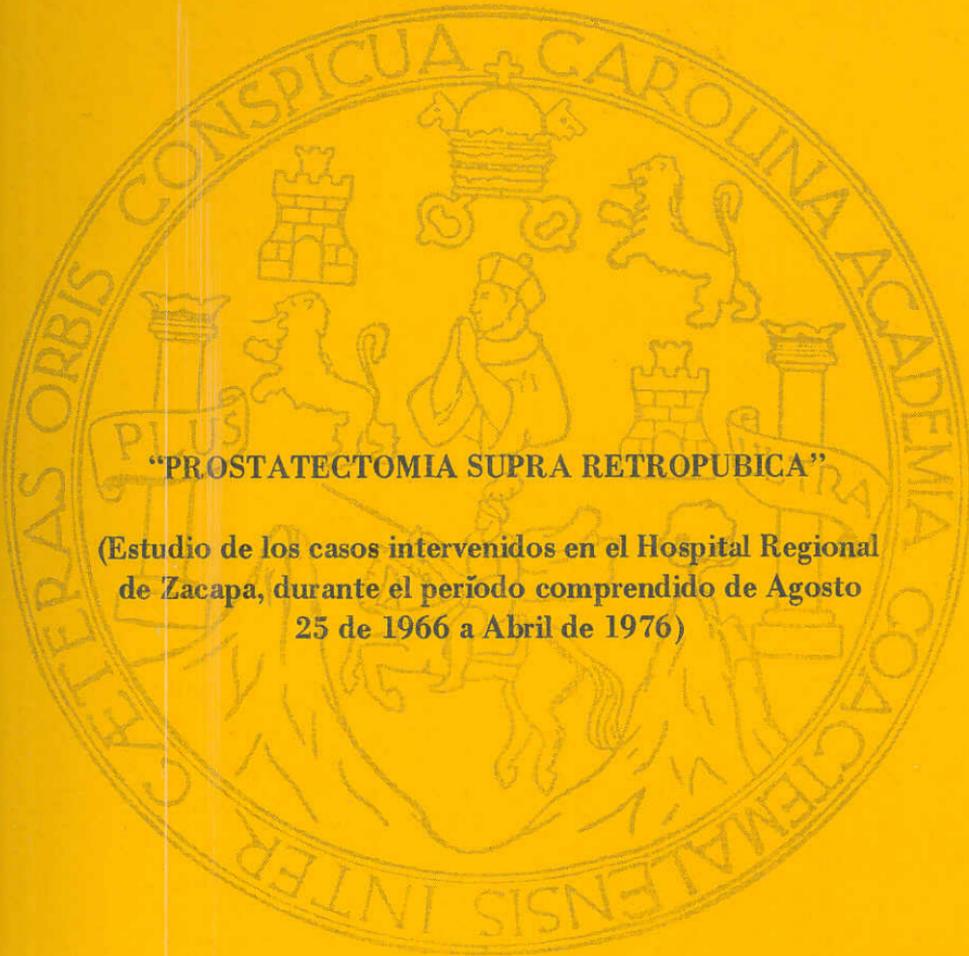


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem. It features a central figure of a king or saint, possibly St. Charles, seated on a throne and holding a book. The figure is surrounded by various heraldic symbols, including a lion, a castle, and a cross. The text "UNIVERSITAS SAN CAROLINIENSIS" is inscribed around the perimeter of the seal. The seal is rendered in a light, embossed style on the yellow background of the cover.

“PROSTATECTOMIA SUPRA RETROPUBICA”

(Estudio de los casos intervenidos en el Hospital Regional
de Zacapa, durante el período comprendido de Agosto
25 de 1966 a Abril de 1976)

OTTONIEL MORALES ROLDAN

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. GENERALIDADES

- a) Embriología
- b) Anatomía
- c) Fisiología

III. HIPERTROFIA PROSTATICA

- a) Definición
- b) Etiología
- c) Anatomía Patológica
- d) Signos y Síntomas
- e) Diagnóstico

IV. TECNICA OPERATORIA

V. MATERIAL Y METODOS

VI. RESULTADOS

VII. CONCLUSIONES

VIII. RECOMENDACIONES

IX. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION:

Son numerosos los pacientes con problemas urinarios que solicitan atención médica al Hospital Regional de Zacapa, especialmente con Retención Aguda de Orina.

