que proceder a la vasectomía, sino solamente en los casos de infección urinaria.
6. Flebitis, 1 caso, se trató de un paciente que presentaba várices muy desarrolladas (Obs. No. 41).
7. Complicaciones cardiovasculares, 6 casos, de los cuales el único fatal, fué el producido por una aortitis aguda, que se produjo un mes después de la operación y encontrándose el enfermo ya en otro servicio.
8. Complicaciones tardías: Estrecheces, 3 casos.

   Recidivas de las lesiones prostáticas, 2 casos, habiendo necesitado nueva resección.

   Degeneración cancerosa (consecutiva a la resección): no hemos observado esta complicación en los enfermos que se han podido seguir controlando hasta la fecha; por esta razón, no tenemos una opinión bien definida a este respecto.
9. Incontinencia: 1 caso, se trataba de un carcinoma muy avanzado, habiendo infiltrado el cuello vesical; la resección produjo la incontinencia no por lesión operatoria del esfinter, sino por encontrarse éste ya invadido por el carcinoma.

Incidentes y Accidentes:

a) Mal funcionamiento del aparato: 3 veces, por corto-circuito, descargas eléctricas y quemadura de las bombillas;

b) Falta de corriente eléctrica de la ciudad: 1 vez;

c) Falta de potencia del aparato: 2 veces, por añadir la enfermera suero al agua de lavado;

d) Burbujas molestando la visión endoscópica, producidas por la penetración de aire en la conexión del tubo de agua para lavado — por lo que este ajuste debe ser bien revisado;

e) Quemaduras del ojo de cirujano por chispas eléctricas: 2 veces;

f) Nunca hemos tenido que lamentar, ni explosiones ni rupturas de vejigas.

OBSERVACIONES ILUSTRATIVAS DEL PRESENTE TRABAJO:

Grupo a):

Observación No. 1.

R. B. 60 años. Ingresó: 2-11-45.

Motivo: Hace seis meses siente la imperiosa necesidad de orinar con frecuencia, más de noche que durante el día, en cada micción orina poca cantidad y con mucha dificultad; chorro delgado y sin fuerza, termina orinando gotas; constipación desde que le comenzaron estas molestias.

Examen: Buen estado general.

Tacto rectal: Próstata grande, hipertrofiada del lado derecho, surco medio borrado, consistencia pastosa, lisa, indolora.

Pene: fimosis ligera. Escroto normal. Cremaster, epididimos, testículos: normales.

Cistoscopia (5-11-45). Lóbulo medio extendido y grande, lóbulos laterales medianamente salientes. La mucosa vesical se ve congestionada.

Sondeo: nada de residuo urinario después de las micciones.

Exploración con beniques: pasaron sin dificultad del No. 37 al 44.

Exámenes complementarios: dentro de los límites normales.

Operación: (15-11-45).

Resección transuretral de la barra mediana y de los lóbulos laterales.

Se extrajeron 18 grs. de tejido prostático.

Se dejó sonda permanente y lavado vesical continuo. Se retiró la sonda al 5o. día.

Post operatorio: Normal. Sin residuo urinario. Orina espontáneamente y sin dificultad.

Salió curado a los siete días de la operación. Debe volver dentro de una semana a reexamen.

Observación No. 2.

F. R. 64 años. Ingresó: 8-VIII-44.
Motivo: crisis retencionistas, dolor a la micción, trastornos urinarios banales.
Sondeo: uretra libre, dificultad del paso a nivel del cuello vesical, residuo vesical de orina 50 grs.
Tacto rectal: Próstata grande hipertrofia regular.
Cistoscopia: Hipertrofia del lóbulo medio y lóbulos laterales estrechando mucho la luz del cuello vesical.
Exámenes complementarios: dentro de los límites normales.
Operación: Resección transuretral (30-VIII-44). Se resecaron 32 grs. de tejido próstatico.
Postoperatorio: normal.
Salió curado, el 8-IX-44.

Observación No. 3.

P. L. 55 años. Ingresó: 21-XI-44.
Motivo: Trastornos urinarios, retención crónica de orina, polaquiuria, nicturia, disuria.
Tacto rectal: Próstata grande, voluminosa.
Cistoscopia: hipertrofia lóbulos laterales.
Estado general: deficiente.
Exámenes complementarios: dentro del límite normal.
Operación: (27-XI-44) Resección transuretral. Se resecaron 30 grs. de tejido prostático.
Postoperatorio: normal.
Salió: Curado el 18-XII-44.

Observación No. 4.

J. R. 80 años. Ingresó: 15-11-45.
Motivo: Dificultad progresiva para orinar, orinas turbias a veces.
Examen: Estado general bueno. Sondeo uretral libre, residuo urinario de 100 grs. Tacto rectal nos muestra la próstata moderadamente desarrollada.
Cistoscopia: lóbulos laterales de la próstata bastante desarrollados.
Exámenes complementarios: normales.
Operación: (24-11-45). Resección transuretral. Se resecaron 38 grs. de tejido prostático.
Postoperatorio normal.
Salió el 24-IV-45, curado.

Observación No. 5.

J. M. R. 68 años. Ingresó: 14-11-45.
Motivo: trastornos urinarios banales.
Tacto rectal: próstata moderadamente hipertrofiada, blanda y pastosa.

Cistoscopia: Barra mediana prostática.
Operación: Resección transuretral (18-11-45). Se resecaron 16 grs. de tejido.
Biopsia: (10665). Tumor benigno; adeno mioma.
Postoperatorio normal.
Salió curado el 3-III-45.

Observación No. 6.

J. J. A. 65 años. Ingresó: 9-V-45.
Motivo: polaquiuria, disuria, nicturia, crisis de retención aguda.
Tacto rectal: próstata voluminosa. Sondeo uretral libre sin residuo.
Cistoscopia: lóbulos laterales y medio de la próstata hipertrofiados.
Operación: Resección transuretral. (17-V-45). Se resecaron 20 grs. de tejido. Al 7o. día se retiró la sonda. Orinó espontáneamente, sin residuo.
Salida: el 5-VI-45, curado.

