

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"TRATAMIENTO DE HIPERTROFIA PROSTATICA
BENIGNA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
AMATITLAN REVISION DE DOS AÑOS" (Años 1976-1977)**

HELEN CARLOTA FIGUEROA SWANSON DE GANTENBEIN

GUATEMALA, JULIO DE 1978

PLAN DE TESIS

- 1. INTRODUCCION**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. MATERIAL Y METODOS**
- 4. ANATOMIA DE LA REGION**
- 5. FISIOPATOLOGIA**
- 6. DIAGNOSTICO. CUADRO CLINICO. SINTOMATOLOGIA, TRATAMIENTO**
- 7. REVISION DE LOS CASOS E INTERPRETACION ESTADISTICA**
- 8. CONCLUSIONES**
- 9. RECOMENDACIONES**
- 10. BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCION

Siendo la Hipertrofia Prostática benigna, un problema muy importante y muy frecuente, en los varones mayores de 50 años y que cuando da síntomas, necesita una actuación inmediata del médico, para aliviar al paciente inmediatamente y luego resolviéndole definitivamente dicho problema, he creído importante hacer una revisión de casos de esta patología y el tratamiento quirúrgico efectuado, así como diferentes datos que, creo dará una idea del trabajo que sobre el particular se puede efectuar en el medio sub-urbano como es nuestro Hospital Nacional de Amatlán. Y que este trabajo sirva como medio comparativo con otros hospitales regionales.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer los resultados obtenidos, sobre el tratamiento quirúrgico de Hipertrofia Prostática benigna, en un hospital sub-urbano, en este caso nuestro Hospital Nacional de Amatlán.
2. Además dar a conocer, que al efectuar este tipo de intervenciones, se descongestionan los hospitales centrales, y se ayudan a los pacientes, pues en su mayoría, son de escasos recursos económicos.
3. Objetivo específico de ésta investigación, es que sirva en el futuro, como medio comparativo, con otros trabajos similares, elaborados en hospitales regionales.
4. Establecer la morbi-mortalidad del procedimiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS

1. Edificio Hospital Nacional de Amatlán
2. Archivo General de Hospital Nacional de Amatlán
3. Registros clínicos seleccionados
4. Revisión bibliográfica
5. Comunicación personal con los Dres. Susarte Hernández y David Pereira.
6. Se revisaron 30 papeletas archivadas, en 24 meses en que consta esta revisión; del 1o. de enero de 1976 al 31 de diciembre de 1977

Se elaboró un cuestionario, el cual recaba los datos necesarios, para efectuar el estudio, que son los siguientes:

1. Edad
2. Procedencia
3. Motivo de consulta
4. Examen físico de ingreso (hallazgos)
5. Estudios pre-operatorios efectuados (laboratorios, estudios radiográficos)
6. Preparación pre-operatoria
7. Tipo de intervención efectuada
8. Complicaciones post-operatorias
9. Medicamento post-operatorio
10. Número de días con sonda vesical
11. Tiempo total de hospitalización
12. Condición de egreso
13. Control ambulatorio
14. Mortalidad

ANATOMIA DE LA REGION

La próstata envaina la porción inicial o prostática de la uretra situada debajo de la vejiga, encima del suelo perineal, delante del recto y detrás de la sínfisis púbica: tiene la forma de un cono ligeramente aplastado de delante atrás de base superior, de vértice inferior y pesa 20 gramos.

Presenta una cara anterior, una cara posterior, dos laterales, una base y un vértice.

CARA ANTERIOR: es vertical, se halla en relación con los ligamentos pubo-vesicales, y el plexo venoso de Santorini, que la separan de la sínfisis. Entre el plexo de Santorini y la próstata sube una lámina céluo aponeurótica que es la expansión preprostática de la aponeurosis media del perineo.

CARA POSTERIOR: está inclinada abajo y adelante, escotada por arriba y corresponde al recto del que está separada por la aponeurosis próstatoperitoneal.

CARAS LATERALES: son convexas de delante atrás e inclinadas de arriba abajo y de afuera adentro. Están cubiertas por las aponeurosis laterales de la próstata y corresponden a cada lado por su intermedio a la aponeurosis pélvica y al músculo del ano.

BASE: es irregular y presenta una eminencia transversal que la divide en dos partes: una anterior, corresponde a la vejiga: otra posterior a las vesículas seminales.

VERTICE: situado algo por encima de la aponeurosis media del perineo. Corresponde por detrás al codo formado por las porciones ampollar y anal del recto. Una distancia de 3 a 4 centímetros las separa del orificio anal.

Por todo lo anterior se puede observar que la próstata está contenida en un compartimiento cuya pared superior está formada por la vejiga, la pared inferior por la aponeurosis del perineo la pared posterior por la aponeurosis próstato peritoneal, la pared anterior por la expansión pre-prostática de la aponeurosis media del perineo, las paredes laterales por las aponeurosis laterales de la próstata.

La próstata no comprende solamente el tejido glandular prostático. Ella engloba una serie de órganos: la porción inicial de la uretra, el utrículo prostático y los conductos eyaculadores.

TEJIDO PROSTATICO: está formado de tejido glandular y de una estroma fibromuscular. Esta forma alrededor de la glándula una cápsula de donde parten trabéculas, que dividen la glándula en lóbulos.

Se distinguen: un lóbulo anterior, situado por delante de la uretra; dos lóbulos lateroposteriores, situados detrás de este conducto y un lóbulo medio situado como una cuña entre la uretra por delante y los conductos eyaculadores por detrás.

VASOS Y NERVIOS: las arterias vienen de la vesical inferior y de la hemorroidal media. Las venas; desembocan en los plexos venosos periprostáticos. Estos se distinguen en plexo anterior o de Santorini y plexos laterales, éstos situados en el espesor de las aponeurosis laterales de la próstata. Drenan a las ilíacas internas. Los linfáticos van a los ganglios ilíacos externos e hipogástricos. Los nervios vienen del plexo hipogástrico (pelviano).

FISIOPATOLOGIA

EMBRIOLOGIA: la glándula proviene de cinco evaginaciones epiteliales de la uretra posterior, que se transforma en glándulas alveolares compuestas y se vacían en conductos que se abren en la uretra posterior.

Histológicamente la próstata es un órgano túbulo alveolar compuesta, que al corte presenta espacios glandulares de tamaño variable revestidos de epitelio, cilíndrico que varía en altura. El epitelio consta de una capa de células pero a veces se observan pequeñas células cuboides basales a lo largo de la membrana basal, que producen el aspecto de estratificación. Todas las glándulas poseen membrana basal definida y están separadas por estroma fibromuscular abundante.

Las glándulas de la próstata incluyen dos grupos con diferencias funcionales y origen embriológico distinto. El grupo anterior está en asociación íntima con la uretra y se les conoce como glándulas periuretrales. En etapas ulteriores de la vida, son asiento de hiperplasia prostática benigna. El grupo posterior constituye la porción principal de la próstata, y son asiento, en etapa ulterior de la vida, de carcinoma de la próstata.