Lo más sencillo hubiera sido enviar a estos pacientes a la ciudad capital, pero se encontró poco práctico desde el principio, por las siguientes razones.

- 1- Evitar separar al paciente de su medio y alejarlo de su familia. (gente humilde y campesina)
- 2- Por los gastos de transporte.
- 3- Evitar los problemas de donadores y camas en hospitales de la capital.
- 4- Evitar ocupar camas en Zacapa, mientras se autorizaba el traslado.

Estas y muchas razones más, vinieron a preocupar a los cirujanos del Hospital y fue así como a partir de Agosto de 1966, se inició la práctica de la Prostatectomía Supra Retropúbica en este centro hospitalario de provincia, con resultados satisfactorios a pesar de ser cirugía especializada, que sólo se practicaba en centros hospitalarios de la Capital.

Espero este estudio realizado sirva para ejemplo a otros centros hospitalarios de provincia, en las mismas condiciones que el Hospital Regional de Zacapa, para realizar esta clase de Cirugía.

II. GENERALIDADES:

EMBRIOLOGIA:

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 aparecen 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 el utrículo; en el surco prostático a cada lado de la uretra; luego por debajo de los orificios de los conductos eyaculadores y del utrículo 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 nueve 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 cuarentiséis 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:

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 púbica, delante de la ampolla rectal.

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 púbica, 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 hilio 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 vertiente 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: 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 eminencia músculo erectil llamada Veru-montanun y numerosos orificios glandulares puntiformes.

Esfinter Liso: Es un anillo muscular que rodea el origen de la uretra prostática, mide 6 a 7 milímetros de altura, su grosor máximo es de 10 a 12 milímetros. Se opone a la salida de orina y al reflujo de esperma a la vejiga.

Esfinter 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.

Conductos Eyaculadores: Caminan oblicuos 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 milímetros, llamado pre prostático, limitado; por delante por el pubis, por detrás por la hoja pre prostática, por arriba, por los ligamentos pubo vesicales y la cara antero inferior de la vejiga, por abajo por el ligamento transversal de la pelvis y lateralmente por los fascículos internos de los elevadores. En este espacio se encuentran: El Plexo de Santorini, las venas pudendas internas y las arterias vesicales anteriores ascendentes.

Laterales: Con los músculos elevadores del ano y la prolongación anterior de la fosa isquio rectal.

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 útero 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, recubriéndolo.

VASOS:

Arterias: Son poco voluminosas, se originan en:

- a) Hemorroidal Media
- b) Pudenda Interna
- c) Genito 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 Peri-Prostática.

Aferentes: Se desprenden de la red peri-prostática en tres grupos: 1— Laterales que desembocan en los ganglios vesicales laterales y en los hipogástricos medios. 2— Ascendentes que se elevan entre las dos vesículas y terminan en los ganglios ilíacos externos. 3— Posteriores que terminan en los ganglios sacro laterales.

NERVIOS:

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

COMPARTIMIENTO PROSTATICO:

La condensación del tejido celular pélvico alrededor de la próstata, la aísla 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 isquio púbicas, entre la sínfisis púbica 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 desdobla para envainar las vesículas seminales y los conductos deferentes, terminando en el fondo del saco de Douglas.

Caras Laterales: Formadas por las láminas latero prostática 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 peri-uretrales.

Las externas, elementos de tipo foliolar, 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 ayuda 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.

III. HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA.

Es un proceso hiperplástico 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, encontrada a veces de tipo fibroso.

ETIOLOGIA:

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

Reischauer, la considera como una neoplasia fibro epitelial 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 Mc.Cullagh, 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 dá 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 masas 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 quistes.
- 3- Fibro-glandular: 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.

SIGNOS Y SINTOMAS:

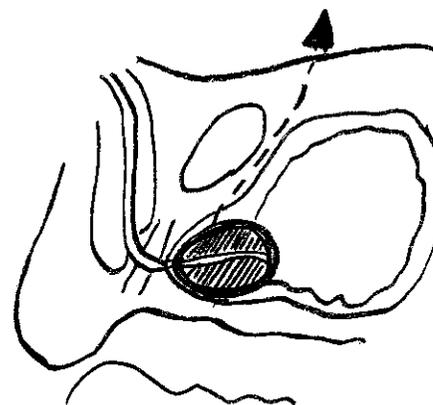
El comienzo de la enfermedad es insidioso. Predominan trastornos de la micción, manifestados por la frecuencia de la misma, lentitud en comenzar el chorro y más tarde nicturia y Disuria. Puede aparecer retención completa de orina, provocada a veces por el exceso de bebidas alcohólicas y otros irritantes, 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 la incontinencia por rebosamiento.