Observación No. 7.

L. C. 94 años. Ingresó: 27-V-45.
Motivo: trastornos urinarios banales.
Estado general bueno. Tacto rectal: próstata blanda, medianamente hipertrofiada. Residuo urinario negativo.
Cistoscopia: lóbulo medio muy desarrollado y prominente sobre el suelo vesical.
Operación: Resección transuretral (20-VI-45). Se extirpó 24 grs. de tejido.
Biopsia: Adenomioma prostático (30-VI-45).
Salió el 28-VII-45, curado.

Observación No. 8.

R. O. 53 años. Ingresó: 6-VII-45.
Motivo: disuria, polaquiuria, nicturia, orinas a veces turbias, dificultad progresiva para orinar disminución de la fuerza del chorro.
Tacto rectal: próstata blanda, regular, de volumen casi normal.
Al sondeo: la uretra libre, residuo urinario 25 grs.
Cistoscopia: barra mediana voluminosa.
Operación: Resección transuretral (12-VII-45) 20 grs. de tejido prostático.
Biopsia: (11202). Tumor benigno, adeno-fibro-mioma.
Salió curado el 25-VII-45.

Observación No. 9.

C. F. 72 años. Ingresó: 18-VII-45.
Motivo: crisis de retención urinaria.
Estado general bueno. El tacto rectal muestra una próstata aumentada medianamente de volumen. Cistoscopia: lóbulos laterales desarrollados estrechando la luz del cuello vesical.

Operación: Resección transuretral de la próstata (23-VII-45) 16 grs. de tejido prostático.

Post operatorio: normal. Salió con buen estado general el 8-VIII-45.

Observación No. 10.

F. M. 55 años. Ingresó: 26-VI-45.

Motivo: dificultad para orinar, dolor vesical, polaquiuria. nicturia.

Tacto rectal: Próstata grande, surco medio borrado.

Cistoscopia: barra mediana. Exámenes complementarios: normales.

Operación: resección transuretral (2-VII-45), se resecaron 20 grs.

Post-operatorio sin complicaciones. Salió el 7-VIII-45. Curado.

Observación No. 11.

A. P. 60 años. Ingresó: 1o.-VII-45.

Motivo: Retención de orina por crisis y que en varias ocasiones han cedido a los sondeos repetidos; actualmente tienen polaquiuria y disuria.

Tacto rectal: próstata voluminosa, surco mediano borrado, consistencia blanda y regular.

Cistoscopia: barra mediana, lóbulos laterales prominentes, estrechando mucho la luz del cuello vesical.

Exámenes complementarios: normales.

Operación: resección transuretral (9-VII-45), 26 grs de tejido.

Salió el 24-VII-45, con buen estado general, orinando normalmente.

Observación No. 12.

C. P. 62 años. Ingresó: 10-X-45.

Motivo: trastornos urinarios banales.

Tacto rectal: próstata de volumen normal, blanda, pastosa.

Cistoscopia: presencia de un grueso lóbulo medio prostático, mucosa vesical normal.

Exámenes complementarios: normales.

Operación: Resección transuretral (15-X-45). Se hizo también la extirpación de un quiste del cordón espermático derecho.

Postoperatorio normal.

Salió en buenas condiciones, orinando sin dificultad, el 3-XI-45.

Observación No. 13.

D. R. 60 años. Ingresó: 12-IX-45.

Motivo: orina turbia, disuria, polaquiuria, nicturia.

Tacto rectal: próstata apenas aumentada de tamaño. Pastosa, regular.

Cistoscopia: veru-montanum muy prominente, cuello vesical muy estrecho debido a un círculo casi rígido de una hipertrofia prostáica anular.

Exámenes complementarios: normales.

Operación: resección transuretral (16-IX-45), 14 grs. de tejido prostático.

Biopsia: tumor benigno, fibro-adeno-mioma.

Post-operatorio normal. Salió curado el 28-IX-45.

Observación No. 14.

J. C. 68 años. Ingresó: 4-X-45.

Motivo: Trastornos urinarios banales.

Tacto rectal: próstata aumentada de volúmen.

Cistoscopia: Hipertrofia difusa de los lóbulos, estrechando mucho la luz del cuello vesical.

Exámenes complementarios normales.

Operación: resección transuretral (8-X-45), 23 grs. de tejido.

Postoperatorio normal.

Salida el 30 de Octubre de 1945, en muy buenas condiciones.

Observación No. 15.

F. M. 58 años. Ingresó: 8-X-45.

Motivo: ganas frecuentes de orinar, nicturia.

Tacto rectal: volumen mediano.

Cistoscopia: lóbulos laterales hipertrofiados.

Exámenes complementarios: normales.

Operación: resección transuretral (15-X-45), 16 grs. de próstata.

Postoperatorio normal. Salió el 27-X-45, curado.

Observación No. 16.

L. R. 55 años. Ingresó: 6-X-45.

Motivo: crisis de retención aguda y trastornos en la micción.

Tacto rectal: Próstata grande y regular. Al sondeo un residuo urinario de 125 c.c.

Cistoscopia: hipertrofia difusa de la próstata.

Operación: Resección transuretral de la próstata (7-10-45), 38 grs. de tejido.

Postoperatorio normal. Salió curado el 13-X-45.

Observación No. 17.

E. A. 76 años. Ingresó 14-XII-45.

Motivo: micción algunas veces dolorosa, polaquiuria, nicturia.

Tacto rectal: próstata de volumen moderado. Al sondeo existe un residuo urinario de 50 cc.

Cistoscopia: lóbulos laterales muy hipertrofiados.

Operación: resección transuretral (20-XII-45) se resecaron 20 grs. de tejido prostático. Postoperatorio normal. Salió curado de sus molestias, el 4-1o.-46.

