

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Medicas

LA INCISION TRANSVERSA EN LA PROSTATECTOMIA

SUPRAPUBICA

(ESTUDIO HECHO EN SALA DE UROLOGIA "A" DEL HOSPITAL GENERAL)

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Medicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala por

CARLOS ENRIQUE RODAS DIAZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



NOVIEMBRE DE 1959

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. GENERALIDADES
 - a) Embriología
 - b) Anatomía
 - c) Fisiología
3. HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA
 - a) Definición
 - b) Etiología
 - c) Anatomía patológica
 - d) Signos y síntomas
 - e) Diagnóstico
4. TECNICA OPERATORIA
 - a) Consideraciones anatómicas
 - b) Descripción
 - c) Indicaciones
 - d) Limitaciones
 - e) Contraindicaciones
5. ESTADISTICA
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El objeto principal de este trabajo es dar a conocer las ventajas que hemos obtenido al hacer sistemáticamente la INCISION TRANSVERSA EN PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA, en el Servicio de Urología Sección "A" del Hospital General desde el mes de Septiembre de 1958.

Con este método hemos logrado acortar el período de hospitalización de los pacientes y disminuir la formación de fistulas suprapúbicas.

GENERALIDADES

Embriología

Los rudimentos de la próstata comienzan a manifestarse alrededor de los 80 ó 90 días de la vida intrauterina cuando en cinco puntos distintos de la uretra profunda embrionaria parecen evaginaciones epiteliales disponiéndose en forma circular para más tarde formar luces y ramas simulando tubos que constituyen los núcleos de la próstata.

Estos cinco puntos se localizan: en el suelo de la uretra entre el cuello vesical y los orificios de los conductos eyaculadores y delutrículo; en el surco prostático a cada lado de la uretra; luego por debajo de los orificios de los conductos eyaculadores y delutrículo y a nivel de la pared ventral o anterior de la uretra profunda.

Cada uno de estos puntos da origen a un lóbulo que en total serán cinco: lóbulo medio; laterales derecho e izquierdo; anterior y posterior.

A las 16 semanas aparecen fibras musculares que rodean los tubos.

El lóbulo medio está formado por nuevo o diez tubos que en un principio están separados de los laterales pero que más tarde no hay separación neta entre ellos.

Los lóbulos laterales derecho e izquierdo, están formados por veintisiete a cuarenta y seis tubos que en un principio están separados de los de los otros lóbulos y entre sí mismos, para perder diferenciación al final de la vida fetal, con el lóbulo medio.

El lóbulo posterior posee una estructura independiente que está formada por ocho tubos entre los cuales hay tejido fibroso que los separa de los otros lóbulos.

El lóbulo anterior en la primera mitad de la vida fetal está formado por trece tubos que se reducen a seis en la segunda mitad y en el recién nacido llegan a dos.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

Definición: la próstata es una formación músculo-glandular desarrollada en la porción inicial de la uretra masculina, pertenece fisiológicamente al sistema genital del hombre.

Situación: es un órgano situado profundamente en la excavación pélvica, debajo de la vejiga, encima de la aponeurosis perineal media, detrás de la sínfisis pública delante de la ampolla rectal. Relacionada íntimamente con el aparato esfinteriano vésico-uretral.

Forma: semeja un cono truncado de base superior, su eje mayor forma con la vertical un ángulo de 20 a 25 grados. Se pueden describir en ella: una cara anterior, una cara posterior, una cara superior, un vértice y dos bordes laterales.

La cara anterior es corta, en relación con la sínfisis pública, a distancia de la misma.

La cara posterior es abombada. Una ligera depresión mediana la recorre verticalmente en toda su altura, dividiéndola en dos lóbulos laterales. Está en relación con la ampolla rectal.

La cara superior o base, está en relación íntima con la vejiga, con las vesículas seminales y los conductos deferentes. Tiene la forma de un triángulo de ángulos muy redondeados y base posterior escotada. El ángulo anterior del triángulo está ocupado por la uretra. Una cresta transversal la divide en: vertiente anterior en contacto con la vejiga y vertiente posterior que aloja de dentro a afuera: los conductos deferentes, las vesículas seminales y los vasos. Esta especie de hilillo está limitado, por detrás, por la comisura retro-espermática o retro-genital; por delante por la comisura pre-espermática o pre-genital formando el lóbulo medio.