La histología de la próstata no persiste inmutable toda la vida, después de los 40 años se descubren cambios, atribuibles al envejecimiento. Entre los 40 y los 60 años se han descrito una serie de alteraciones que se consideran preseniles, consistiendo principalmente en atrofia del músculo liso del estroma, acompañada de aumento relativo del tejido colágeno fibroso. Además el epitelio cilíndrico disminuye de altura y las yemas papilares se hacen menos notables. La atrofia es de distribución irregular, no afectando todas las regiones de la próstata. Se cree que estos cambios asimétricos afectan principalmente a la masa externa que experimenta atrofia, en tanto que la masa interna

puede sufrir en realidad hiperplasia.

La próstata segrega un líquido alcalino claro, de aspecto lechoso, que contiene ácido cítrico, calcio fosfatasa ácida y fibrinolisisina. Durante la eyaculación, la cápsula de la glándula prostática se contrae simultáneamente con las constricciones del conducto deferente y las vesículas seminales, de manera que el líquido fluido y lechoso de la glándula prostático se une a la masa del semen.

La característica esencial del líquido prostático puede ser muy importante para una buena fertilización del huevo, pues el líquido del conducto deferente es relativamente ácido, debido a la presencia de productos terminales de metabolismo de los espermatozoos, y en consecuencia inhibe la fertilidad de los mismos. También las secreciones vaginales son de tipo muy ácido (ph de 3.5 a 4.0). El esperma no logra su mejor motilidad hasta que el ph de los líquidos vecinos se eleva aproximadamente hasta 6 a 6.5. En consecuencia, es probable que el líquido prostático neutralice la acidez, de los demás líquidos después de la eyaculación y aumente considerablemente la motilidad y fertilidad de los espermatozoides.

El epitelio de la próstata es el que elabora la fosfatasa ácida, la cual ejerce su máxima actividad en Ph de 5 y parece ser producido en pequeñas cantidades que normalmente no se descubren en la sangre por su baja concentración o por la escasa absorción. Sin embargo, en caso de proliferación neoplásica o de diseminación metastásica de tumores prostáticos, la fosfatasa ácida puede elaborarse en cantidad suficiente para descubrirla en el suero sanguíneo, lo que brinda una prueba clínica útil en el descubrimiento del carcinoma prostático.

PATOLOGIA: Los tres procesos patológicos que con mayor frecuencia afectan la próstata, como para merecer consideración son: la inflamación, la hiperplasia o hipertrofia nodular benigna y

los tumores.

La tumefacción nodular benigna es la más frecuente, se observa muy a menudo en edad avanzada, de manera que casi puede considerarse fenómeno "normal" de envejecimiento. El carcinoma prostático es bastante frecuente y las inflamaciones son menos frecuentes, pero en este trabajo nos dedicaremos a hablar de la hiperplasia nodular benigna.

HIPERPLASIA O HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

Aunque el nombre hipertrofia prostática benigna se ha afirmado en la literatura médica, es inadecuado, pues la hipertrofia es por definición un proceso benigno, además hay pruebas abundantes de que ocurre proliferación de las células, que debiera llamarse más adecuadamente hiperplasia, por ello casi todos los autores consideran adecuado el nombre de hiperplasia nodular, aunque es difícil de abandonar la costumbre de usar la denominación de hipertrofia prostática benigna.

FRECUENCIA: La hiperplasia benigna ocurre en más del 50o/o de los varones que han pasado de los 50 años y en el 70o/o de los que han pasado de los 80 años, y solo un 5o/o necesita tratamiento quirúrgico para aliviar la obstrucción uretral. En los demás, la importancia clínica es leve.

ETIOLOGIA: La causa de la hiperplasia nodular se desconoce, pero parece intervenir como factor predisponente o agravante algún tipo de desequilibrio hormonal. A diferencia de lo que ocurre en el carcinoma de la próstata que se origina en la corteza del órgano, la hiperplasia benigna nace de los ascinos glandulares en la vecindad inmediata de la mucosa de la uretra prostática, por lo que es más lógico denominarla adenoma periuretral, que hiperplasia prostática benigna. A medida que la hiperplasia aumenta, las glándulas son comprimidas periféricamente. Entre ambos se desarrolla un plano de despegamiento conocido

como cápsula quirúrgica, que permite al cirujano enuclear un adenoma periuretral, desde el interior de la próstata al efectuar la operación abierta o sea la prostatectomía supra púbica.

La hiperplasia benigna se califica según la localización de las glándulas hipertróficas. Los más comunes son los agrandamientos del lóbulo medio y del lateral.

DIAGNOSTICO. CUADRO CLINICO. SINTOMATOLOGIA TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO:

Por tacto rectal, es caso de hiperplasia del lóbulo lateral, la glándula es simétrica y conserva toda ella su elasticidad. En la hiperplasia del lóbulo medio, cabe que los signos se limiten al lado vesical, sin aumento de tamaño diagnosticable por tacto rectal.

CUADRO CLINICO. SINTOMATOLOGIA

Aunque la tumefacción nodular es muy frecuente, ya se señaló que solo en un pequeño porcentaje de sujetos produce síntomas clínicos. Las manifestaciones son secundarias a: a) compresión uretral, con dificultad para orinar, b) retención de orina en la vejiga, que va seguida de distensión e hipertrofia vesicales, infección urinaria, cistitis e infección del riñón.

Estos pacientes presentan poliaquiuria, nicturia, dificultad para iniciar y suspender la micción, goteo por rezumamiento, disuria y odiuria. En muchos casos, por razones desconocidas, aparece retención urinaria aguda brusca, que persiste hasta que se efectúa sondeo de urgencia. Además de éstos síntomas, el aumento de volumen de la próstata impide vaciar completamente la vejiga. Probablemente ello depende de que está elevado el suelo uretral, de manera que al terminar la micción queda un volumen importante de orina residual. Esta orina es un líquido estático susceptible de infección. Por ello, el sondeo o la manipulación quirúrgica son un peligro de introducción de microorganismos y originar pielonefritis. En la vejiga, como consecuencia ocurren muchas alteraciones como hipertrofia, trabeculación y pseudivertículos. Pueden presentarse hidronefrosis o retención aguda con infección secundaria de vías urinarias incluso

hiperazoemia y uremia.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la hiperplasia prostática benigna es quirúrgico. Los grandes adenomas deben ser extirpados por una operación abierta, los pequeños por prostatectomía transuretral. En la prostatectomía conservadora sólo se extirpan las masas de mayor tamaño en el interior del órgano o a nivel del cuello vesical. Se deja el parénquima prostático. Las medidas conservadoras para tratar la hiperplasia benigna como el masaje prostático y la introducción de sondas uretrales han sido abandonadas. Se ha observado que con su empleo hay el peligro de introducir microorganismos patógenos o desencadenar una infección latente. Para disminuir la hiperplasia tampoco han sido eficaces fármaco y hormona algunos. Son útiles los fármacos antimicrobianos para eliminar la infección hasta que se elimina la obstrucción. Con antiespasmódicos se obtiene alivio sintomático.