Observación No. 18.

L. D. 66 años. Ingresó: 30-1o.-46.
Motivo: Transtornos urinarios banales (polaquiuria, nicturia, disuria, etc).
Tacto rectal: la próstata no se siente hipertrofiada.
Cistoscopia: Dos lóbulos laterales y barra mediana con el veru-montanum muy prominente.
Operación: Resección transuretral de la próstata (31-1o.-46) se resecaron 20 grs. en 30 mints.
Postoperatorio normal.
Salió en magníficas condiciones el 11-II-46.

Observación No. 19.

J. C. 68 años. Ingresó el 17-1o.-46.
Motivo: retención incompleta de orina, nicturia disturia y polaquiuria.
Al tacto rectal la próstata grande y surco medio borrado.
Cistoscopia: Barra mediana estrechando la luz del cuello vesical.
Operación: 21-1o.-46. Resección transuretral de 30 grs. de tejido prostático en 40 minutos.
Post-operatorio normal. Salió el 22-II-46.

Observación No. 20.

A. L. 42 años. Ingresó 10-1o.-46.
Motivo: Crisis de retención aguda en los dos últimos meses, por la cual se hospitaliza.
Tacto rectal: próstata apenas aumentada de volumen.
Cistoscopia: un lóbulo medio prostático obstruyendo el orificio interno del cuello vesical.
Operación: Resección transuretral de 14 grs. de tejido prostático en 20 minutos (14-1o.-46).
Postoperatorio: sin complicaciones. Se retiró la sonda al 5o. día, orinó espontáneamente.
Salió con buen estado general y curado de sus molestias, el 18-II-46.

Grupo b):

UNA DE LAS PRIMERAS RESECCIONES EN GUATEMALA

Observación No. 21.

F. J. 68 años. Ingresó: 22-VII-41.
Motivo: Crisis de retención aguda que han cedido mediante sondeo. La última crisis el 12 de Mayo, orinaba por rebosamien-

ra, se acompañó de estreñimiento pertinaz. Ingresa orinando con mucha dificultad, chorro muy débil, gotas al final de la micción; tiene polaquiuria, disuria y nicturia.

Anfecedentes: Hace 25 años tuvo fiebre amarilla; hace 16 años tuvo gonorrea.

Examen físico.

Hipogastrio: globo vesical. Tacto rectal: próstata voluminosa, blanda, pastosa y de consistencia regular. Sondeo: 180 cc. de residuo urinario. Pene: normal. Testículos: normales. Exámenes complementarios: normales. Diagnóstico: Adenoma de la próstata.

Tratamiento:

Preoperatorio: sondeos y lavados vesicales. Hidratación del enfermo.

Anestesia: Epidural; 40 cc. de novocaína al 2%.

Operación: RESECCION TRANSURETRAL de una barra mediana prostática; se resecaron 10 grs. de tejido. Duración de la operación 40 minutos.

Postoperatorio; Rivanol cada tres horas. La sonda permanente se retiró al 5o. día; el enfermo pudo orinar espontáneamente después de retirada la sonda.

Salió curado el 6-VIII-41.

REINTERVENCION.

Observación No. 22.

M. O. 37 años. Ingresó: 27 Oct. 1944.

Motivo: Trastornos urinarios en la micción, polaquiuria, retención incompleta de orina.

Tacto rectal: Próstata de volumen medio.

Cistoscopia: Lóbulos laterales y medio de la próstata bastante desarrollados.

Operación: RESECCION TRANSURETRAL (9-XI-44).

Post-operatorio: en los días consecutivos se pudo comprobar residuo peritenal urinario después de la micción (aproximadamente 120 cc) y dificultad para orinar.

REOPERACION: 27-XI-44. Se resecaron en las dos operaciones: 38 grs. Al retirar la sonda, orinó espontáneamente; no existe residuo urinario. Ni hay trastornos urinarios.

Salió curado.

REINTERVENCION.

Observación No. 23.

T. P. 37 años. Ingresa: 20-VI-45.

Motivo: orinas turbias al final de la micción, disuria, polaquiuria.

Tacto rectal: Próstata aumentada de volumen, pastosa, consistencia uniforme.

Operación: (28-VI-45) Resección transuretral.

Biopsia (No. 11137). Pocas glándulas, que se ven casi normales. Hay un proceso de prostatitis crónica con marcadas dilataciones venosas. Resumen: proceso inflamatorio crónico. Fibromiona con marcado edema prostático.

Post-operatorio: el enfermo continuó teniendo residuo urinario después de las micciones.

REOPERACION: (16-VII-45). Se resecaron en las dos sesiones operatorias 37 grs. de tejido.

Salió: 25-VII-45. Curado.

OPERACIÓN EN 2 TIEMPOS.

Observación No. 24.

P. G. 73 años. Ingresó: 26-XII-45.

Motivo: retención crónica de orina con orinas turbias y persistencia de febrícula, polaquiuria, disuria, nicturia, mal estado general.

Al examen local: Tacto rectal: próstata grande, blanda, de consistencia regular. Al sondeo: dificultad del pasó de la sonda al nivel del cuello vesical; residuo urinario de 230 grs. de una orina fétida y turbia.

Operación: **1er. Tiempo:** Cistostomía suprapúbica (28-XII-45).
2o. Tiempo: Resección Transuretral (6-I-46).

Se resecaron 18 grs. de tejido prostático en 25'.

El enfermo salió curado, orinando espontáneamente, la herida abdominal cicatrizada y sin signos de infección urinaria, el 10-III-46.

INFECCION Y OPERACION EN 2 TIEMPOS.

Observación No. 25.

R. E. 68 años. Ingresó: 16 de Julio de 1945.

Motivo: Orinas turbias, fétidas, retención crónica de orina.

Tacto rectal: próstata aumentada de volumen, pastosa y de consistencia uniforme.

Cistoscopia: barra próstatica y lóbulos laterales estrechando el istmo del cuello vesical, mucosa vesical congestionada.