El vértice o pico prostático, truncado, descansa en la aponeurosis perineal media.

Los bordes laterales son anchos y redondeados, apoyados en los músculos elevadores del ano.

Volumen. Peso. Varía mucho según las edades. Rudimentaria en el niño, crece bruscamente en la pubertad, alcanzando su completo desarrollo entre 20 y 25 años, quedando estacionaria hasta los 40 ó 50 años.

Posteriormente puede adquirir un gran desarrollo constituyendo la denominada hipertrofia prostática.

Mide por término medio de 28 a 30 milímetros de altura por 40 de ancho y 25 de espesor. Pesa de 20 a 25 gramos.

Color. Consistencia. Tiene un color gris rojizo, algunas veces blanquecino. Firme y elástica al tacto.

RELACIONES ANATOMICAS

1o. Intrínsecas: se relaciona íntimamente con la uretra prostática, el aparato esfinteriano uretro vesical y los conductos eyaculadores.

Uretra prostática: atraviesa la próstata de arriba abajo desde su base al vértice. Muy próxima a su cara anterior en la base y a su cara posterior en el vértice. Describe una ligera curva de concavidad anterior, presentando su luz, en la unión del tercio superior con el tercio medio, una dilatación llamada seno prostático. A nivel de la curva antes descrita se encuentra una elevación músculo-eréctil llamada Vena Montanun y numerosos orificios glandulares puntiformes.

Esfínter liso: es un anillo muscular que rodea el origen de la uretra prostática, mide 6 a 7 mm. de altura, su gro-

sor máximo es de 10 a 12 mm. Se opone a la salida de orina y al reflujo del esperma a la vejiga.

Esfínter estriado. Es un anillo muscular que rodea el pico prostático, más arriba toma forma de herradura, abrazando las caras anterior y laterales de la próstata. Es el órgano de oclusión vesical voluntaria y de expresión de las glándulas prostáticas.

Conductos eyaculadores: caminan oblícuos hacia arriba y adelante, aproximándose ligeramente uno al otro. Terminan en el Veru Montanun por un orificio puntiforme.

2o. Extrínsecas.

Anteriores: separada de la sínfisis del pubis por un espacio de 2 a 3 mm. llamado pre-prostático, limitado: por delante por el pubis, por detrás por la hoja preprostática, por arriba por los ligamentos pubo-vesicales y la cara antero-inferior de la vejiga, por abajo por el ligamento transverso de la pelvis y lateralmente por los fascículos internos de los elevadores. En este espacio se encuentran: el plexo de Santorini y las venas pudendas internas, las arterias vesicales anteriores ascendentes.

Laterales: con los músculos elevadores del ano y la prolongación anterior de la fosa isquiorrectal.

Posteriores: Está en relación íntima con la cara anterior de la ampolla rectal por medio de la aponeurosis de Denonvilliers, entre cuyas hojas se forma el espacio retro-prostático de Proust.

Inferiores: el pico prostático está en relación con el diafragma urogenital y la aponeurosis perineal media.

Superiores: vertiente anterior: sobre ella descansa la vejiga entre la uretra y la cresta transversal de la base. A

nivel del cuello vesical las relaciones son íntimas por intermedio de la musculatura uretro-vesical.

Vertiente posterior: ocupada por el vértice de las dos vesículas seminales y la terminación de los conductos deferentes. Las vesículas se elevan apoyadas en la cara posterior de la vejiga. El fondo del saco peritoneal recto-vesical alcanza el fondo de las vesículas, recubriendolo.

VASOS

Arterias: son poco voluminosas, se originan de:

- a) hemorroidal media
- b) pudenda interna
- c) génito-vesical

Venas: se originan especialmente de las caras laterales, desembocando en el plexo de Santorini y en las venas vesiculares inferiores.