TECNICA DE PROSTATECTOMIA SUPRA-PUBICA

Puede emplearse con buen éxito, anestesia raquídea aunque en algunos casos puede utilizarse anestesia general. Asepsia y colocación de campos. Incisión, ya sea transversa o longitudinal (mediana supra púbica), de 5 a 6 centímetros de longitud. Hemostásis de vasos sangrantes. Incisión de fascia. Divulsión de músculos rectos. Incisión de pared anterior de vejiga, ya sea en sentido vertical o transversal. Localización y disección roma, con los dedos índice y medio, de los lóbulos prostáticos hipertrofiados y extracción manual de la próstata. Compresión del lecho prostático, hasta que ceda o disminuya la hemorragia. Colocación de vejiga de hule de la sonda de foley, en el lecho prostático. Luego se coloca sonda de Pesser dentro de la vejiga, la cual se exterioriza por otra herida en la cara anterior de la vejiga. Sutura de la pared vesical en dos planos, con material absorbible (catgut

crómico un cero 0, ó Dexón 00 dos ceros). Se coloca pen-rose en el espacio retro púbico. Colocación de puntos de afrontamiento en músculos rectos. Sutura de fascia con algodón dos ceros 00. Sutura de tejido celular sub-cutáneo con catgut simple dos ceros 00, sutura de piel con algodón dos ceros o tres ceros 00 ó 000. El pen-rose y la sonda de pesser se exteriorizan por una herida contralateral.

REVISION DE LOS CASOS

En este capítulo se hará un estudio más que todo estadístico agrupando los datos en cuadros y haciendo al pie de cada uno, un comentario al respecto. De las 30 Prostatectomías suprapúbicas realizadas.

Edad	Cantidad	Porcentaje
de 50 a 54 años	3	10.00o/o
de 55 a 59 años	7	23.34o/o
de 60 a 64 años	5	16.67o/o
de 65 a 69 años	7	23.34o/o
de 70 a 74 años	3	10.00o/o
de 75 a 79 años	2	6.66o/o
de 80 a 84 años	1	3.33o/o
de 85 a 90 años	2	6.66o/o
Total	30	100.00o/o

Por el cuadro anterior, se confirma lo ya mencionado anteriormente, con respecto a que la hiperplasia de la próstata da manifestaciones en los varones que han pasado los 50 años, en nuestro estudio la mayoría está comprendida entre los grupos de 55 a 59 años de edad y de 65 a 69 años de edad; con un porcentaje cada uno de ellos de 23.34o/o.

Clasificación por procedencia:

Procedencia	Cantidad	Porcentaje
Amatitlán	10	33.34o/o
Escuintla	8	26.67o/o
Villa Nueva	2	6.67o/o
Palín	2	6.67o/o
Villa Canales	2	6.67o/o
Santa Rosa	1	3.33o/o
Jutiapa	1	3.33o/o
Chiquimulilla	1	3.33o/o
San Marcos	1	3.33o/o
San Salvador	1	3.33o/o
Guatemala	1	3.33o/o
	30	100.00o/o

Por el cuadro anterior se deduce que la mayoría de los pacientes a quienes se les practicó Prostatectomía suprapúbica, proceden del municipio de Amatlán, con un porcentaje de 33.34o/o.

Clasificación de motivo de consulta.

Motivo de Consulta	No. de Casos	Porcentaje
A Retención urinaria aguda	9	
B Retención urinaria crónica	5	16.66o/o
C Problemas urinarios (disuria, nicturia, poliaquiuria, odiuria) agudos	5	16.66o/o
D Problemas urinarios (disuria, nicturia, poliaquiuria, odiuria) crónicos	2	6.66o/o
E Dolor abdominal más problemas urinarios (disuria, nicturia, poliaquiuria, odiuria) agudo	1	3.34o/o
F Dolor abdominal, más problemas urinarios (disuria, poliaquiuria, odiuria, nicturia) crónicos	6	20.00o/o
G Edema MIs más problemas urinarios (disuria, nicturia, poliaquiuria, odiuria) crónico	1	3.34o/o
H Otros no relacionados (paciente consultó por Hernia inguinal derecha al examen físico de ingreso, le fue diagnosticado la Hipertrofia prostática benigna)	1	3.34o/o
Total	30	100.00o/o

Como se puede ver en el cuadro anterior, el motivo de consulta más frecuente fue por retención urinaria aguda, con un porcentaje de 30.00o/o.

Haciendo notar que los restantes pacientes, presentaron problemas urinarios concomitantes a obstrucción en evolución.

Estado general de los pacientes a su ingreso:

Desnutrición crónica del adulto severa	11	36.67o/o
Desnutrición crónica del adulto moderada	7	23.33o/o
Desnutrición crónica del adulto leve	12	40.00o/o
	30	100.00o/o

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, todos los pacientes presentaban algún grado de desnutrición, por lo cual hubo de mejorarse su estado general para poder ser intervenidos.

Clasificación de los hallazgos encontrados en el tacto rectal.

Hallazgos de tacto rectal	No. de Casos	Porcentaje
Próstata aumentada 3 veces su tamaño normal, dolorosa y de consistencia dura	6	20.01o/o
Próstata aumentada 3 veces su tamaño normal, no dolorosa de consistencia dura	1	3.33o/o
Próstata aumentada 4 veces su tamaño normal, de consistencia dura y dolorosa	5	16.67o/o
Próstata aumentada 2 veces su tamaño normal, de consistencia dura y no dolorosa	6	20.01o/o

Hallazgos de tacto rectal	No. de Casos	Porcentaje
Próstata aumentada 2 veces su tamaño normal, de consistencia semi-blanda, no dolorosa	1	3.33o/o
Próstata aumentada 3 veces su tamaño, blanda	1	3.33o/o
Próstata aumentada 2 veces su tamaño, de consistencia dura dolorosa	3	10.00o/o
Próstata aumentada 2 veces su tamaño, de consistencia dura más edema de MIs	2	6.67o/o
Próstata aumentada de tamaño 3 veces, de consistencia semi-blanda	1	3.33o/o
Próstata aumentada una vez su tamaño normal, de consistencia blanda no dolorosa	1	3.33o/o
No se le practicó tacto rectal	1	3.33o/o
Próstata aumentada 5 veces su tamaño normal, de consistencia dura, dolorosa	1	3.33o/o
Próstata aumentada 3 veces su tamaño normal, de consistencia dura, dolorosa, más globo vesical	1	3.33o/o
Total	30	100.00o/o

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, al practicársele el tacto rectal a los pacientes, se encontró un porcentaje de 20.01o/o, que correspondía a próstata aumentada de tamaño normal, 3 veces, dolorosa y de consistencia dura.

Y otro 20.00o/o al practicársele el mismo examen, se encontró una próstata aumentada 2 veces su tamaño normal, de consistencia dura y no dolorosa.

Clasificación de exámenes complementarios de laboratorio pre-operatorios.

HEMATOLOGIA

Menor de 10 gr.	11 pacientes	36.67o/o
de 10 a 15 grs.	19 pacientes	63.33o/o
	30	100.00o/o

Observamos que de los 30 pacientes, un 36.67o/o, presentaba un riesgo quirúrgico, por la hemoglobina baja.

ORINA (Hallazgos patológicos)

Leucocitos abundantes	8	26.66o/o
Eritrocitos	12	40.00o/o
Hemoglobina presente	6	20.00o/o
	26	86.66o/o

Se encontró hallazgos patológicos, en el 86.66o/o de los casos.

Clasificación de estudios radiográficos pre-operatorios.

Rx de tórax	Número de casos	Porcentaje
Se le efectuó	4 pacientes	13.33o/o

Se le efectuaron Rx de tórax a 4 pacientes, los cuales fueron normales, no siendo posible practicárselo a la totalidad de pacientes por los escasos recursos con que el hospital cuenta.