Operación: (20-VII-45), Resección transuretral de la próstata, se resecaron 24 grs. de tejido prostático.

Postoperatorio: curva febril elevada y orina turbia; administración de sulfatiazol y penicilina; el estado febril bajó a los tres días y la orina aclaró mediante lavados vesicales.

Evolucionó sin complicaciones.

Salida: 18 de Agosto de 1945; curado y con buen estado general.

COEXISTENCIA DE CALCULO.

Observación No. 26.

A. C. 68 años. Ingresa el 4 Enero de 1946.

Motivo: dolor a la micción, crisis de retención de orina, hematurias. Operado hace seis años por Epitelioma Rectal, con buen resultado. Ano contra-natura definitivo. (amputación perineal del recto).

Debido a lo anterior es imposible practicar el tacto rectal, por lo cual se le practica Radiografía previa: que nos muestra un cálculo vesical del tamaño de un huevo de gallina.

Cateterismo: muestra residuo vesical —200 grs.— y orinas turbias.

Exámenes complementarios: urea 0.70 grs. anemia moderada.

Diagnóstico: Cálculo vesical e hipertrofia prostática.

Operación:

1er. Tiempo: Cistostomía y extracción del cálculo. El tacto digital intravesical mostró el lóbulo medio prostático muy desarrollado. Debido al estado deficiente del enfermo, a los resultados de los exámenes complementarios y por la extirpación anterior del neoplasma rectal, en una región tan próxima a la próstata, se desidió practicar:

2o. Tiempo: Resección Transuretral, 5 días más tarde. Se resecaron 35 gramos de tejido prostático.

Sonda permanente retirada al 9o. día (había cerrado ya la herida suprapúbica).

Salió curado.

RESECCION POR CARCINOMA OBSTRUCTIVO.

Observación No. 27.

E. G. 83 años. Ingresó: IV-42.

MOTIVO: orinas sanguinolentas, polaquiuria diurna y nocturna, micciones muy dolorosas. Retención crónica.

Estado general: conservado.

Exámenes complementarios: Infección urinaria.

Anemia: 2560000 glóbulos rojos. Urea sang: 1,20.

Tacto rectal: por esta maniobra se hace el diagnóstico provisional de CARCINOMA prostático, muy avanzado.

El globo vesical se encuentra muy distendido.

Sondeo: uretra estrecha a nivel de la próstata, sangra fácilmente. Se hace descompresión progresiva gota a gota.

Operación: Resección transuretral 10 días más tarde, acompañada de Hormonoterapia femenina.

Se resecaron 20 gramos de tejido prostático proliferante.

El examen anatomo-patológico microscópico nos señaló un tumor maligno: Adeno-carcinoma.

Post-operatorio: relativamente normal. El enfermo mejoró notablemente, las micciones se efectuaron sin dolor y muy poco hematuricas.

El enfermo falleció dos años más tarde por generalización del carcinoma.

PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA DESPUES DE RESECCION:

Observación No. 28.

G. M. 72 años. Ingresó Enero 1943.

MOTIVO: Hematuria Terminal, dolor y dificultad a la micción, polaquiuria, nicturia, orina turbia.

Examen: Enfermo muy deprimido, estado general defectuoso.

Tacto rectal: próstata aumentada de volumen moderadamente, pastosa, contornos regulares y blandos.

Exámenes complementarios: normales.

Debido al estado ansioso del enfermo y al dolor vesical continuo que presentaba no se pudo hacer Cistoscopia previa, por lo cual se decidió practicar la Resección transuretral, en vista del estado general poco satisfactorio.

Operación: (Febrero 1943). Resección de un lóbulo medio muy desarrollado; cantidad extraida 28 gramos. Sonda permanente retirada al 5o. día; al retirarla al paciente comenzó a sufrir nuevamente a cada intento de micción; se colocó algunos días más la sonda y se volvió a retirar al 4o. día, pero los síntomas se repitieron, acompañados de **hemorragia** vesical abundante. En vista de lo anterior se practicó **Cistostomía** y **Prostatectomía suprapúbica.**

El examen de la pieza, nos mostró que se trataba de un lóbulo prostático medio bilobulado, el posterior pediculado oculto en el suelo vesical, por detrás del cuello; y que al efectuar la Resección no se pudo alcanzar. La persistencia del obstáculo explicaba los síntomas dolorosos y hemorrágicos.

Creemos que este es un caso ilustrativo, por cuanto nos demuestra la necesidad de una inspección completa al terminar la operación y la utilidad del lente a **visión retrógrada,** que por entonces no poseíamos y además de la necesidad de practicar el tacto rectal al terminar la operación para levantar el suelo vesical.

Salió: Curado, el 20o. día de su ingreso.

RESECCION EN 2 TIEMPOS Y PROSTATECTOMIA SUPRA-PUBICA:

Observación No. 29.

S. O. Edad: 70 años. Ingresó: 26-XII-45.

MOTIVO: retención completa de orina.

Al examen fué encontrado el globo vesical muy grande, doloroso y tenso. No fué posible sondearlo y la exploración con benique, previa meatotomía (benique No. 40), dió la impresión de que existía una falsa vía, en la uretra posterior.

Tacto rectal: próstata grande, lóbulo medio muy desarrollado; consistencia pastosa, uniforme.

Examen clínico general: normal.

Exámenes complementarios: abundantes leucocitos y células epiteliales en el sedimento de orina.

Tratamiento: 1er. Tiempo:

Cistostomía (28-XII-45). Se extrajeron dos litros de orina sanguinolenta, adherencias peritoneales abundantes; se hizo cateterismo retrógrado.

2o. Tiempo:

Resección transuretral de la próstata (6-1o.-46) previa cistoscopia que mostró un lóbulo mediano de la próstata, saliente sobre la cavidad vesical.

Anestesia: Raqui.