Los síntomas no son proporcionales al tamaño de la Próstata.

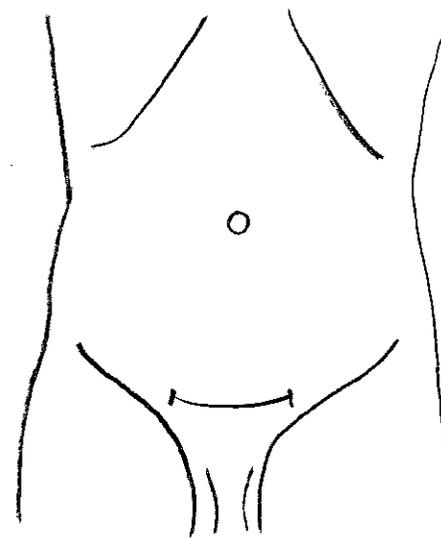
Los haces musculares vesicales se hipertrofian para vencer la obstrucción, los ureteres se dilatan y disminuyen la capacidad renal para excretar los tóxicos del organismo. Este déficit renal se manifiesta por síntomas generales: Aneroxia, vahidos, pérdida de peso, sequedad de la piel, etc.

DIAGNOSTICO:

Se facilita por medio del tacto rectal, medición de Orina residual, Cistoscopia y examen radiológico.



PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA



IV. TECNICA Y RECORD OPERATORIO:

En todos los casos se practicó la Prostatectomía Supra-Retropúbica con incisión transversa de Pfannestiel, siguiendo la misma técnica descrita en textos clásicos, agregándole la modificación de dejar sonda de Cistostomía Supra-Púbica para irrigación constante con solución salina fisiológica las primeras 48 horas y aspiración en la sonda vesical inferior.

A continuación se describe Record Operatorio:

- 1- Paciente en posición Decubito Dorsal, previa asepsia y antisepsia en abdomen y genitales, se procede a la colocación de campos y a ligar los conductos deferentes.
- 2- Con compresas en posición horizontal, presentando plano a un centímetro por arriba del púbis, se efectúa incisión transversa tipo Pfannestiel de 12 a 15 centímetros de longitud y que interesa piel y tejido celular subcutáneo.
- 3- Sección transversa de la hoja anterior de la vaina del Recto y disección hacia arriba y abajo 2-3 centímetros, separándola de músculos Rectos y Piramidales; luego se separan los rectos anteriores exponiendo la cara anterior de la vejiga en forma retropúbica hasta llegar al cuello de la misma, donde se incide por su cara anterior, hasta la cápsula prostática.
- 4- Aspiración de restos de orina y sangre que va de los planos más superficiales a la cavidad vesical, después de presentar los planos, se separan con separadores de Deavey.
- 5- Se revisa cavidad vesical, para luego proceder a la escisión de la glándula Prostática en forma digital, a partir del lóbulo posterior, medio laterales y lóbulo anterior; seguidamente se extrae con pinza de anillos y se revisa el lecho prostático para evitar dejar restos de la glándula.
- 6- Se efectúa hemostasis del Cuello Vesical con sutura continúa con Catgut Cromizado 00, no completamente circular para evitar estrechez.
- 7- Se coloca sonda de Foley vía transuretral, introduciendo de 20 a 50 cc. de Agua Destilada, dejándola en la Fosa Prostática haciendo compresión para hemostasis.