Pielograma I. V.	a 4 pacientes	13.33o/o
------------------	---------------	----------

El 13.33o/o de los pacientes les fue practicado Pielograma I. V. por las mismas razones que a ese mismo porcentaje de pacientes les fué practicado Rx de tórax, no encontrándose los resultados de los mismos debido a que el hospital carece de un Médico Radiólogo fijo, siendo interpretados los pielogramas

únicamente por el cirujano que operará.

Sin embargo al 100.00o/o de los pacientes les fué practicado una evaluación clínica, pre-operatoria, no encontrándose ninguna otra patología.

EXAMEN DE HECES:

No se encontró en ninguna papeleta, adjuntos los exámenes de heces, por lo cual no se puede clasificar sus hallazgos patológicos.

MANEJO PRE-OPERATORIO

Encontramos que para mejorar el estado general de los pacientes, se efectuó:

4 transfusiones sanguíneas; 3 de ellas de 1,000 cc c/u, y una de 500 cc.

7 pacientes fueron tratados únicamente con Sulfato ferroso P.O.

6 pacientes fueron tratados con sulfato ferroso PO, más complejo "B" I. M. en 13 casos, no se encontró anotado en la papeleta, algún tratamiento para mejorar su estado general.

INTERVENCIONES EFECTUADAS

Intervención	No. de Casos	Porcentaje
Prostatectomía Supra púbica	28	93.34o/o
Prostatectomía transuretral	1	3.33o/o
Prostatectomía supra-retropública	1	3.33o/o
Total	30	100.00o/o

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, la intervención más efectuada fué, la prostatectomía supra púbica, con un porcentaje de 93.34o/o

Se encontró record operatorio en un 44.12o/o de las papeletas revisadas, habiéndose seguido la técnica anteriormente descrita.

COMPLICACIONES OPERATORIAS:

No se encontró reportada ninguna complicación durante el acto quirúrgico.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Complicación	No. de casos	Porcentaje
Infección de herida operatoria	3	10.01o/o
Dehiscencia de herida operatoria	1	3.33o/o
Bronconeumonía	1	3.33o/o
Hematuria en 3er día post-operatorio, más infección de herida operatoria	1	3.33o/o
	6	20.00o/o

El 20o/o de las intervenciones efectuadas, presentaron complicación post-operatoria, siendo la más frecuente la infección de herida operatoria; con un 10.01o/o.

RESUMEN DE LOS CASOS CON COMPLICACION POST-OPERATORIA

Caso No. 1 Paciente de 57 años de edad, quien consultó por retención urinaria aguda, habiéndosele efectuado Prostatectomía supra púbica, presentando BNM, al

3er día post-operatorio, sin exámenes de laboratorio específicos para la BNM., siendo tratado con ampicilina IM, 500 mg c/8 hrs, por 10 días, evolucionando satisfactoriamente, egresó al 15avo día post-operatorio.

Caso No. 2. Pacientes de 63 años de edad, quien consultó por retención urinaria aguda, más problemas urinarios (disuria y poliuria) aguda, Habiéndosele efectuado prostatectomía supra púbica, habiendo presentado infección de herida operatoria al 4o día post-operatorio, no se encontró en la papeleta el resultado de cultivo y/o gramm de secreción de herida operatoria, en los exámenes pre-operatorios, se encontró 11 grs de Hb, y Leucocitos abundantes, eritrocitos y Hemoglobina presente en el examen de orina, Rx de tórax normal, habiéndosele administrado en el post-operatorio; sulfametoxazol, y Penicilina Procaína 800,000 unidades I.M. por 10 días. Su evolución fue satisfactoria, habiendo egresado a los 40 días post-operatorios.

Caso No. 3. Paciente de 57 años de edad, quien consultó por retención urinaria aguda, habiéndosele practicado prostatectomía supra púbica, presentó infección de herida operatoria al 4o. día, no se efectuó cultivo y/o gramm de secreción de herida operatoria, en los exámenes de laboratorio pre-operatorios se encontró; 13.75 grs. de Hb, Leucocitos abundantes, y eritrocitos presentes en el examen de orina. El informe de patología indica: Hipertrofia nodular benigna. Fue tratado Ampicilina 500 mg PO por 8 días y Penicilina Procaína 800,000 unidades I.M. por 10 días, evolucionando satisfactoriamente, egresó al 32avo día post-operatorio.

Caso No. 4. Paciente de 50 años de edad, Disuria, nicturia más dolor mesogastrio crónico, paciente en mal estado general, se le efectuó Prostatectomía supra-púbica, presentando infección de herida operatoria al 4o día, no se encontró reportado gramm o cultivo de secreción, en los exámenes de laboratorio pre-operatorios se encontró: 13.6 grs de Hb, en orina; eritrocitos y hemoglobina presentes. Fue tratado con Ampicilina PO, por 10 días, evolucionando satisfactoriamente, egresó al 24 día post-operatorio.

Caso No. 5. Paciente de 63 años, que consultó por retención urinaria crónica, se le efectuó prostatectomía supra púbica, presentó dehiscencia de herida operatoria, en los exámenes pre operatorios encontramos: Rx de tórax normal, Hb 10.7 grs, en orina, Eritrocitos y hemoglobina presentes, Informe de patología, próstata crónica granulomatosa, tuberculoide, con necrosis caseosa. Fue tratado con INH y estreptomycin, Ampicilina, evolucionando satisfactoriamente por lo que egresó al 11avo día post-operatorio.

Caso No. 6. Paciente de 78 años, su motivo de consulta fué por retención urinaria crónica, se le efectuó prostatectomía suprapúbica, presentó hematuria en el 3er día post-operatorio, además infección de herida operatoria, no se le efectuaron laboratorios pre y post operatorios, fué tratado con Sulfametoxazol PO y Ampicilina IM que fué cambiada a PO al 2o. día de tratamiento, evolución satisfactoria, egresó al 30avo día post-operatorio.

LABORATORIOS POST-OPERATORIOS

A dos pacientes, de los 30 intervenidos quirúrgicamente, se les efectuó anatomía patológica, siendo los resultados: de una; Hipertrofia nodular benigna, y de la otra próstata crónica granulomatosa, tuberculoide.

MANEJO POST-OPERATORIO INMEDIATO

MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS

Medicamento	No. de casos	Porcentaje
Sulfametoxasol	13	43.34o/o
Ampicilina	6	20.00o/o
Ampicilina más sulfametoxasol	5	16.67o/o
Ampicilina más Penicilina Procaina	2	6.67o/o
Estreptomicina		
INH más Sulfametoxasol	1	3.33o/o
Penicilina Cristalina a Penicilina Procaina más Cloranfenicol	1	3.33o/o
Penicilina Cristalina a Penicilina Procaina	1	3.33o/o
Ampicilina más Sulfa trimetoprim	1	3.33o/o
	30	100.00o/o

Corno se puede apreciar en el cuadro anterior, el antimicrobiano más usado fué el Sulfametoxasol con un 43.34o/o.

ANALGESICO:

El analgésico más frecuentemente usado fue Lisalgil vía

intra muscular.

IRRIGACION DE LA SONDA:

Entre las indicaciones post-operatorias, se encontró que lo más frecuente era, la irrigación de la sonda uretral cada 15 minutos por dos horas, y luego cada hora por seis horas.

SOLUCIONES I. V.