Linfáticos: se originan en las paredes de los fondos de saco glandulares en forma de plexos periacinosos. De aquí se dirigen a la superficie del órgano, donde forman la red periprostática.

Aferentes: se desprenden de la red periprostática tres grupos:

A. Ascendentes: se elevan entre las dos vesículas y terminan en los ganglios ilíacos externos.

B. Laterales: desembocan en los ganglios vesicales laterales y en los Hipogástricos medios.

C. Posteriores: terminan en los ganglios sacro-laterales.

Nervios: se originan del ganglio hipogástrico, acompañan a las arterias. El tercero y el cuarto pares sacros dan algunos ramos. Forman un plexo alrededor de la glándula, terminando en ella.

COMPARTIMIENTO PROSTATICO

La condensación del tejido celular pélvico alrededor de la próstata la aisla en un compartimiento; por mediación de sus paredes, se efectúan las relaciones con las formaciones del rededor.

Se le considera:

Fondo: formado por el diafragma urogenital, que se extiende entre las dos ramas isquiopúbicas, entre la sínfisis pubica y el recto, integrado por el ligamento arcuatum, el ligamento transverso de Henle y la aponeurosis perineal media.

Pared anterior: formada por la hoja pre-prostática, que se continúa más allá del cuello con la aponeurosis pre-vesical.

Pared posterior: formada por aponeurosis de Denonvilliers, la que por arriba de la base se desdobra para envainar las vesículas seminales y los conductos deferentes, terminando en el fondo de saco de Douglas.

Caras laterales: formadas por las láminas látero-prostáticas parten de la cara anterior del sacro, siguen las caras laterales del recto, luego las de la próstata, terminando en la cara posterior de la sínfisis.

Pared superior: no tiene pared propia, cerrada por la vejiga.

ESTRUCTURA

Pertenece al tipo tubular compuesto. Presenta dos clases de tubos secretorios o glándulas.

1. Externos, o glándulas prostáticas propiamente dichas, que forman la mayor parte de la glándula.

2. Internas o glándulas periuretrales.

Las externas, elementos de tipo folicular, poseen un conducto excretorio que se abre en la uretra, dando varias subdivisiones terminan en alveolos, revestidos por células epiteliales cilíndricas.

Las internas constan de pequeños tubos mucosos situados sobre el techo de la uretra y de las glándulas submucosas ramificadas que se abren en la uretra prostática, al lado de las glándulas externas.

La parte de la próstata formada por tejido conjuntivo y muscular, está formada por fibras musculares lisas y elásticas que rodean la uretra prostática y las glándulas tubulares.

FISIOLOGIA

Se le considera actualmente como la principal glándula genital masculina, sin ningún papel en la función de la micción.

Se invocan las siguientes razones:

1. Existe únicamente en el sexo masculino.
2. Aumenta rápidamente de tamaño en la pubertad, al mismo tiempo que los otros órganos sexuales.
3. No crece en las personas castradas en la juventud.
4. Se atrofia en el hombre castrado en la edad adulta.

Su única función secretoria probada es la externa que a-

ya a formar el líquido seminal. Se supone que diluye la secreción testicular, separa y activa los espermatozoides y que coagula la secreción de las vesículas seminales, provocando la retención del líquido seminal dentro del canal genital femenino, favoreciendo así la fecundación.

HIPERTROFIA PROSTATICA

Benigna

Es un proceso hiperplásico o crecimiento exagerado de ciertas porciones de la glándula, especialmente los lóbulos medio y laterales. Sus consecuencias son: obstrucción urinaria más o menos marcada; cambios secundarios en la vejiga y vías urinarias superiores, debido a la distensión y a la infección secundaria.

La hiperplasia es de tipo glandular principalmente, en contrada a veces de tipo fibroso.

ETIOLOGIA

Según Simpson (1914) es debido al crecimiento de adenomas múltiples.

Reischauer la considera como una neoplasia fibroepitelial similar al mioma uterino.

Otros autores creen que la hiperplasia es quística, que tiene su origen en una infección de larga duración, localizada en la porción periuretral de la glándula.