El 7 de Marzo fué necesario reoperarlo: **Prostatectomía suprapúbica** (57 grs): por residuo urinario vesical después de orinar, por prostata grande; fístula suprapúbica y fístula para-uretral en la raíz del pene (según examen efectuado el 25-II-46).

La herida operatoria suprapúbica, está en vías de cicatrización.

Examen anatomo-patológico:

11—Enero-46: Adenomioma benigno, no hay señas de cáncer.

13—Marzo-45: Pieza operatoria: Adenomioma.

El enfermo: todavía se encuentra en el servicio, con sonda permanente.

COEXISTENCIA DE ESTRECHEZ URETRAL

Observación No. 30.

R. O. 40 años. Ingresó: 11-XII-44.

Motivo: Disminución progresiva del chorro de orina, dificultad para la micción, polaquiuria, disuria, nicturia, retencionista.

Sondeo: se encontraron **estrecheces** al nivel de la uretra prostática y residuo urinario, 140cc de orinas algo turbias.

Tacto rectal: próstata de volumen moderado.

Cistoscopia: dificultosa, se encontraron los **lóbulos laterales** bastante hipertrofiados.

Operación: Resección Transuretral (21-I-45).

Complicación: **hemorragia,** al tercer día; contúvose con los procedimientos corrientes.

Nota: Se hicieron dilataciones previas a la Resección transuretral, debido a la estrechez uretral que acusaba el paciente.

Salió curado el 9-II-45. Buen estado general y orinando espontáneamente y sin residuo vesical.

OPERACION A VEJIGA ABIERTA Y 2a. RESECCION.

Observación No. 31.

L. R. 80 años. Ingresó: 11-IX-45. Sale: 6-XII-45.

Motivo: Habiendo sido operado en Marzo de este año por retención completa de orina —**Cistostomía**— y comprobado mediante el tacto intravesical la presencia de una hipertrofia de la próstata en sus lóbulos medio y laterales. Se indicó por la persistencia de la dificultad para orinar, por la polaquiuria,, nicturia y disuria, una operación transuretral.

Operación: (17-IX-45). Resección Transuretral, 26 grs. de tejido porstático.

REOPERACION: por la persistencia del residuo urinario se le practicó una segunda resección transuretral; se extrajeron 15 grs más de tejido.

Salió: con buen estado general — orinando espontáneamente y sin residuo urinario.

BARRA. CONGENITA.

Observación No. 32.

Enfermo de 65 años. Ingresó: Agosto de 1942.

MOTIVO: Trastornos de la micción, polaquiuria diurna y nocturna, deseos imperiosos de orinar muy frecuentemente; el chorro ha disminuido progresivamente, a tal punto que previa a consulta nuestra habíasele hecho uretrotomía interna y dilataciones con beniqués — mejorando poco tiempo, después de cada serie de dilataciones.

Antecedentes: Entre ellos encontramos el importante detalle, siguiente: los trastornos urinarios se han acentuado últimamente, pero según refiere el paciente, estos trastornos los ha sufrido desde su adolescencia, aunque en escala menor.

Al examen:

Estado general: bueno.

Tacto rectal: Próstata pequeña, consistencia uniforme.

Exploración uretral: Uretra amplia, permeable; se encuentra a nivel del cuello vesical un obstáculo, que hace difícil la penetración de la sonda en la vejiga.

Residuo vesical: 300 grs. de orinas turbias.

Exámenes complementarios: en los límites normales.

Cistoscopia: La introducción fué un poco difícil, lográndose esto mediante un dedo metido en el recto, que nos permitió salvar el obstáculo a nivel del cuello vesical. A la inspección comprobamos que se trataba de una BARRA MEDIANA, típica, la más grande y más clásica que hasta ese día habíamos observado.

OPERACION: (Sept. 4 de 1942). Resección Prostática, 18 gramos, habiéndose destruido completamente dicha barra. Retiróse la sonda al 5o. día. Orinó bien y espontáneamente.

Se ha podido controlar durante 4 años, encontrando que todos los síntomas anteriores desaparecieron.

ESTE CASO, sugiere que se trataba de una **barra mediana** CONGENITA.

COEXISTENCIA DE TUMOR DEL VERU-MONTANUM Y CALCULO.

Observación No. 33.

Enfermo de 54 años. Ingresó en Abril de 1942.

MOTIVO: URETRORRAGIA ABUNDANTE, (sobreviniendo después de coito o espontáneamente).

Antecedentes: Litotricia hace 5 años y Fulguración de pólipos vesicales. Polaquiuria diurna y nocturna. Retención de orina, dos veces (con intervalos de un año).

Tacto rectal: Próstata grande, consistencia regular.

Exploración uretral: Uretra permeable, residuo vesical de 100 gramos, (orinas turbias); el paciente presentó uretrorragia después del paso de la sonda.

Uretro-Cistoscopia: Mediante esta exploración se pudo observar que se trataba de un TUMOR DEL VERU-MONTANUM, del tamaño de una cereza, sangraba fácilmente. La PROSTATA aumentada de volumen, lóbulos laterales de volumen moderado.

OPERACION: Se hizo fulguración del tumor del veru-montanum. RECHAZO la Resección de la próstata.

Dos años más tarde, nueva crisis de retención aguda, hubo necesidad de sondeos, lavados y antisépticos urinarios. Al año siguiente nueva crisis de retención; esta vez el enfermo se decide a la operación.

Nueva operación:

a) Previa Cistoscopia se pudo observar que existía un cálculo vesical y lóbulos prostáticos grandes;

b) Mediante el Litotritor de Ravich se destruyó y se extrajo el cálculo vesical;

c) Se practicó la RESECCION, extrayendo 42 gramos de tejido prostático.

POST-OPERATORIO: Normal; se practicó durante algunas semanas lavados vesicales para terminar con la infección.

Salió Curado.

COEXISTENCIA DE CALCULO VESICAL:

Observación No. 34.