Al 100o/o de los pacientes se les dejó soluciones I. V. así:

A 18 pacientes se les administró solución Mixto, con un 60.00o/o

A 12 pacientes se les administró solución Hartman, con un 40.00o/o

MANEJO POST-OPERATORIO (A partir del 1er día)

REPOSO:

Al 98.00o/o de los pacientes, se les cambió a actividad ambulatoria, a partir del 3er día post-operatorio.

El 2o/o restante, no se encuentra registrado en la papeleta del tipo de actividad que tuvieron.

DIETA:

De los 30 pacientes intervenidos, a 23 les fue cambiada la dieta a líquidos claros en el 1er día post-operatorio, blanda en el 2o. y libre a partir del 3er día, correspondiendo a un 76.67o/o.

A 5 pacientes se les fue cambiada la dieta de NPO, a blanda en el 2o día post-operatorio, y libre a partir del 3er día post-operatorio correspondiéndole el 16.67o/o.

A 1 paciente le fue continuada la dieta líquida por el resto de su estancia hospitalaria, (por su edad, no toleraba aún antes de la intervención dietas sólidas) correspondiéndole el 3.33o/o.

En la papeleta de uno de los pacientes no se registró la dieta sino hasta el 3er día, en que se registró como libre, siendo el 3.33o/o.

Día de retiro de Pen-Rose:

A 28 pacientes les fue retirado el drenaje de pen rose, al 3er día post operatorio, correspondiendo a un 93.34o/o.

A 1 paciente le fue retirado el drenaje de pen rose, al 5o día post-operatorio, correspondiéndole el 3.33o/o.

A 1 paciente le fue retirado el drenaje de pen rose, al 7o día post-operatorio correspondiéndole un 3.33o/o.

Clasificación según el tipo de sonda de cistostomía y uretral y el número de días que permanecieron los pacientes con ellas.

Tipo de Sonda	No. de casos	Porcentaje
Sonda de cistostomía y uretral conjuntamente	22	73.34o/o
Sonda uretral únicamente	8	26.66o/o
Total	30	100.00o/o

Clasificación según el número de días que permanecieron con sonda uretral.

Número de días	No. de casos	Porcentaje
3 días	2	6.66o/o
4 días	1	3.33o/o
5 días	9	30.01o/o
6 días	3	10.01o/o
7 días	1	3.33o/o
8 días	1	3.33o/o
9 días	2	6.66o/o
10 días	3	10.01o/o
12 días	1	3.33o/o
14 días	1	3.33o/o
15 días	3	10.01o/o
18 días	1	3.33o/o
20 días	1	3.33o/o
30 días	1	3.33o/o
Total	30	100.00o/o

Clasificación según el número de días que permanecieron los pacientes con sonda de cistostomía:

Número de días	No. de casos	Porcentaje
3	5	22.73o/o
4	10	45.45o/o
5	3	13.63o/o
6	2	9.09o/o
7	1	4.55o/o
8	1	4.55o/o
Total	22	100.00o/o

Como lo demuestran los cuadros anteriores, se encontró un porcentaje de 73.34o/o correspondiendo a pacientes que se les colocó, sonda de cistostomía y uretral conjuntamente, y un 26.66o/o a pacientes que únicamente se les colocó sonda uretral. Sondas que fueron retiradas en diferentes días post-operatorios, por lo cual se les clasificó según el tiempo de permanencia de éstas, (por días). Correspondiendo al 5o día de permanencia, el

30.01o/o de sonda uretral y al 4o día un 45.45o/o de sonda de cistostomía, siendo éstos los mayores porcentajes.

Clasificación según los días de estancia en el hospital:

Días de estancia	No. de casos	Porcentaje
de 6 a 15 días	8	26.66o/o
de 16 a 25 días	6	20.00o/o
de 26 a 35 días	6	20.00o/o
de 36 a 45 días	6	20.00o/o
de 46 a 55 días	1	3.34o/o
de 56 a 65 días	2	6.66o/o
de 66 a 75 días	1	3.34o/o
Total	30	100.00o/o

Como se puede apreciar, el mayor porcentaje de días de permanencia fue de 6 a 15 días, teniendo un 26.66o/o.

Clasificación, según la condición de egreso del paciente.

Los treinta (30) pacientes intervenidos quirúrgicamente, egresaron *curados*.

Clasificación de mortalidad post-operatoria

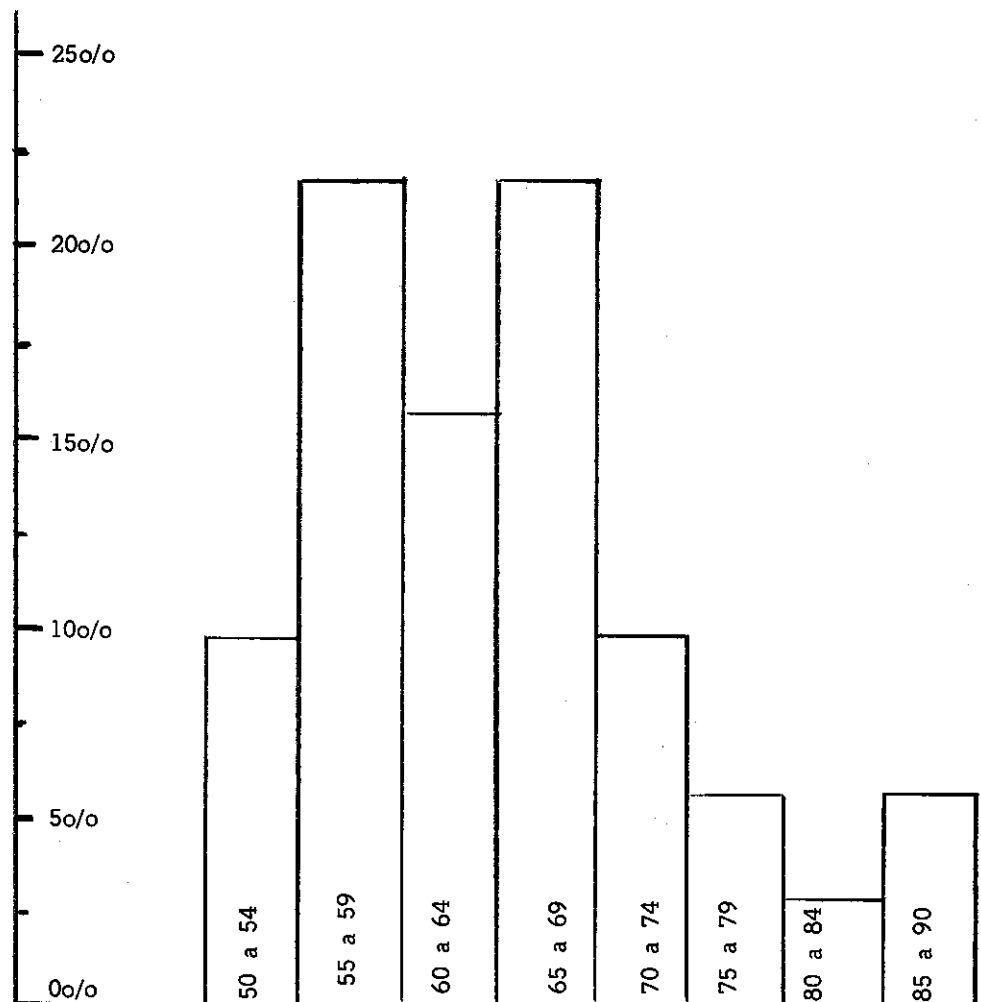
En la revisión de dos años, que consistió la presente investigación, no se registró *ninguna mortalidad post-operatoria*.