Lower y McCullagh en factor hormonal, relacionando a la próstata con el testículo y la hipófisis anterior, siendo el desequilibrio hormonal de estas glándulas el determinante de la hiperplasia.

Laqueur considera como factor etiológico el predominio estrogénico sobre el hormón masculino, en el hombre adulto.

Sosteniendo tesis contraria Wugmeister comprobó que la administración de estrógenos da lugar a una mejoría funcional y a disminución del tamaño de la próstata.

Deming señala que el adenoma de la próstata es en realidad, una hiperplasia de los conductos prostáticos, estimulada por masa fibro-musculares sólidas en la pared muscular de la uretra prostática.

ANATOMIA PATOLOGICA

La hipertrofia benigna de la próstata tiene lugar, especialmente en los lóbulos medio y laterales, raramente en el anterior y prácticamente nunca en el posterior.

Microscópicamente pueden clasificarse 4 tipos:

1. Glandular: en el que se observa dilatación de los tubos glandulares, con reducción del tejido intersticial.
2. Quístico: cuando la intensidad de la distensión de los tubos glandulares da lugar a formación de quiste.
3. Fibroglandular: si aparece tejido fibroso en cantidad un poco mayor que la normal.
4. Fibroso: cuando la presencia de tejido fibroso es tal que comprime los elementos glandulares.

SIGLOS Y SINTOMAS

El comienzo de la enfermedad es insidioso. Predominan trastornos de la micción, manifestados por la frecuencia de la misma, lentitud en comenzar el chorro y más tarde nicturia y disuria. Puede aparecer retención completa de orina, provocada a veces por el exceso de bebidas alcohólicas u otros irritantes, o la simple exposición al frío o a la humedad. La insuficiencia del mecanismo de expulsión provoca aumento de la orina residual, al extremo que puede gotear, dando origen a incontinencia por rebosamiento.

Los síntomas no son proporcionales al tamaño de la

próstata.

Los haces musculares vesicales se hipertrofian para vencer la obstrucción, los uréteres se dilatan y disminuyen la capacidad renal para excretar los tóxicos del organismo. Este déficit renal se manifiesta por síntomas generales: anorexia, vahidos, pérdida de peso, sequedad de la piel, etc.

La orina se altera hasta que se presenta infección secundaria.

DIAGNOSTICO

Se facilita por medio del tacto rectal, medida de orina residual, cistoscopía y examen radiológico.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

En los tratados de técnica operatoria se ha demostrado que las incisiones transversales son más anatómicas y más fisiológicas que las longitudinales, ya que en las transversales se siguen las líneas naturales de Lange, lo que hace que los labios de la herida coapten más fácilmente, se seccionan menos vasos y nervios con lo cual se reduce la hemostasia y se evitan zonas anestésicas o hiperalgésicas a inmediaciones de la herida; por lo tanto el peligro de dehiscencia post-operatoria es menos frecuente.

Antes del mes de Septiembre de 1958 hacíamos rutinariamente la incisión mediana subumbilical, siendo nuestras complicaciones más molestas la formación de fistulas suprapúbicas a nivel de la salida del empaque o a nivel del drenaje del espacio de Retzius, es decir en la parte media y extremidad inferior de la herida.

Otra complicación era la infección de la herida operatoria con dehiscencia de los labios lo que en algunos pacientes hacía necesario el cierre secundario alargando el período post-

operatorio mientras se obtenía la cicatrización.

En 35 casos operados hasta la fecha, empleando la incisión transversal, no hemos tenido ninguna dehiscencia de la herida operatoria y se han presentado únicamente 3 casos de fistulas suprapúbicas que cedieron con medidas conservadoras es decir, colocando un catéter permanente uretral durante algunos días.

Al principio temíamos que una infección en el espacio de Retzius fuera de carácter grave, pero, uno de los casos que se infectó, salió sin mayores complicaciones.

Cuando comenzamos a emplear esta técnica, notamos que el tiempo quirúrgico era más largo que con la técnica habitual, pero la experiencia nos ha demostrado que el tiempo empleado es exactamente el mismo, siempre que nos apeguemos a una técnica operatoria de rutina.

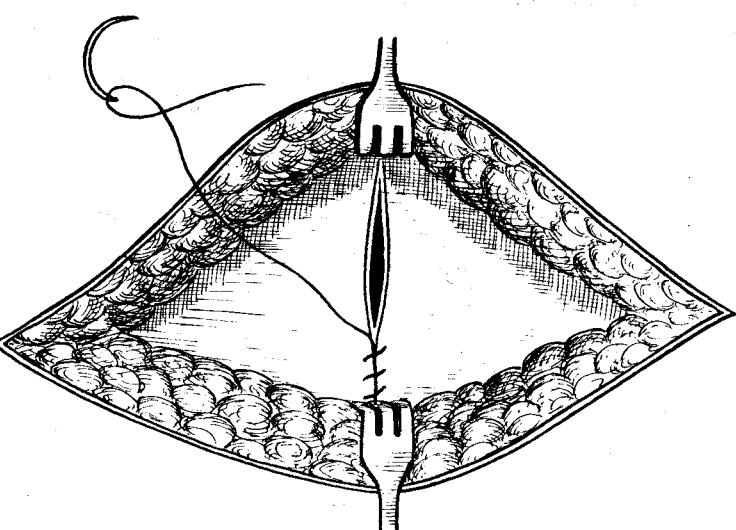


Fig. 2

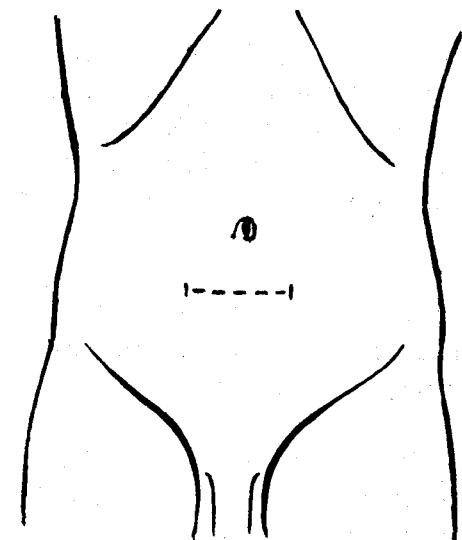


Fig. 1

TECNICA OPERATORIA

Descripción

1. Instrumental corriente de disección.
2. Anestesia: raquídea baja, 80 a 100 mgs. de procaina al 10% (a no ser que esté contraindicada).
3. Paciente en decúbito dorsal.
4. Llenar la vejiga urinaria, por cateterismo o a presión, con 150 cc. de solución antiséptica débil, para facilitar la disección de la vejiga.
5. Asepsia y antisepsia de la piel y genitales externos, desde arriba del ombligo hasta la mitad de los muslos.
6. Ligadura de los conductos deferentes, para evitar la epididimitis post-operatoria.
7. Incisión transversal a 5 cms. por debajo del ombligo, de longitud variable dependiendo del panículo adiposo del paciente y que interesa piel y tejido celular subcutáneo (Fig. 1).
8. La hemostasia se facilita haciendo tracción del tejido celular subcutáneo en sentido opuesto con separadores de Volkman que hace visualizar los vasos.
9. Disección de ambos colgajos hacia arriba y hacia abajo para exponer la aponeurosis (Fig. 2).
10. Incisión longitudinal de la aponeurosis.
11. Separación de los músculos rectos abdominales, o del borde externo del más cercano a la herida operatoria.

	Curado	Curado	Curado
	Ninguna	Ninguna	Ninguna
hip. den. Prost. Sup.	Prost. General	Prost. Sup.	Prost. Sup.
Hip. Ben. Prost.	Prost. General	Prost. Sup.	Prost. Sup.
L.G.G.	55 años		
35			

12. Dissección roma de la pared vesical anterior, reclinando el peritoneo hacia arriba lo más posible sin abrirlo, para tener bien a la vista la parte más superior de la vejiga.
13. Protección del repliegue peritoneal y con dos pinzas de Allis se toma la cara anterior de la pared vesical lo más distante posible de la sínfisis pubiana, las pinzas deben estar separadas más o menos cinco centímetros.
14. Incisión de la pared vesical, transversal, entre las dos pinzas. (La incisión transversal evita las desgarraduras del cuello vesical y facilita la sutura). Se aspira el contenido de la vejiga. Los extremos de la herida vesical, o por lo menos uno de ellos se fijan, temporalmente con puntos de tensión.
15. En este momento, protegiendo el brazo izquierdo con una manga estéril, se introduce el índice de la mano izquierda en el recto del paciente para empujar la próstata hacia la cavidad vesical. El índice de la mano derecha del operador explora el interior de la vejiga investigando cálculos, divertículos, etc. Despues el extremo del índice derecho se introduce en el cuello vesical para que se rasgue la mucosa en su punto más débil, siguiendo este punto se encontrará el plano de clivaje para enuclear el adenoma prostático, maniobra facilitada por presiones y contrapresiones del índice izquierdo que se tiene introducido en el recto.

Nota: si el adenoma no es muy grande se puede enuclear en una sola pieza, teniendo siempre cuidado de no forzar el cuello vesical. Si el tumor es muy grande preferible es enuclearlo por lóbulos separados. No está demás recordar que por vía suprapúbica solamente pueden enuclearse el lóbulo medio y laterales. Queremos enfatizar a mayor gentileza con el cuello vesical durante la enucleación, es mucho menor el peligro de incontinencia

16. Terminada la enucleación, se introducen el lóbulo prostático una o dos compresas a ligera presión para hacer hemostasis; el dedo en el recto garantiza la situación de las compresas. Esperar 1 a 2 minutos.
17. Se retiran las compresas y se revisa el lecho prostático para comprobar si la cápsula se ha contraído haciendo la hemorragia insignificante, si no ha sido así es preferible volver a colocar compresas a presión para conseguir mejor hemostasis.
18. Una vez contraída la cápsula prostática, se coloca a muy ligera presión, un taponamiento, en el lecho prostático, hecho con venda de gasa de cinco centímetros de ancho por cincuenta centímetros de largo en número que varía según el tamaño del adenoma. Los extremos de las gasas que saldrán por la herida operatoria deben marcarse para saber el orden en que deben retirarse. El taponamiento se hace para evitar hemorragias inmediatas a la operación; el índice izquierdo, siempre en el recto, comprueba la correcta situación de las gasas.
19. Hasta ahora se retira el índice izquierdo del recto, quitándose la manga y cambiando el guante séptico.
20. Se practica una herida en puñalada sobre el colgajo superior en la línea media a 3 cms. del labio de la incisión.
21. Se coloca catéter de Pezzer o Malecot número 22F ó 24F a cuatro centímetros por encima de la incisión transversa de la vejiga, es decir, en pared vesical íntegra; el extremo libre del catéter se saca a través de la incisión en puñalada practicada en el colgajo superior, mencionada anteriormente.
22. Con puntos separados de catgut cromizado se sutura la

herida de la pared vesical, en un solo plano, dejando espacio suficiente para que las vendas de taponamiento puedan retirarse más tarde, sin hacer mucho esfuerzo.

23. La parte más superior de la pared vesical se fija con un punto de catgut a la aponeurosis abdominal para aislar y proteger el peritoneo así como para facilitar cualquier intervención futura en la vejiga.
24. Se deja un drenaje en el espacio de Retzius que se saca también por una herida pequeña, en puñalada, hecha en el colgajo inferior cerca del pubis.

VENTAJAS

Las incisiones transversales son:

- a) más anatómicas
- b) más fisiológicas
- c) seccionan menos vasos
- d) seccionan menos nervios
- e) menos porcentaje de dehiscencia
- f) cicatrizan fácilmente

DETALLES POST-OPERATORIOS

Fuera de los cuidados de rutina en toda intervención quirúrgica precisamos los siguientes, siempre que no haya complicaciones:

- A. Al retirar el taponamiento a las 24 horas de la intervención.
- B. Retirar el drenaje a las 48 horas si no se presentan señales de infección en la herida operatoria.

- C. Levantar al paciente al segundo día, sobre todo si es de edad avanzada. Si no hay señales de ileus debe introducirse la dieta corriente a que esté acostumbrado el paciente.
- D. Observar el color de la orina y la herida operatoria, si ésta cierra por primera intención y la orina es clara, al día siguiente de quitados los puntos, se puede retirar la sonda de Pezzer y el paciente empieza a orinar espontáneamente sin molestias. Si la herida cierra por segunda intención, cuando se aclara la orina, hay que fijar una sonda permanente uretral, retirar la de Pezzer y esperar la completa cicatrización de la herida operatoria.

INDICACIONES

Los adenomas grandes, en pacientes de buena función renal, orina no muy infectada y buen estado general. Son los casos frecuentes del prostático de hospital en la séptima década de la vida.

LIMITACIONES

La técnica descrita no puede utilizarse: en los adenomas pequeños intrauretrales, fibrosis prostática, contractura del cuello vesical, enfermedad de Guyón, litiasis prostática, afecciones éstas que sólo se benefician por la cirugía transuretral endoscópica.

CONTRAINDICACIONES

El cáncer de la próstata. El carcinoma es una formal contraindicación, el único error admisible es no sospecharlo clínicamente y que sea el patólogo el que lo descubra en la pieza operatoria.

RESULTADOS

En los 35 casos operados usando la incisión transversa hubo una defunción cuya causa fue uremia irreversible. Como complicaciones tuvimos tres casos de fistulas que cedieron con medidas conservadoras, y hubo un caso de infección de la herida operatoria que cedió con antibióticos.

CUADRO ESTADISTICO DEL NUMERO DE CASOS OPERADOS HASTA LA FECHA

CASO	NOMBRE	EDAD	DIAGNOSTICO	OPERACION	ANESTESIA	COMPLICACION	TERMINACION
1	B. de L.	57 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
2	A.H.	63 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
3	F.F.	63 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
4	A.C.	58 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	GENERAL	Ninguna	Curado
5	L.C. Mc. I	64 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	FISTULA	Curado
6	A.D.	67 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
7	M.P.	76 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	INFECCION	Curado
8	B.A.	60 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
9	V.B.	60 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
10	J.S.	55 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	MUERTO
11	R.C.	50 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
12	J.U.S.	67 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
13	F.G.	60 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
14	F.A.O.	67 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
15	V.G.	72 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
16	L.D.	74 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	FISTULA	Curado
17	I.G.	73 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	GENERAL	Ninguna	Curado
18	D.P.	60 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
19	C.L.	57 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
20	M.H.	72 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
21	T.G.	52 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
22	A.B.	65 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
23	J.A.B.	73 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	GENERAL	Ninguna	Curado
24	S.V.	66 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
25	F.P.E.	69 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
26	J.O.	60 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
27	J.L.P.	65 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
28	M.A.	69 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
29	E.S.	67 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	GENERAL	Ninguna	Curado
30	L.V.	65 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
31	B.B.	67 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado
32	A.M.	69 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	FISTULA	Curado
33	E.del C.	77 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	GENERAL	Ninguna	Curado
34	S.R.	75 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	GENERAL	Ninguna	Curado
35	L.G.G.	55 años	Hip. Ben. Pro	Prost. Sup.	Raquidea	Ninguna	Curado

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presenta un esbozo sobre embiología, anatomía y fisiología prostáticas.
2. Se hacen consideraciones sobre hipertrofia benigna de la próstata.
3. Se expone la técnica operatoria.
4. Se señalan las ventajas de la incisión transversa.
5. Se presenta la casuística con los resultados obtenidos.

Carlos Enrique Rodas D.

Vo. Bo.

Dr. Alejandro Palomo M.

Imprímase

Dr. Ernesto Alarcón B.
Decano

BIBLIOGRAFIA

Dr. Alejandro Palomo M.
Comunicaciones personales

Dr. Carlos Alberto Bernhard.
Comunicaciones personales

J. O. Molina R.
Tesis 1957

L. Testut A. Latarget.
Anatomía Humana. Tomo IV.

Lowsley-Kirwin.
Clínica Urológica. Tomo I