- 8— Se efectúa derivación urinaria por CISTOSTOMIA lateral supra-púbica, pasando sonda de Foley e introduciéndole 5 cc. de Agua Destilada.
- 9— Se sutura la pared anterior de la vejiga en 2 planos, la capa muscular y serosa, con Catgut Cromizado 0, se coloca solución salina a derivación lateral supra-púbica de vejiga que se efectuó por medio de sonda de Foley que se extrajo por incisión diferente a la operatoria, de piel, tejido celular subcutáneo, fascia y músculo; esta irrigación es constante y la salida es por la sonda Foley colocada en la fosa prostática, la cual se conecta a un frasco en el cual se controla la cantidad excretada y el color de la misma. Si no hay obstrucción y la solución pasa, se procede a afrontar fascia con puntos separados de Catgut Cromizado 00, Tejido Celular Subcutáneo con puntos separados con Catgut Simple 00 y piel con puntos de Mc.Millan con hilo de algodón 0000.
- 10— La sonda que tiene como función derivar la irrigación de la vejiga, es adherida firmemente a la piel y reforzada nuevamente para evitar que se salga por mala manipulación y tener como consecuencia obstrucción de vías urinarias en el post-operatorio.

La irrigación es constante; al principio el líquido será sanguinolento; a medida que avanzan los días, este irá aclarando; la irrigación se dejará de 3 a 4 días; al aclararse completamente el líquido excretado, se procederá a retirar la sonda que funciona como derivación de vejiga.

V. MATERIAL Y METODOS

Se hace una revisión de todos los casos intervenidos quirúrgicamente de Prostatectomía Supra Retropúbica en el Hospital Regional de Zacapa, durante el tiempo comprendido del 25 de agosto de 1966 al 2 de abril de 1976.

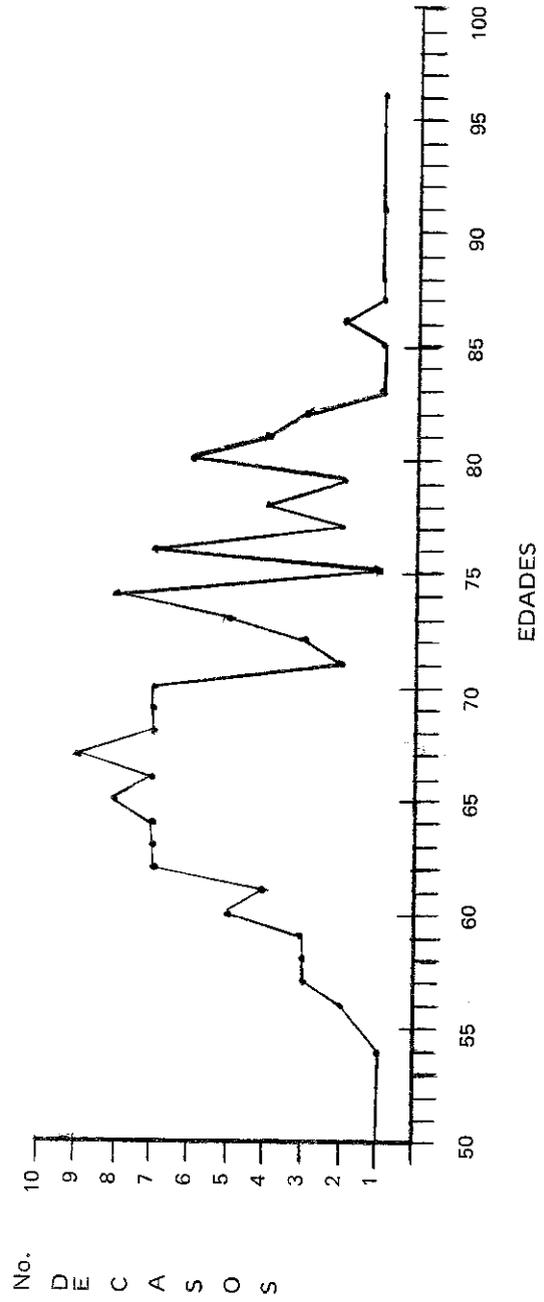
Se contó con material del archivo del Hospital de Zacapa, así como los libros de registro de Sala de Operaciones.

Se encontró que en este tiempo fueron intervenidos 194 pacientes.

Después de una búsqueda cuidadosa, se encontraron 143 sobres clínicos; este número de papeletas un poco bajo es debido posible ente a que en el año 1968, hubo reacondicionamiento del archivo del Hospital cuando se integró con el Centro de Salud local; además de la desorganización que sufrió para el terremoto del 4 de febrero recién pasado.

El método de trabajo fue: Analítico y Estadístico.

GRAFICA No. 1



VI. RESULTADOS.

Se analizaron los 143 casos encontrados, bajo los para siguientes:

- 1— Edad
- 2— Signos y Síntomas
- 3— Diagnóstico Pre-Operatorio
- 4— Procedimientos Quirúrgicos Asociados
- 5— Anestesia
- 6— Diagnóstico Post-Operatorio
- 7— Complicaciones
- 8— Días de Hospitalización
- 9— Días Post-Operados
- 10— Cantidad de Sangre utilizada
- 11— Antibióticos Utilizados
- 12— Anatomía Patológica

EDAD:

La Prostatectomía fue practicada a los 143 pacientes estudiados, siendo el de menor edad de 50 años y el de mayor edad de 96 años.

La Gráfica No. 1 muestra que el mayor porcentaje se presentó en las décadas de 60 a 70 años con un 52.39o/o.

En todos los casos se palpó la próstata Hipertrofiada blanda, salvo en ocho casos que se intervinieron con la sospecha de que podían tener un Carcinoma agregado; pero los estudios radiológicos y enzimáticos no estaban anormales.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Los pacientes estudiados; según su sintomatología, ingresaron así:

| | | |
|--|-----|-----------|
| Retención Aguda de Orina | 107 | Pacientes |
| Disminución del Chorro de Orina | 9 | " |
| Polaquiuria | 6 | " |
| Polaquiuria y Disuria | 4 | " |
| Disuria | 4 | " |
| Hematuria | 3 | " |
| Polaquiuria-Hematuria-Disuria | 2 | " |
| Hematuria-Polaquiuria-Obstrucción del Chorro de Orina | 1 | " |
| Polaquiuria-Hematuria | 1 | " |
| Hematuria-Disuria | 1 | " |
| Oliguria-Disuria | 1 | " |
| Polaquiuria-Disminución del Chorro de Orina | 1 | " |
| Polaquiuria-Disuria y Disminución del Chorro de Orina | 1 | " |
| Estreñimiento (Constipación) | 1 | " |
| Fístula Vesico-Cutánea post Cistostomía por Ruptura Traumática de Uretra | 1 | " |

Total: 143 Pacientes

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO:

| | | |
|---|----|-------|
| Hipertrofia Prostática Benigna | 47 | Casos |
| Hipertrofia Prostática Benigna y Retención Aguda de Orina | 69 | " |
| Retención Aguda de Orina | 10 | " |
| Carcinoma-Litiasis Vesical | 9 | " |
| Carcinoma | 5 | " |
| Hipertrofia Prostática Benigna y Litiasis Vesical | 3 | " |

Total: 143 Casos

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ASOCIADOS:

5- 6 Cistostomías previas para aliviar la obstrucción, ya que fue imposible introducir la sonda a través de la uretra.

2- Resección de área de Chomoblastomicosis, que ocupaba un 20o/o de la superficie de la pierna izquierda, 15 días después de la

Prostatectomía y dos semanas después se colocaron injertos cutáneos.

- 3- Hernioplastia Inguinal y Prostatectomía: Ocho días antes a este paciente se le practicó amputación parcial del pene por carcinoma del glande y seis meses después; disección radical de ingle izquierda porque aparecieron metástasis.
- 4- A un paciente se le practicó Prostatectomía parcial y Cistostomía un mes antes; ya que después de este tiempo se le practicó Orquidectomía Sub-capsular y Mastectomía Sub areolar.
- 5- A dos pacientes se les practicó Orquidectomía Sub-capsular y Mastectomía Sub areolar a las 3 semanas y un mes respectivamente, después de recibir el informe de Anatomía Patológica y tratarse de Carcinoma de la Próstata.

ANESTESIA:

En 142 de los casos estudiados, la anestesia fue Utilizada la Raquídea. En un caso se empleó anestesia general; (Eter-O₂), sin que se encontrara en dicha papeleta las razones de su uso; se trataba de un paciente de 57 años de edad.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:

| | | |
|---|-----|-------|
| Hipertrofia Prostática Benigna | 124 | Casos |
| Hipertrofia Prostática Benigna y Litiasis Vesical | 10 | " |
| Carcinoma de la Próstata | 9 | " |

COMPLICACIONES:

Muertes = 3 Casos

Dos pacientes fallecieron por Insuficiencia Respiratoria Aguda al 2o. y 4o. días post operatorios. Un paciente falleció al 7o. día post-operatorio; presentó enfisema subcutáneo en el cuello, y al levantarse presentó Colapso, posiblemente: Embolia Cerebral.