Clasificación del control ambulatorio.

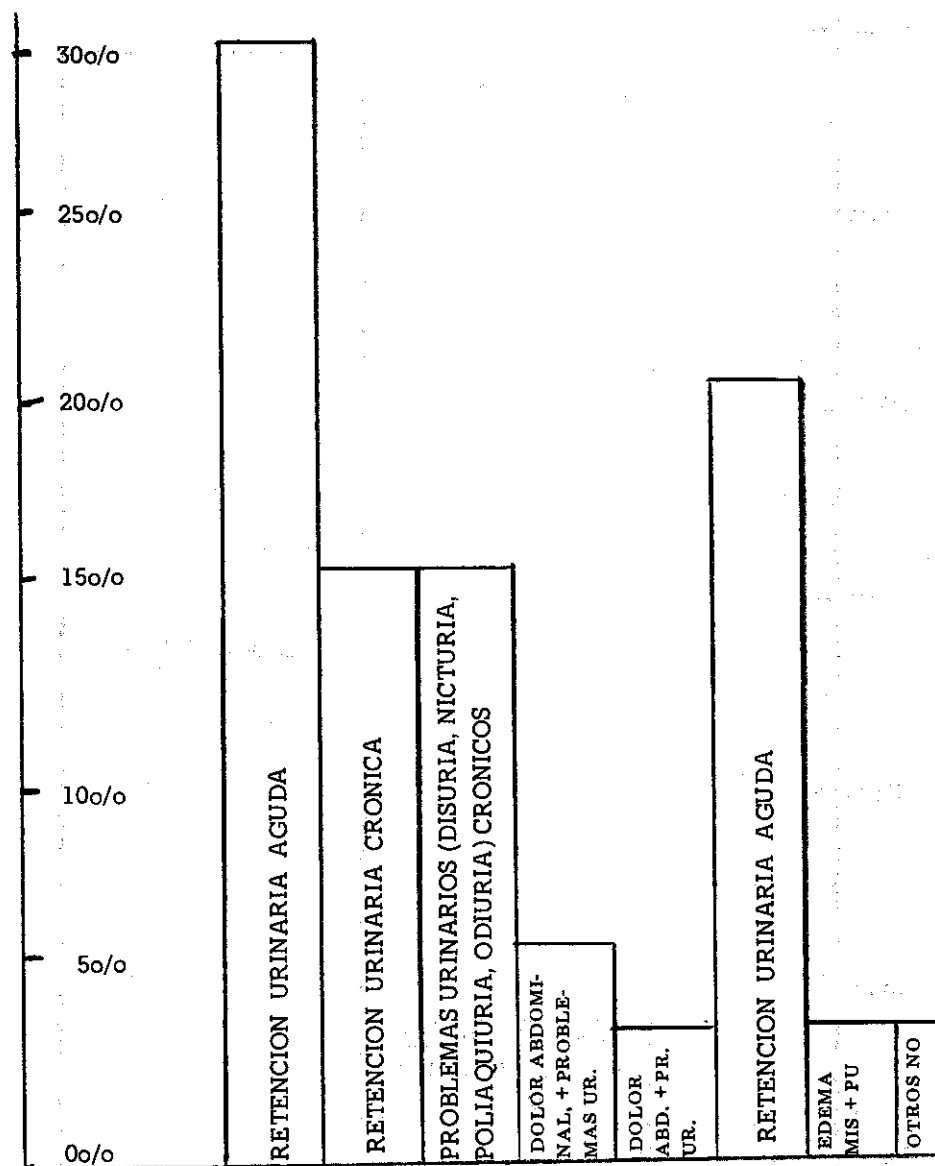
Control ambulatorio	No. de casos	Porcentaje
Con control	2	6.67o/o
Sin control	28	93.33o/o
Total	30	100.00o/o

Como comentario a este cuadro se encontró, que el 6.67o/o, del total de pacientes, fueron los únicos que regresaron a control, a la consulta externa del hospital, del otro 93.33o/o, se ignoran las causas que motivaron su inasistencia.