S. P. 62 años. Junio de 1945.

Motivo: El enfermo sufre crisis de retención aguda, trastornos urinarios: polaquiuria, nicturia, disuria, dolor vesical al caminar y hematurias. Trastornos digestivos muy marcados.

Cateterismo vesical: retención de orinas turbias, residuo 200 grs.

Tacto rectal: Próstata aumentada de volumen.

Radiografía: mostró cálculo vesical (Tamaño Aceituna).

Exámenes complementarios: en los límites normales.

Diagnóstico: **Hipertrofia prostática y cálculo vesical.**

OPERACION: 23 de Junio de 1945.

a) Cistoscopia exploradora que confirma la hipertrofia prostática (lóbulo medio de volumen mediano) y de un cálculo libre;

b) **Litotricia con el Litotritor** de Ravich, evacuación de los fragmentos;

c) Resección transuretral del lóbulo medio (26 grs. de tejido prostático).

Sonda permanente retirada al 5o. día. Orinó espontáneamente. Salió al 10o. día. Curado.

Controlado en la actualidad, completamente normal; los trastornos digestivos desaparecieron.

TRASTORNOS DEL ESFINTER VESICAL EN LA MUJER:

Observación No. 35.

X. Z. 45 años. Salvadoreña. 1943.

Motivo: polaquiuria, disuria datando desde hace algunos meses.

Refiere la enferma que ha tenido tres veces retención aguda de orina y que han cedido a sondeos.

Examen urológico: de la enferma: a) no hay estrechez uretral; b) a nivel del cuello vesical se encontró, al examen cistoscópico, una barra bastante pronunciada; la vejiga presentaba lesiones de cistitis banal.

Se practicó cateterismo uretral, encontrándose el izquierdo con estrechez y retención piélica moderada.

Se aconsejó: dilataciones uretrales, instilaciones vesicales y antisépticos urinarios per-os.

La paciente volvió seis meses después, quejándose de que había tenido durante ese tiempo dos crisis de retención, que no habían cedido sino después de cateterismo vesical.

Practicose examen neurológico: patológicamente negativo.

En vista de la presencia de la barra vesical se practicó: RESECCION TRANS-URETRAL del engrosamiento del labio vesical infero-posterior. Se retiró la sonda permanente al 4o. día. La enferma fué dada de alta al 8o. día.

Esta enferma ha sido observada dos años; los fenómenos de infección vesical han desaparecido y no han vuelto ha presentarse crisis retencionistas.

INGRESO POR HEMATURIA:

Observación No. 36.

J. J. 73 años. Ingresó en Diciembre de 1941. Sale: 20 Diciembre /41.

MOTIVO: **HEMATURIA ABUNDANTE.**

Antecedentes: polaquiuria, diurna y nocturna; retención de orina hace varios años, cedió a sondeos.

Al Examen:

Tacto rectal: Próstata aumentada de volumen, blanda, regular.

Exámenes complementarios: en sus límites normales.

Preoperatorio: Sonda permanente durante cinco días.

Operación: Resección trans-uretral, previa Cistoscopia, que nos mostró dos lóbulos laterales; hay que hacer notar que el enfermo comenzó a sangrar abundantemente, de la mucosa prostática, al introducir el cistoscopio.

Se hizo aspiración de coagulos por la camisa del Resectoscopio.

Cantidad resecada: 30 gramos.

Post-operatorio: Normal. Salió curado.

COEXISTENCIA DE ESTRECHEZ URETRAL Y 2a. RESECCION.

Observación No. 37.

Enfermo de 52 años. Ingresó en Enero de 1942.

MOTIVO: Dificultad para orinar, orinas turbias.

Antecedentes: Gonorreas repetidas. Desde hace varios años ha notado dificultad progresiva para orinar.

Al examen:

Globo vesical distendido.

Tacto rectal: Próstata de tamaño normal.

Exploración uretral: **Estrechez filiforme.**

Exámenes complementarios: Urea un gramo.

Glóbulos rojos: 3.500.000.

Coag. sang.: normal.

Estado general: deficiente.

Operación: Uretrotomía interna de urgencia. (Se retiró más de 1 litro de orina retenida).

Al retirar la sonda permanente al 5o. día, el enfermo no puede orinar ni una gota, al examen se comprueba, que es un caso de ESTRECHEZ Y DE ADENOMA A EVOLUCION CERVICAL.

Previa desinfección, drenaje durante unos días más y baja de la tasa de urea sanguinea, se procedió a la RESECCION.

Se resecaron 20 grs. con el aparato No. 24 (debido a la poca capacidad uretral).

RESULTADO: El enfermo orinó espontáneamente al ser retirada la sonda; pero continuó presentando un residuo urinario de 300 grs. Practicamos lavados y sondeos durante dos meses creyendo se debiese a la atonía vesical por la estrechez, pero no habiendo disminuido el residuo, se procedió a una 2a. RESECCION, obteniéndose esta vez la perfecta evacuación del residuo.

Salió curado.

COEXISTENCIA DE HIPERAZOHEMIA:

Observación No. 38.

L. R. 84 años. Ingresó: Marzo de 1945.

Motivo: Retención y distensión crónica.

Al examen: Signos de intoxicación urémica.

Al tacto rectal: próstata aumentada de volumen, adenomatosa.

Sondeo: se logró pasar una sonda muy fina, dejándola en permanencia durante varios días.

Exámenes complementarios: Glóbulos rojos 2.450.000.

Urea: 1,50 grs.

Permeabilidad Renal: no se pudo hacer debido a la estrechez uretral y distensión vesical.

Cuidados preoperatorios: sueros, tres transfusiones sanguineas, sulfato de magnesia endovenoso y descompresión vesical gota a gota y durante varios días.

En vista del mal estado general del paciente y de que la urea no bajaba, se procedió a una CISTOSTOMIA. Después de **tres meses de drenaje** el estado general había mejorado notablemente y mediante dilataciones graduales se logró ensanchar el canal uretral, la urea bajó a 0,60 grs y el recuento globular alcanzaba la cifra de 4.200,000 glb. rojos.

Operación: Resección Transuretral (Julio de 1945), se resecaron alrededor de 38 grs. de tejido prostático, en esta ocasión nos servimos del Electrótomo pequeño No. 24.

2a. Resección: 15 días más tarde, debido a que el enfermo orinaba con dificultad; que se le había abierto la fístula de cistostomía y de que al sondeo acusaba un residuo urinario de 200 grs. En esta 2a. resección se extrajeron 16 grs. de tejido. El post-operatorio fué normal, orinaba sin dificultad y evacuaba su vejiga perfectamente. Hemos tenido ocasión de ver a este operado recientemente y se encuentra en buenas condiciones.

COEXISTENCIA DE DIABETES

Observación No. 39.

J. P. 68 años. Ingresó: VI-45.

Motivo: polaquiuria diurna y nocturna (orina hasta 14 veces en la noche) y datando de varios años; últimamente ha tenido crisis de retención aguda.

El paciente fué examinado en consultorio, en donde se le encuentra un residuo urinario de 300 grs., **glucosuria** y ligeros trastornos mentales por lo cual se le indica un tratamiento médico.

Consulta nuevamente por una crisis de retención aguda desde hace tres días. Se le hace ingresar al Hospital en donde se le pone sonda permanente. El examen de **glucosa sanguinea** nos da la cifra de **1, 63 grs.** Después de una preparación cuidadosa de su estado general y urológico se le opera:

Resección trans-uretral. Se extraen 32 grs. de tejido prostático.

Post-operatorio: normal, al 6o. día el enfermo orina espontáneamente. El estado general ha mejorado notablemente, mientras que el azúcar urinario se ha mantenido en cifras reducidas. Vacía la vejiga completamente, no hay infección y durante el día retiene la orina voluntariamente durante 3 y 4 horas, pero sin embargo la polaquiuria nocturna aunque es menor, siempre le molesta, pues a partir de la 1 de la mañana se vé obligado a orinar frecuentemente.

HEMORRAGIA TARDIA POST-OPERATORIA.

Observación No. 40.

J. M. 74 años. Ingresó: Julio 45.

Motivo: Retención aguda. Antecedentes: Ha presentado 3 crisis de retención aguda, que han cedido a sondeos.

Al examen: El Tacto rectal muestra adenoma prostático. Tensión Arterial: $\frac{158}{88}$. Se le instala sonda permanente. Orinas turbias, infectadas, por lo cual se espera 8 días antes de efectuar la operación.

Operación: Resección transuretral (27-VII-45), se trataba de un lóbulo medio y lóbulos laterales, se extrajeron 45 grs. de tejido prostático.

El post-operatorio fué normal. Al 5o. día se retira la sonda, el enfermo orina espontáneamente y sale al 8o. día de la operación.

Vuelve dos veces por semana al consultorio: orina bien y sin dificultad. **Bruscamente al mes** de la operación, muy de mañana y después de un coito nocturno, tuvo dificultad para orinar y fuerte **HEMATURIA.**

A las 7 de la mañana se presenta en el consultorio, con la vejiga distendida, no logrando evacuar la orina sino unas cuantas gotas **sanguinolentas,** después de violentos esfuerzos. Se le trasladó inmediatamente a una casa de salud, en donde se procedió bajo Raquianestesia a la introducción del Resectoscopio: Se pudo observar que la vejiga se encontraba llena de coágulos, los cuales fueron extraidos rápidamente. Después de un lavado repetido de la vejiga, el líquido salió completamente claro y la inspección mostró que la hemorragia se había contenido; no se logró establecer el lugar que provocó la hemorragia; por la cual se practicó mediante unos cuantos cortes la regularización de las zonas que parecían de cicatrización defectuosa.

Se colocó sonda permanente durante 3 días.

Se ha seguido controlando al enfermo y se encuentra perfectamente bien.

FLEBITIS. POST-OPERATORIA

Observación No. 41.

F. V. P. 65 años. Ingresó: Agosto de 1945.

Motivó: Polaquiuria diurna y nocturna.
Estado general bueno.
Tacto rectal: Próstata pequeña.
Exploración uretral: uretra premeable, 250 grs. de residuo urinario.
Cistoscopia: barra mediana bastante desarrollada.
Exámenes complementarios: normales.
Operación: 17-VIII-1945. Resección transuretral de la barra prostática mediana, se extirparon 15 grs. de tejido.

Post-operatorio: La sonda se retiró al 5o. día. El enfermo orina normalmente. El 7o. día el enfermo se queja de dolor en la pierna derecha; al principio se atribuyó al suero subcutáneo que se le había inyectado a ese nivel. Al examen se observó la presencia de várices muy desarrolladas. Se inmovilizó la pierna y se aplicaron lienzos húmedos de solución con sulfato de magnesia.

Al siguiente día aparece una febrícula que oscila durante una semana entre 37°5 y 37°8; la pierna sigue dolorosa, se hincha, aparece edema moderado del dorso del pie y maleolos; estos fenómenos persistieron durante una semana y fueron desapareciendo gradualmente, solamente el dolor persistió más tiempo. Comenzó a caminar a las tres semanas sin ningún incidente, habiendo desaparecido los fenómenos inflamatorios y dolorosos.

Tratamiento: Se continuó la inmovilización y los lienzos húmedos, se inyectaron 100,000 unidades de Penicilina diarias durante cinco días y sulfatiazol durante el resto de la cura.

Salió finalmente curado.

HEMORRAGIA PRECOZ POST-OPERATORIA

Observación No. 42.