En ninguno de los casos fue posible practicar la Autopsia.

| | | |
|------------------------------------|---|-------|
| Estrechez de Uretra Anterior | 7 | Casos |
| Estrechez de Uretra Posterior | 3 | " |
| Estrechez Meato Anterior de Uretra | 1 | " |

| | | |
|--|---|---|
| Obstrucción de Sondas por Falta de Irrigación. | 1 | " |
| Hemorragia en el Inmediato Post-Operatorio. | 5 | " |
| Hemorragia Tardía de 11 a 30 días post-operatorio. | 4 | " |
| Orquitis Unilateral. | 1 | " |
| Infección Herida Operatoria y Fístula. | 1 | " |
| Infección Herida Operatoria y Dehiscencia. | 1 | " |
| Fístula de 5 a 9 días post-operatorios. | 4 | " |
| Hematoma de Herida Operatoria. | 2 | " |
| Incontinencia. | 1 | " |
| Gastroenterocolitis (Shigella). | 1 | " |

A los pacientes de estrechez de uretra anterior, a tres de los pacientes se les practicó dos dilataciones, realizando en uno de los casos, en la segunda dilatación; Meatotomía Externa, en los otros 4 casos, fue necesaria solamente una dilatación uretral.

A los casos de estrechez de uretra posterior, se les practicaron dos dilataciones a cada uno.

La estrechez del meato anterior de la uretra, se trató con Meatotomía Externa.

La obstrucción de sondas por falta de irrigación, fue necesario reintervenir al paciente, revisar la hemostasis del cuello vesical y empacar con Gelfoan, el lecho prostático.

La hemorragia tardía cedió con tratamiento médico.

La orquitis unilateral, cedió fácilmente con antibióticos, y se presentó como complicación a pesar de que a todos los pacientes, se practicó ligadura de cordones espermáticos.

La infección de herida operatoria y fístula, infección de herida operatoria y dehiscencia y los casos de fístula vesico cutánea, cedieron con tratamiento médico.

Los casos de Hematoma de herida operatoria; 1 caso se puncionó, extrayéndose 10cc. de sangre con lo que cedió; el otro caso fue necesario reintervenirlo, realizando ligadura del vaso sangrante.

La incontinencia fue tratada con sonda vesical permanente.

Se menciona la Gastroenterocolitis por Shigella, porque fue un paciente que al cuarto día post-operatorio estuvo grave, por el cuadro de Deshidra-

tación y Sepsis.

COMPLICACIONES EN UN SOLO PACIENTE:

- 1— Reacción alérgica transfusional durante la operación.
- 2— Ileo paralítico del 2o. al 7o. día post-operatorio.
- 3— Hepatitis Severa.
- 4— Nefrosis de Nefrona Inferior: Anuria Total, Uremia secundaria.
- 5— Absceso de pared abdominal.
- 6— Fístula Suprapúbica.

Este paciente egresó caminando un mes quince días después de la operación; año y medio después sólo presenta Hipertensión leve.

DIAS DE HOSPITALIZACION:

Máximo: 72 días
 Mínimo: 8 "
 Promedio-22 "

Este tiempo fue necesario para ponerlos en condiciones de operarlos por los grados variables, a veces marcados de desnutrición, anemias severas o enfermedades agudas sobreagregadas; además están incluidos los días post-operatorios.

DIAS POST OPERATORIOS:

Máximo: 45 días
 Mínimo: 7 "
 Promedio: 10 "

Este tiempo de post operados, se considera dentro de límites normales, tomando en cuenta las complicaciones.

CANTIDAD DE SANGRE UTILIZADA-

| | | |
|---------------------|----|---------|
| No hubo Transfusión | 47 | Casos |
| Pre Operatorio- | 39 | " |
| Así: 32 Pacientes | | 500 cc |
| 4 " | | 1000 cc |
| 1 " | | 1500 cc |

| | | |
|----------------------------|----------|---------|
| | 1 " | 2000 cc |
| | 1 " | 2500 cc |
| Durante la Operación- | 47 Casos | |
| Así: 38 Pacientes | 500 cc | |
| 9 " | 1000 cc | |
| Post Operatorio Inmediato- | 26 Casos | |
| Así: 19 Pacientes | 500 cc | |
| 6 " | 1000 cc | |
| 1 " | 1500 cc | |
| Post Operatorio Tardío: | 2 Casos | |
| Así: 2 Pacientes | 1000 cc | |

ANTIBIOTICOS UTILIZADOS:

En todos los casos se empleó; en el pre operatorio, Sulfadiazina profiláctica, por motivo que a los pacientes se les colocaba sonda vesical permanente.