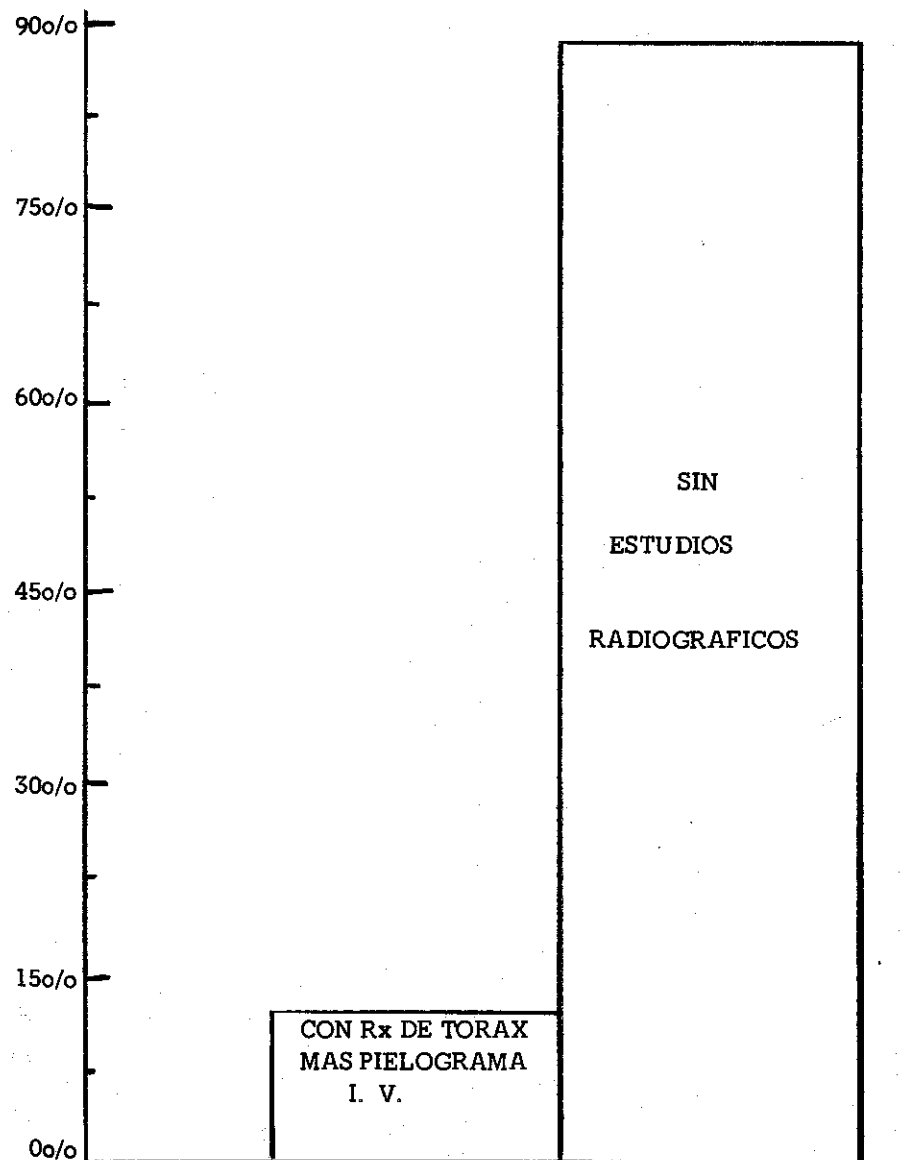
EDAD EN AÑOS



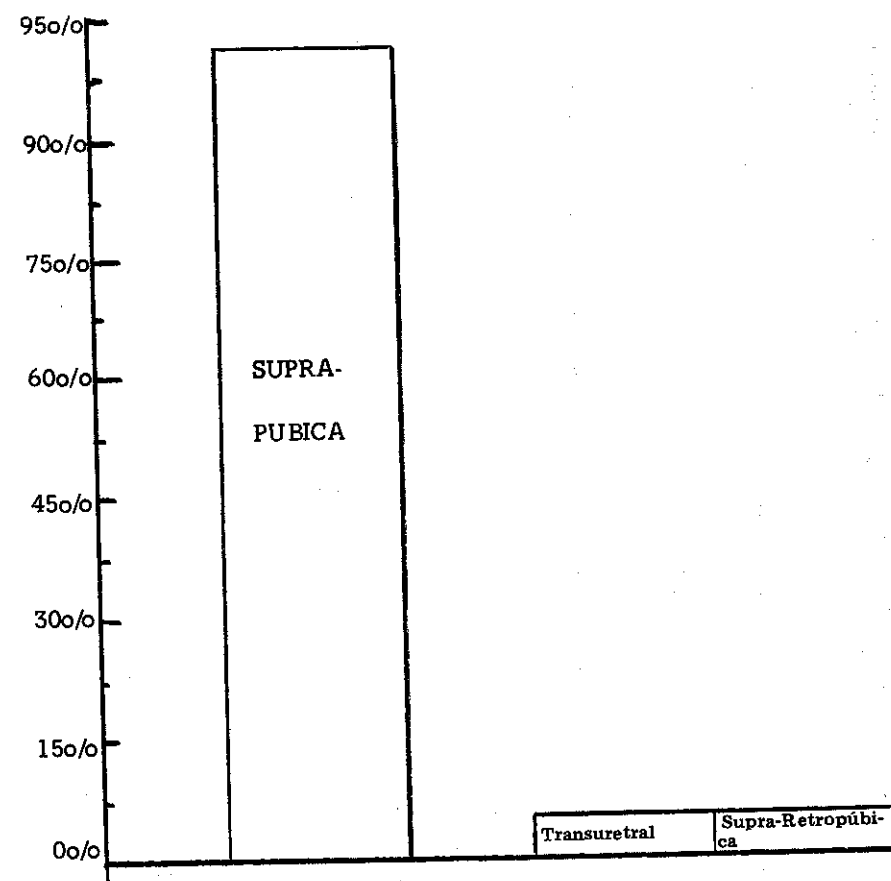
MOTIVO DE CONSULTA



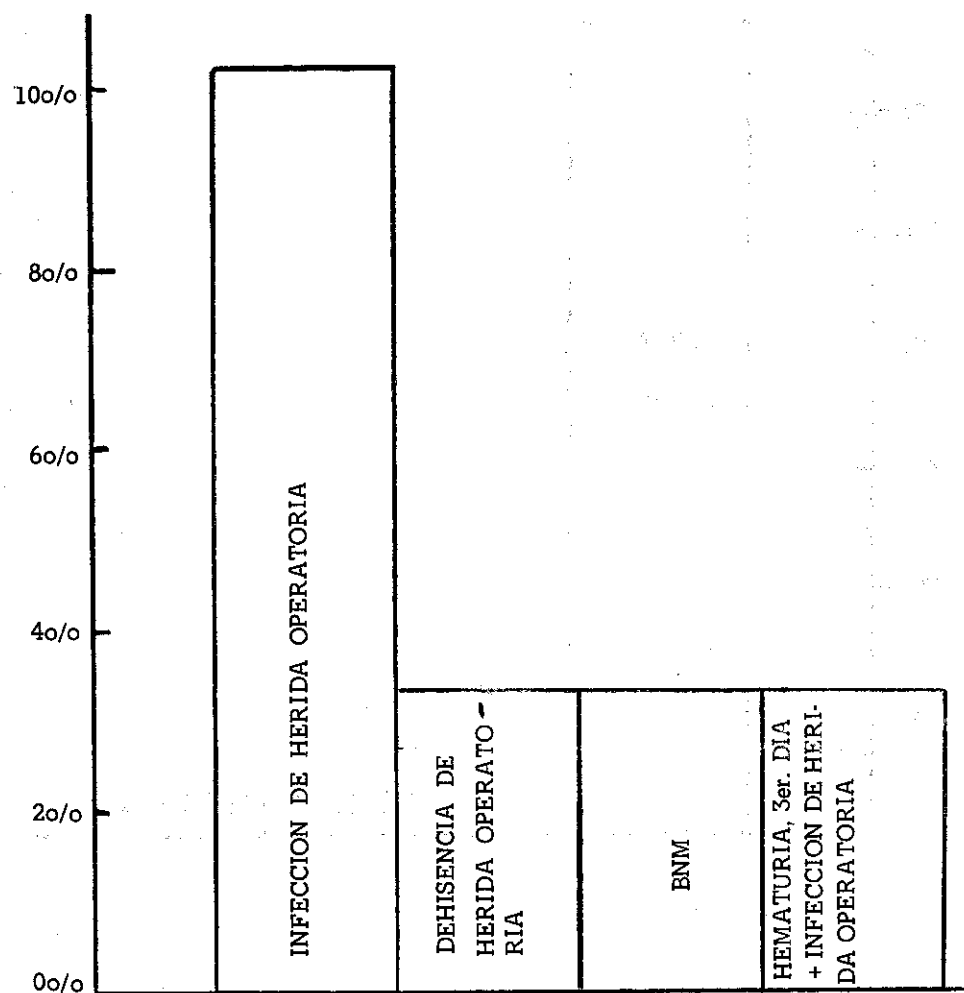
ESTUDIOS RADIOGRAFICOS



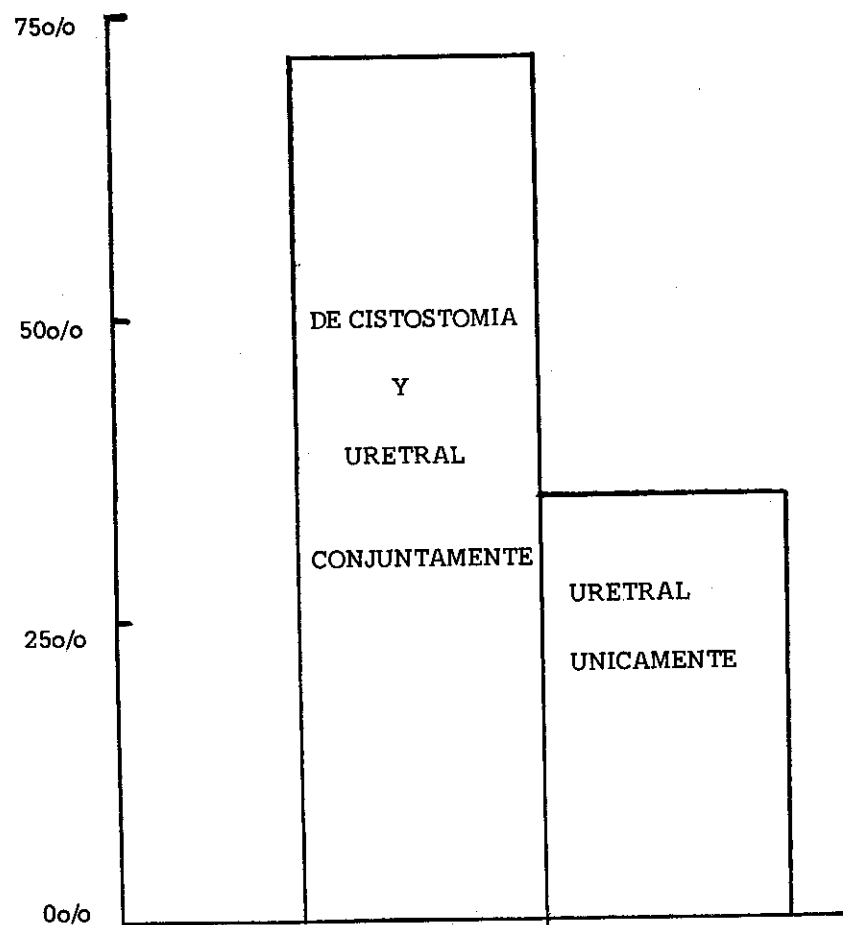
TIPOS DE INTERVENCION



COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS



TIPOS DE SONDA



CONCLUSIONES

1. Los grupos de edad más afectados, con manifestaciones de hiperplasia prostática fueron: de 55 a 59 años de edad, y de 65 a 69 años de edad; con un porcentaje cada uno de ellos de 23.34o/o.
2. Se encontró que de los 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente, por hiperplasia prostática, el 33.34o/o pertenecen al municipio de Amatlán siendo este el mayor porcentaje.
3. Se encontró que el mayor porcentaje, de pacientes que consultaron al hospital, con hiperplasia prostática, lo hicieron por retención urinaria aguda, con un 30.00o/o. Y el otro 70o/o con problemas urinarios concomitantes a obstrucción en evolución.
4. Los hallazgos más frecuentemente encontrados, en el tacto rectal de ingreso, fueron: Próstata aumentada 3 veces su tamaño normal, dolorosa y de consistencia dura, y próstata aumentada 2 veces su tamaño normal, de consistencia dura pero no dolorosa con un porcentaje cada una de ellas de 20.01o/o
5. De los 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente, el 86.66o/o presentó hallazgos patológicos en el examen de orina pre-operatorio. Y a un 36.67o/o con una hemoglobina por debajo de 10 gramos.
6. Al 13.33o/o de los pacientes, se le efectuaron Rx de Tórax pre-operatorios, los cuales fueron interpretados normales. Al otro 86.67o/o de pacientes no se les pudo efectuar exámenes de Rx, ya que los recursos (placas), son limitados en el Hospital de Amatlán. Sin embargo la

totalidad de los pacientes fueron evaluados clínicamente, pre-operatoriamente, no encontrándose ninguna otra patología asociada.

7. Al 13.33o/o de los pacientes se les efectuó pielogramas I. V. pre-operatorio, no habiéndose encontrado el resultado de los mismos, ya que no se cuenta con un médico radiólogo fijo, y éstos son interpretados por los cirujanos.
8. La intervención más efectuada, como tratamiento a la hipertrofia prostática benigna, en este hospital, fué prostatectomía por vía supra púbica, con un porcentaje de 93.34o/o.
9. El 20.00o/o de los casos intervenidos quirúrgicamente, presentó alguna complicación post-operatoria, siendo la complicación más frecuente la infección de herida operatoria, con un 10.01o/o.
10. El antibiótico más usado en el post-operatorio, fue el sulfametoxazol, con un porcentaje de 43.34o/o.
11. Se encontró que de los 30 pacientes, se les colocó sonda de cistostomía y sonda uretral conjuntamente al 73.34o/o, y el 26.66o/o solamente sonda uretral.
12. Se encontró que la mayoría de los pacientes permanecieron con sonda uretral hasta el 5o. día post-operatorio, siendo su porcentaje de 30.01o/o.