R. L. Edad: 71 años.

Ingresó: 28 de Septiembre de 1945.
Motivo: por retención crónica de orina, por lo cual tenía necesidad de sondearse dos veces al día.
Estado general: aspecto de intoxicado, en semi estupor.
Presión arterial: 120/70. pulso: 78x'. Temperatura: 37.3.
Antecedentes personales: Blenorragia hace 20 años. Chancro hace 40 años. Casado. Tiene seis hijos sanos.
Examen de la región enferma: En el hipogastrio se constata el globo vesical distendido; no puede orinar al hacer esfuérzo. A la evacuación (sonda permanente) elimina aproximadamente cada hora unos 50 cc. (gota a gota 24 horas).
Tacto rectal: la próstata con sus lóbulos laterales aumentados, blandos, pastosos, consistencia uniforme.

Cistoscopia: (1-IX-45), Lóbulo medio grande y laterales hipertrofiados, estrechando mucho la luz del cuello vesical.

Exámenes Complementarios: nada anormal.

Examen clínico de los demás órganos: Normales.

Diagnóstico: Adenoma de la próstata (hipertrofia).

Tratamiento: Resección transuretral de la próstata.

Operación: (1o.-Oct.-45).

Se resecaron 25 grs.

Anestesia: Raqui.

Post-operatorio: A los seis días se retiró la sonda permanente. Transfusión 250 cc. Suero fisiol. y glucosado.

Complicación: hemorragia en los cuatro días que siguieron a la operación, cedió al tratamiento corriente.

Salida: (15-XI-45). Estado general bueno; emisión espontánea de orina.

Son Auténticas:

Salvador Ortega.

CAPITULO XI

Conclusiones

1—La Resección Trans-uretral es un procedimiento que ha venido a transformar el Tratamiento y Pronóstico de los enfermos prostáticos.

2—Es una operación de ejecución delicada y necesita un entrenamiento prolongado, por lo cual no puede, ni debe ser practicada más que por técnicos especializados en dicha rama.

3—Es una intervención quirúrgica que se puede practicar en un 80 a 90% de los enfermos prostáticos.

4—En comparación con los otros métodos operatorios, es mucho más benigna; dando 1 a 2% de mortalidad, por lo que se puede practicar en enfermos con salud deficiente y de edad muy avanzada.

5—El tiempo de hospitalización es mucho más corto: 10 a 12 días.

6—Es el método más apropiado para aliviar los síntomas obstructivos debidos a carcinoma prostático.

7—La Resección Trans-uretral de la Próstata es a nuestro juicio, —tanto desde el punto de vista técnico, como de los resultados obtenidos— el progreso más grande habido en urología en los últimos 50 años.

Flaviano Velásquez Andrade.

Imprímase,

Carlos Mauricio Guzmán.
Decano.

Bibliografía

William Carson. M. O. Surgery of the-prostate.
Internat. College of surgeons-V: IV No. 6. Dic. 1941.

N. G. Alcock. Prostatic Hipertrophy
Journal, A. M. A. 104. 1935.

C. H. T. Shivers. Exploración preoperatoria de las hipertrofias prostáticas benignas.
J. U. 49. Junio 1943.

Gouverneur-Ch Motz. Monde Medical. May. 1938.

C. P. Mathe. L'etat actuel du traitment de l'hypertrophy prostatique.
Clinique-Paris. 27. 1932.

Cunningham (edit) Transurethral Operations.
Year Books of Urology. 1939.

O. S. Lowsley. (edit) Transurethral Operations.
Y. B. of U. 1942 and Y. B. of U-1943.

W. F. Braash and J. L. Emmett. Transurethral prostatic resection.
Arch' Phys' Therapy- 17. 1936.

P. Bruni. R. T. U. of the Prostate.
Internat. Abstrac, Surg. Nov. 1941.

H. C. Bumpus: Transuretral resection of the prostate gland.
S-Clin'. N. A.

R. M. Nesbit: Transurethral Prostatectomy.
Edit. 1943.

L. M. Orr: T-U-P-R. Ultimate Results.
Jour-Urol. June. 1943.

J. R. Caulk. Transurethral surgery.
Arch. Fhus. Therapy-15. 1934.

Gershom Thompson (Mayo Clinic). Disfunción del cuello vesical de la mujer.
J. U. Marzo. 1939.

C. W. Collings: Transurethral electrosurgery.
Journal Urology. 14. 1933.

E. Davies. Prostatectomy vs Transurethral Resection.
J. A. M. A. Febr. 1939.

A. y E. de la Peña: Prostatectomía Transuretral.
Edit. 1944.

J. F. Mc. Carthy: Endoscopie prostatic resection.
Bull-N. Y. Acad. Med. 14. 1938.

C. J. Thompson-Transurethral operations.
J. A. M. A. 107. 1936.

Davis-T. M. Thechnique of Prostate Resection.
Jour. Urol. 37. 1937.

Thompson and Emmett. Treatment of carcinoma of the prostate by transuretral resection.
Urol. and Cut. Rev-39. 1935.

V. Mueller: Urological Instruments.
Ninth Edit. Catalog.

Proposiciones

Anatomía Descriptiva	Próstata.
Anatomía Topográfica	Región Prostática.
Anatomía Patológica y Patología General	Adenoma de la Próstata.
Bacteriología	Gonococo.
Botánica Médica	Atropa Belladona.
Clínica Quirúrgica	Anestesia Raquidea.
Clínica Médica	Prueba de Rowntree y Geraghty.
Física Médica	Cistoscopio.
Fisiología	De la Próstata.
Higiene	Del Prostático.
Histología	Próstata.
Medicina Legal y Toxicología	Intoxicación por atropina.
Obstetricia	Versiones.
Parasitología Médica	Tricomonas.
Patología Tropical	Tricomoniasis.
Patología Quirúrgica	Heridas de la Uretra.
Pediatria	Hematuria.
Psiquiatria	Psicosis Maníaco Depresiva.
Química Biológica Médica.	Investigación de Sangre en la orina.
Química Médica Inorgánica	Nitrato de Plata.
Química Médica Orgánica	Atropina.
Técnica Operatoria	Cistostomía Suprapúbica.
Terapéutica	Urotropina.