A todos los pacientes en el post operatorio se les administró Cloranfenicol 500 mg. vía parenteral cada 6 horas durante 24 horas y luego la misma dosis por vía oral. En algunos casos fue necesario utilizar; por las infecciones sobreaagregadas: Penicilina Procaina.

A los pacientes a los que se les practicó Mastectomía y Orquidectomía; se administró Dietil-estil-bestrol.

ANATOMIA PATOLOGICA:

| | |
|--|-----------|
| Hipertrofia Prostática Benigna. | 118 Casos |
| Adenocarcinoma. | 6 " " |
| Hipertrofia Adenomatosa. | 4 " " |
| Carcinoma bien diferenciado | 3 " " |
| Hipertrofia Prostática Benigna e Infarto | 2 " " |
| Hipertrofia Prostática Benigna y Prostatitis Crónica. | 2 " " |
| Hipertrofia Adenomatosa y Prostatitis Crónica. | 2 " " |
| Hipertrofia Prostática Benigna, Prostatitis Aguda y Crónica e Infarto. | 2 " " |
| Carcinoma de Células Transcicionales G III (Brodos Infiltrativo). | 1 " " |
| Rabdomiosarcoma | 1 " " |
| Hipertrofia Prostática Benigna y Prostatitis | |
| Granulomatosa con Vasculitis | 1 " " |
| Prostatitis Aguda. | 1 " " |

VII. CONCLUSIONES:

- 1- Se han presentado 143 Prostatectomías Supra Retropúbic practicadas en el Hospital Regional de Zacapa con su manejo complicaciones.
- 2- Consideramos que el método Supra Retropúbico es ideal por exposición que brinda y la hemostasis que puede practicarse.
- 3- Las complicaciones y la mortalidad está en porcentajes aceptabl ya que la mortalidad es 2.09o/o.
- 4- Consideramos que en el medio extraurbano es buen sistema col succión e irrigación constantes de las sondas, por los buenos re tados obtenidos y la escasez de personal paramédico para los cu dos de irrigación en el post operatorio.
- 5- Que la Raqui Anestesia brinda suficiente tiempo para hacer prisa esta operación.
- 6- Todos los casos operados fueron diagnosticados clínicame aunque en algunos casos fue Radiológico.
- 7- En las primeras 60 Prostatectomías se usó una unidad de sa promedio en las operaciones.
- 8- Actualmente, después de las primeras 60 Prostatectomías n sido necesario usar transfusión en el inmediato post-opera
- 9- La complicación en el Post-Operatorio inmediato más frec fue: Hemorragia del lecho prostático.
- 10- La complicación en el Post Operatorio tardío más frecuen Estrechez de Uretra Anterior.

VIII. RECOMENDACIONES:

- 1-- Sería de alto valor para la atención Médico Quirúrgica, que las autoridades de salud dotaran de material y equipo suficiente y adecuado, a los hospitales departamentales, para utilizarse en determinados procedimientos quirúrgicos.
- 2-- Recomendamos el método de Prostatectomía Supra Retropúbica con irrigación constante y aspiración, por los excelentes resultados obtenidos.
- 3-- Hay en los Hospitales Departamentales, suficiente número de casos como para estimular la creación de una plaza para un Urólogo especializado, así como también en otras especialidades.

IX. BIBLIOGRAFIA:

- 1— Folks y Culps. Cirugía Urológica. Interamericana. 1965.
- 2— Smith R. Donald. General Urology. Lange Medical Publications, 1966.
- 3— Duarte F., José T. Prostatectomía Supra Retropúbica en el Hospital Regional de Zacapa. Estudio de 52 casos, Revista del Colegio Médico de Guatemala. Vol. 21 No. 2. Junio 1970.
- 4— Rodas Díaz, Carlos Enrique. La incisión transversa en la Prostatectomía Suprapúbica. Tesis 1959.
- 5— Páez López, José. Comunicaciones Personales.