13. Se encontró que la mayoría de los pacientes, permanecieron con sonda de cistostomía hasta el 4o. día, siendo su porcentaje de 45.45o/o.
14. Se encontró que la mayoría de los pacientes, permaneció de 6 a 15 días en el hospital, con un porcentaje de

26.66o/o.

15. De los 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente, el 100.0 egresó curado completamente.
16. La mortalidad operatoria y post-operatoria, fué de cero por ciento 0o/o.

RECOMENDACIONES

1. Que éste tipo de operaciones, está comprobado que se puede efectuar en los hospitales regionales, pues para ello no se necesita un equipo quirúrgico complicado, y además se resuelven favorablemente los casos, y con eso se les ayuda a los pacientes que en su mayoría son de escasos recursos económicos, al evitarles gastos, para trasladarse al hospital, y además se descongestionan los hospitales centrales.
2. Crear un laboratorio de anatomía patológica, para examinar las muestras, y evitar que éstas y los resultados se extravíen por las distancias que tienen que viajar ida y vuelta, del hospital de donde se mandan a la capital y viceversa.
3. Ampliar el laboratorio, para hacer exámenes más especializados previos a la intervención quirúrgica, para una mejor evaluación de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Brainde, Henry., et al Diagnóstico y tratamiento 7 ed. México, El Manual Moderno, 1972. pp 555-556.
2. Davis, Loyal, Tratado de Patología quirúrgica. Trad. por Alberto Folch y Pi y José Rafael Blengio Pinto. 9 ed. México Interamericana, 1970. pp 839-845.
3. Guyton. Arthur C. Tratado de Fisiología Médica. Trad. por Alberto Folch y Pi. 3 ed. México, Interamericana, 1967. p. 1074.
4. Harkins, Henry N., et al. Principios y práctica de cirugía. Trad. por Roberto Folch Fabré, et al. 2 Ed. México. Interamericana 1965. pp 1125-1127.
5. Langman, Jan. Embriología médica, desarrollo humano normal y anormal. Trad. por Homero Vela Traviño. México, Interamericana 1967, pp. 137.
6. Robbins, Stanley L. Tratado de patología. Trad. por Homero Vela Treviño. 3 Ed. México, Interamericana, 1968 pp. 993-998.
7. Rouviere, H. Anatomía Humana, descriptiva y topográfica. 8 Ed. Madrid, Bailly-Bailliere, 1967. pp. 453-458.
8. Sosa Galicia, Francisco y Luis Figueroa Marroquín, Manual de Histología. Guatemala, Centro de producción de materiales, Universidad de San Carlos, 1969. pp. 561-563.
9. Wilson, John L. Manual de Cirugía 2 Ed. México, El Manual Moderno 1972. pp. 493-493.
10. Harstenstein, P. E. Ziperman, H. H. y Smith, H. L. Urology Surgery, Ann. Surg., 154: 125 1961.

BR: HELEN FIGUEROA S. DE GANTENBEIN

Dr. Susarte Hernández
Asesor

Dr. David Pereira
Revisor

Dr. Julio De León M.
Director de Fase III

Dr. Raúl A. Castillo R.
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano