

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA
Y SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE ESCUINTLA"
(ESTUDIO RETROSPECTIVO)**

TESIS

**PRESENTADA A LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

POR:

GUSTAVO ADOLFO FUENTES ESCOBAR

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1978

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

OBJETIVOS

ASPECTOS NORMALES Y METODOS DIAGNOSTICOS

TECNICA OPERATORIA. VENTAJAS

HIPOTESIS

METODOS Y MATERIALES

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

PRESENTACION DE COMPLICACIONES

GRAFICAS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La hipertrofia prostática benigna, es una entidad patológica frecuente en pacientes masculinos a partir de los años de edad.

Aumenta la frecuencia progresivamente con cada década hasta que después de los 80 años, sufren esta enfermedad más de un 80 o/o de los varones de esa edad.

A pesar de la elevada frecuencia en varones de 80 años únicamente el 10 o/o aproximadamente, requieren tratamiento quirúrgico, para aliviar la obstrucción uretral, y en los 90 o/o restantes nunca consultarán a un médico aun cuando los problemas de polaquiuria y algunas veces hematuria les afecten, y otro tanto por ciento, habrán de consultar en alguna ocasión a algún cent médico para luego ser cateterizados por retención aguda de orina luego de lo cual por razones no establecidas, sus problemas disminuirán por lo que no necesitarán tratamiento quirúrgico.

Aunque el nombre de hipertrofia benigna de la próstata se ha afirmado en la literatura médica, es inadecuado, pues hipertrofia es, por definición un proceso benigno, además hay pruebas abundantes de que ocurre proliferación celular que debiera llamarse hiperplasia benigna. Sin embargo el nombre de hiperplasia benigna es igualmente pleonástico. Por ello casi todos los autores consideran adecuado el nombre de hiperplasia nodular. Es difícil abandonar la costumbre de usar la denominación de hipertrofia prostática benigna, razón por la cual en el presente trabajo se aludirá como hipertrofia benigna de la próstata.

ANTECEDENTES

Desde la fundación del hospital nacional de Escuintla hasta la fecha no se ha realizado en el mismo ningún estudio retrospectivo encaminado a conocer la incidencia y pronóstico de la hipertrofia prostática benigna y su tratamiento.

En Guatemala existen trabajos encaminados a presentar los diferentes tipos o técnicas quirúrgicas para resección prostática y sus ventajas y desventajas.

Por lo anteriormente expuesto se decidió efectuar el presente trabajo como un estudio preliminar y prospectivo en cuanto a los resultados obtenidos con una de las técnicas para su resección por vía suprarretropública.

OBJETIVOS

- 3.1 Mostrar resultados obtenidos aplicando técnica supra retro pública en el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia prostática en el Hospital Nacional de Escuintla.
- 3.2 Ampliar el conocimiento sobre la patogenia, tratamiento y evolución de la hipertrofia prostática.
- 3.3 Evaluar los distintos medios diagnósticos empleados en uno de los hospitales del interior de la república.
- 3.4 Establecer la morbimortalidad del procedimiento quirúrgico.
- 3.5 Dejar abierta la incentiva en los futuros médicos para continuar con este estudio.

ASPECTOS NORMALES Y PATOLOGIA PROSTATICA

En el adulto normal la próstata pesa alrededor de 20 gramos. Es un órgano extraperitoneal que rodea el cuello de la vejiga y la uretra y que carece de capsula definida. Posee cinco lóbulos a los que se les atribuye significación peculiar en la aparición de tumores y tumefacciones benignas. Estos cinco lóbulos son anterior, medio, posterior y laterales, aunque muchos autores niegan la delimitación exacta de los lóbulos y los clasifican como unicamente tres, dos laterales y un medio.

Se han señalado anatomicamente dos divisiones glandulares, aparentemente definidas en la próstata. En la región externa se observan glándulas de gran longitud que describen una curva hacia la base de la próstata para desembocar en los surcos posterolaterales de la uretra. La masa interna consiste en glándulas arborecentes que desembocan en forma más directa en la uretra.

La histología de la próstata no persiste inmutable durante toda la vida después de los 45 años se descubren cambios atribuibles al envejecimiento. Consisten principalmente en atrofia del músculo liso del estroma acompañada del aumento relativo del tejido colágeno fibroso. Sin embargo la atrofia tiene distribución irregular y no afecta por igual todas las regiones de la próstata. Después de los 60 años de edad la próstata experimenta atrofia más lenta pero más uniforme junto con mayor producción de pequeñas concreciones concéntricas (cuerpos amiláceos) que se supone corresponden a secreción espesa.

La próstata es regulada por las glándulas endocrinas, en consecuencia en cierto sentido podría considerarse equivalente de la glándula mamaria. Sin embargo, los conocimientos acerca de las relaciones endocrinas son fragmentarios y confusos. Es evidente que la castración origina disminución del volumen de la próstata y que en los animales la hipofisectomía va seguida de atrofia semejante. Sin embargo, en animales hipofisectomizados

la atrofia prostática se previene administrando testosterona. Además, en ratones y ratas inmaduros la hormona gonadotrópica hipofisiaria produce con rapidez tumefacción difusa de la próstata. De estas observaciones se deduce que el desarrollo de la próstata depende de la elaboración de hormonas andrógenas, y que posiblemente la hipófisis actúe al estimular la secreción andrógena testicular. Otras investigaciones han demostrado que los estrógenos pueden producir aumento de volumen de la próstata en animales castrados y, lo que es más, que el estrógeno puede retrasar la atrofia de la castración. Estos datos hacen pensar que los estrógenos estimulan la próstata. Con el propósito de resolver esta aparente paradoja se ha sugerido la posibilidad de que la zona glandular externa reaccione a los andrógenos, y la masa prostática a los estrógenos. Esta hipótesis aún no comprobada ayudaría a explicar la aparición de hiperplasia anormal de la próstata por lo regular de la masa central, en sujetos de edad avanzada en quienes disminuye progresivamente la secreción de andrógenos y, en consecuencia, presentan aumento relativo o absoluto de estrógenos.

Considerando las pruebas clínicas experimentales mencionadas acerca del desarrollo y persistencia de la próstata normal en animales y el hombre cabe deducir que se necesita testosterona, por lo menos para el desarrollo y el mantenimiento normales de la próstata. A causa del aumento progresivo de la frecuencia de esta enfermedad con la edad, se supone que la hipofunción testicular puede ser factor básico en la hiperplasia nodular. Es posible que la masa prostática externa sea regida por la testosterona y que la orquiectomía disminuya el volumen de la glándula al contraerse este tejido. De manera análoga los estrógenos pueden suscitar hiperplasia de la masa interna y, en consecuencia explicar el aumento del volumen en los animales de laboratorio. Así pues, puede sustentarse la teoría de que en edad avanzada las pequeñas cantidades residuales de testosterona mantienen la porción externa de la glándula y el hiperestrinismo relativo provoca aumento de volumen de la masa interna.

El aumento del tamaño de los diferentes lóbulos prostáticos produce compresión sobre el cuello vesical y la uretra misma lo que se manifiesta con polaquiuria, hematuria y retención aguda de orina. La compresión y estrechez uretral permite que la vejiga no se vacíe de manera completa por lo que siempre quedará residuo de orina que fácilmente son susceptibles de infección y en algunas ocasiones por retención urinaria podría producirse hidronefrosis e incluso uremia.

METODOS DIAGNOSTICOS:

La historia referida por un paciente con hipertrofia de la próstata sugiere la afección la cual se comprueba por análisis auxiliares y sobre todo por exploración física.

El tacto rectal revelará un grado variable en el aumento del volumen de la próstata, por lo regular simétrico, en el cual la próstata tiene consistencia de caucho. El tamaño de la próstata no guarda relación con la intensidad de los síntomas o de la obstrucción. La palpación de la vejiga distendida sugiere vaciamiento incompleto con orina residual abundante. La cistouretroscopia demuestra aumento del volumen de la próstata y permite valorar el grado de oclusión del cuello de la vejiga o la uretra prostática, y el grado de trabeculación o formación de celdillas o divertículos.

Es obligada la exploración física general de pacientes con hipertrofia de la próstata prestando atención especial a valorar la función renal. La hiperazoemia puede ocurrir insidiosamente con la obstrucción del cuello de la vejiga; los análisis corrientes de urea sanguínea y creatinina sérica y depuración de creatinina son índices de la capacidad funcional del riñón. La prueba, consagrada por el tiempo, de la fenolsulfontaleína, es la base para valorar la función renal y también el grado de retención de orina; una curva plana de excreción de fenolsulfontaleína durante el intervalo de dos horas sugiere trastorno funcional grave de los riñones; la curva creciente hace pensar en efectos de dilución por orina

residual abundante. Podrá utilizarse si se prefiere un estudio radiográfico aunque su utilidad en el diagnóstico es mínima. La decisión de intervenir quirúrgicamente en la hiperplasia de la próstata se toma después de valorar diversos factores. Las indicaciones para la cirugía incluyen las siguientes: Orina residual que excede en 100 mililitros, particularmente cuando hay hiperazoemia concomitante; infección recurrente o persiste de vías urinarias rebelde a los métodos terapéuticos habituales; hematuria macroscópica en más de una ocasión; retención aguda de orina o retención urinaria crónica con goteo por derramamiento. A estas indicaciones clásicas los urologos añadirían los factores de comodidad y deseo de intervención por el paciente; la nicturia que obliga al paciente a levantarse más de dos o tres veces por las noches dificulta el reposo; la polaquiuria diurna puede entrañar incapacidad importante, el paciente quizá se preocupe mucho por la posibilidad de retención de orina, o quizá sospeche que la próstata aumentada de volumen dificulte la función sexual como ocurre en ocasiones.

Hay cinco procedimientos quirúrgicos standard para extirpar la porción crecida obstructora de la próstata; ninguno de ellos es una prostatectomía total; todos tienen el propósito de extirpar la porción adenomatosa hiperplásica de la glándula, de situación central y periuretral. En consecuencia, estos procedimientos debieran llamarse más adecuadamente adenectomía prostática, pues la próstata verdadera, comprimida lateralmente para formar una capsula quirúrgica fibro muscular y acinosa se conserva después de extirpar los elementos adenomatosos centrales.

Se describe a continuación la técnica operatoria de prostatectomía suprapúbica como tratamiento quirúrgico de la hipertrofia prostática, ya que es el método utilizado actualmente en el hospital nacional de Escuintla.

INDICACIONES GENERALES:

ANESTESIA: Puede emplearse con buen éxito anestesia raquidea, aunque en algunos casos puede utilizarse anestesia general.

COLOCACION DEL ENFERMO: Una vez practicada la anestesia y antisepsia de la región el enfermo se coloca ligeramente inclinado en Trendelenburg.

Vaciamiento previo de la vejiga con sonda gruesa de Nelaton (No. 22-24) y que se deja colocada en la vejiga.

TIEMPOS OPERATORIOS:

- 1) Incisión de Phfanestein.
- 2) Sección de los planos superficiales y profundos
- 3) Liberación y limitación de la región obtenida mediante la reclinación del peritoneo hacia arriba y su mantenimiento con un separador de Diver.
- 4) La región operatoria aparece nitidamente, que muestra hacia abajo la capsula prostática, en medio de la estrechez producida por el esfínter interno o cuello vesical y hacia arriba el segmento inferior de la vejiga.
- 5) Se practica una incisión vertical que comprende en toda su extensión la capsula prostática, el esfínter interno y el segmento inferior de la vejiga.
- 6) Practicada dicha sección, se toman los bordes de la misma a nivel del cuello con dos pinzas de Allis, separando los bordes de la herida mientras se hace la exploración digital de la cavidad vesical que permite extraer un cálculo, o bien, señalar la presencia de un tumor o divertículo de la vejiga para su tratamiento

correspondiente, al mismo tiempo permite evaluar el volumen de la hipertrofia prostática intravesical. Esta exploración es en parte visual pues por la brecha abierta en la vejiga se puede observar ampliamente toda la región del trigono y del cuello vesical.

7) Enucleación prostática: esta se puede practicar de dos maneras y según convenga el tumor:

a) Ya sea lateralmente de un lado a otro de la cápsula directamente despegando hacia el vertex.

b) O bien con el dedo colocado dentro del canal uretral se practicará la enucleación como en la técnica de la prostatectomía suprapúbica, al llegar el vertex se puede seccionar el Apex de la glándula prostática con tijeras o bien con presión digital. La próstata se va visualizando y al terminar la enucleación pueden ligarse fácilmente las adherencias que las retuviesen.

8) Una vez enucleada la glándula prostática se procede a revisar la cavidad y a ligar cualquier vaso que sangre abundantemente, hecho esto se comprime durante 5 minutos con una gasa dicha cavidad y se vuelve a revisar. Es conveniente tener el electrocauterio para los raros casos en que haya que practicar hemostasis complementaria. En efecto, las hemorragias tanto inmediatas como secundarias, que son el obstáculo mayor en cualquier método de prostatectomía, provienen de las arterias prostáticas que emergen a nivel del cuello y esfínter interno, las otras son secundarias y fáciles de controlar. Con la técnica que describimos la zona del cuello vesical es explorada ampliamente y bajo el control de la vista se puede practicar la hemostasis directa de los vasos que sangran. Generalmente se procede de la manera siguiente: separando los dos labios de la cápsula con las pinzas de Allis, se examina el borde posterior del cuello vesical, con una pinza se levanta dicho labio resecándolo y regularizándolo, con esta maniobra se evita cualquier espolón que puede obstruir el libre cambio de la sonda uretral, o bien, más tarde ser la causa

de trastornos funcionales. Hecho esto se practica la hemostasis por medio de un surjete de Catgut que va de un borde de la cápsula al otro al nivel justo de la parte reseca del labio posterior del cuello vesical. Esta maniobra es absolutamente esencial y constituye quizás la más importante de la operación pues controla completamente la hemorragia de las principales arterias de la región.

9) Controlada la hemorragia de las principales arterias es frecuente observar un sangramiento de la cápsula que puede inducir a error pero la experiencia ha mostrado que proviene de los bordes de dicha cápsula seccionada y por lo tanto cede al cerrar esta. Por lo consiguiente, después de esponjar dicha cavidad se coloca la sonda uretral, generalmente se recomienda una sonda de grueso calibre con balón inflable de 30 cc.

10) Se procede al cierre de la cápsula, del cuello vesical y de la parte inferior de la vejiga con sutura de Catgut cromizado No. 2, puntos separados seromusculares, tratando de no pasar a la mucosa; luego una segunda línea de sutura del mismo material solo que invaginante continua. Esta sutura doble controla de una parte las hemorragias de los bordes de la cápsula y de la vejiga y cierre dichas cavidades lo cual se comprueba inmediatamente, mediante la irrigación de la vejiga a través de la sonda uretral.

11) Una vez cerrada la herida del cuello vesical se inyectan 30 cc de aire al balón de la sonda y se tracciona esta para dejarla en el lecho prostático donde actuará ejerciendo hemostasis por compresión.

12) Se revisa la zona operatoria, se quita el separador, se colocan dos drenajes en el espacio de Retzius, se coloca al enfermo en posición horizontal y se procede a cerrar los planos aponeuróticos y superficiales.

13) Ligadura sistemática de los canales deferentes para prevenir

problema de epididimitis en el post operatorio.

14) Se procede a lavar la cavidad vesical nuevamente con agua tibia esterilizada, la cual sale de esta apenas teñida lo que prueba que la hemostasis ha sido correcta.

JUSTIFICACION DE LA TECNICA SUPRA RETRO PUBICA Y SUS VENTAJAS

Las ideas que han prevalecido al establecer esta técnica han sido las de simplificar la prostatéctomía usando instrumentación corriente, así como la de tener una visualización amplia de la región operatoria, pero sobre todo, la de poder efectuar una hemostasis directa bajo el control de la vista, de toda la región operatoria. En efecto no se necesita ninguna instrumentación especial como en la técnica de Millin, la operación que describimos se efectúa con instrumentos de cirugía corriente. La visualización de la región operatoria se logra con la incisión amplia y vertical interesando el segmento superior de la cápsula prostática del cuello vesical y del segmento inferior de la vejiga. La exploración de la celda prostática y de la vejiga misma es fácil y satisfactoria no solamente digital sino visual. En cuanto a la hemostasis es nuestra impresión que la técnica descrita es la única hasta la fecha que permite que esta sea completa tanto en la región de la celda prostática como en toda la zona del cuello vesical, que son las regiones que sangran realmente y las fuentes de las verdaderas hemorragias operatorias y post operatorias.

En resumen: Campo operatorio amplio, operación poco hemorrágica por la conservación de la integridad de los vasos capsulares que tanto molestan lograda mediante la incisión vertical, visualización de la cápsula prostática cuello vesical y vejiga, hemostasis correcta y completa de la región; he aquí las ventajas de la operación descrita.

INDICACIONES DEL METODO

La prostatectomía suprapúbica está indicada de preferencia en todos aquellos adenomas que han adquirido un volumen considerable, grado II o grado III, y que son fácilmente perceptibles al tacto rectal, asimismo, su indicación es de suma importancia en los lóbulos medios de desarrollo intravesical voluminoso. También está indicada en todos aquellos casos en que se compruebe la presencia de cálculos prostáticos o bien que coexistan lesiones vesicales como cálculos, pólipos o divertículos.

En las esclerosis del cuello de la vejiga o en las hipertrofias pequeñas de los lóbulos laterales así como en los pequeños lóbulos medianos, reconocidos mediante el examen cistoscópico, creemos que es preferible la operación eléctrica transuretral.

Desde el punto de vista general, suprapúbica está indicada en pacientes de condiciones de resistencia operatoria, y aunque la benignidad de la intervención es manifiesta, y a pesar de haber intervenido en varios casos en los cuales los enfermos tenían 80 años de edad. El examen de la región infraabdominal es sumamente importante, pues una de las principales indicaciones reside en el aspecto físico de dicha región que no debe presentar una exagerada adiposidad.

CONTRA-INDICACIONES

Las una son de orden general y las otras de orden local.

DE ORDEN GENERAL:

Mal estado del enfermo, toxemias, infecciones acentuadas de la vejiga y del árbol urinario superior.

DE ORDEN LOCAL:

Carcinoma prostático clínicamente diagnosticado, fibrosis y esclerosis del cuello vesical. Existencia de una fístula de cistostomía previa, celulitis o infección perivesical, y en fin personas demasiado obesas, con vientre globuloso y caído.

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Los cuidados preoperatorios son esenciales al igual que en toda prostatectomía. Conviene saber antes que todo, si el enfermo presenta una retención de orina o bien si el enfermo es un distendido crónico con distensión del árbol urinario superior, con infección y por consiguiente habiendo repercutido sobre su estado general.

Las bases de la preparación del enfermo serán rígidas por dichas condiciones preexistentes y deben de tender a regularizar la evacuación urinaria mediante la instalación de una sonda permanente uretral durante un tiempo variable y que será condicionada por el estado general del enfermo, por la intensidad de la infección, por la distensión del árbol urinario superior, y por los trastornos de la química sanguínea.

Cuando las condiciones son buenas los trastornos urinarios ligeros los exámenes de laboratorio normales y no exista una infección urinaria evidente se puede proceder rápidamente a la intervención. En los casos en los que el enfermo es un distendido crónico con o sin infección urinaria el tratamiento preoperatorio será muy cuidadoso, conviene practicar exámenes radiológicos previos del árbol urinario, restablecer los porcentajes de urea sanguínea, lo cual se logrará mediante una dieta adecuada. No insistiremos sobre los trastornos de orden general tales como anemia acentuada, enfermos cardíacos o diabéticos, etc. que merecen un estudio previo y un tratamiento adecuado antes de proceder a cualquier intervención.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Conviene dividir dichos cuidados en los períodos inmediatos durante las 48 horas que siguen a la intervención. Es aquí donde el cuidado del enfermo es de la más alta importancia si se quieren evitar complicaciones o accidentes que interrumpan una rápida convalecencia. Deberá irrigarse la sonda colocada en vejiga con una solución estéril a intervalos de no más de 1 hora por 4 horas luego se irán espaciando teniendo el cuidado de observar la claridad de el líquido obtenido. La complicación más frecuente por descuido es la obstrucción por coagulos que ocluyen la sonda.

Pasadas las 48 horas, el lavado de la sonda podrá suspenderse si la orina es clara, y si la sonda está permeable. Habrá de levantarse al paciente lo más pronto posible.

Por lo general el enfermo es dado de alta del décimo al duodécimo día.

HIPOTESIS

1. En la hipertrofia prostática benigna el motivo de consulta más frecuente es la retención aguda de orina.
2. Los medios diagnósticos utilizados en el hospital nacional de Escuintla son deficientes.
3. Un alto porcentaje de los pacientes estudiados padecen de problemas urinarios infecciosos.
4. El tratamiento quirúrgico curativo empleado en el hospital nacional de Escuintla es adecuado, según evolución de los pacientes.
5. Las complicaciones operatorias y post-operatorias son mínimas.

MÉTODOS Y MATERIALES

1. Edificio Hospital Nacional de Escuintla
2. Archivo General Hospital Nacional
3. Registros clínicos seleccionados.
4. Departamento Cirugía Hospital Nacional de Escuintla
5. Biblioteca Universidad de San Carlos de Guatemala
6. Comunicación personal con Drs. Carlos Rodas y Susarte Hernández.

El presente trabajo como fue expuesto anteriormente se ha iniciado en retrospectiva, pero como un estudio preliminar prospectivo.

Para el efecto se revisaron todos los informes clínicos archivados comprendidos en 18 meses de que consta la revisión; que inician el 1o. de junio de 1976 y finaliza el 31 de diciembre de 1977, de los cuales fueron seleccionados 23 papeletas por su diagnóstico de egreso.

Prevía revisión se elaboró una ficha la cual recababa los datos necesarios para efectuar el estudio y los cuales se exponen a continuación:

1. Registro Clínico
2. Edad
3. Procedencia
4. Fecha de ingreso
5. Fecha de egreso
6. Tiempo total de hospitalización
7. Motivo de consulta

8. Examen físico de ingreso
9. Estudios preoperatorios efectuados (Laboratorios, estudios radiográficos, etc.).
10. Preparación pre operatoria
11. Tratamiento
12. Complicaciones
13. Antibióticos pre y post-op.
14. Evolución
15. No. de días con sonda vesical
16. Condición de egreso
17. Control ambulatorio
18. Mortalidad

INTERPRETACION:

Durante los 18 meses de que constó la siguiente revisión se encontraron 23 casos de hipertrofia prostática benigna, de los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente únicamente 18; los 5 pacientes restantes no fueron intervenidos debido a que solicitaron egreso voluntariamente.

Del número total de pacientes estudiados (23), 17 de ellos consultaron por retención aguda de orina, lo cual corresponde a un 70o/o. El 30o/o restantes el motivo de consulta estuvo repartido entre los siguientes síntomas: Polaquiuria, disuria, hematuria, fiebre. (Ver gráfica No. 1).

Del 100o/o de los casos estudiados que fueron 23, el 43o/o (10 casos), tienen estudios radiográficos de tórax preoperatorios. Uno de los casos estudiados posee pielograma lo que corresponde al 4.3o/o del total de los casos.

El 53o/o de los casos restantes no poseen estudios radiográficos. (Ver gráfica No. 2).

En algunos de los casos el tiempo de hospitalización se

vio alargado como consecuencia de alguna complicación post-operatoria, lo que vino a aumentar el tiempo promedio de hospitalización. El promedio de días de hospitalización por paciente es de 18 días.

Del 100o/o de los pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas por hipertrofia prostática benigna, el 33o/o tuvo complicaciones post-operatorias, las que a continuación se enumeran:

1 paciente con ruptura iatrogénica de uretra	5.5o/o
2 pacientes con infección de herida operatoria	11 o/o
1 paciente con fístula vesico cutanea	5.5o/o
1 paciente con hemorragia uretral prolongada	5.5o/o
1 paciente con estenosis uretral	5.5o/o
	<u>33.0o/o</u>

Del total de pacientes investigados se comprobó que 11 de ellos padecían de problemas urinarios infecciosos lo que se demostró por exámenes simples de orina, así como por sintomatología clínica. En porcentajes este número corresponde al 48o/o.

Se efectuó un recuento de todas intervenciones quirúrgicas efectuadas durante el tiempo de que constó la revisión y se encontró que el porcentaje de prostatectomías con respecto al resto de las demás operaciones es de 3.93o/o.

A continuación se presentarán en forma resumida los casos que consideramos importantes en la serie estudiada.

CASO No. 1 R.C.M. No. 10195

M.C.: Retención aguda de orina. Se le efectuó prostatectomía suprarretropúbica por H.P.B.

COMPLICACION: fístula vesico cutanea que curó en más o menos 25 días. Se le mantuvo con sonda uretral. Egresó en buen estado.

CASO No. 2 R.B. No. ?

M.C.: Paciente quien consulta por hematuria y polaquiuria de 3 días de evolución. Se le trató de canalizar, estando en el servicio pero no fue posible ya que sonda no paso. Se le intervino al día siguiente encontrándose ruptura de uretra prostática.

Se le intervino. Paciente egreso en buen estado.

CASO No. 3 R.M. No. 11777

M.C.: Paciente quien consulta por retención aguda de orina. Se le efectuó prostatectomía. Al cuarto día presentó salida de material purulento de herida operatoria. Fue tratado con antibióticos. Egresó en perfecto estado.

CASO No. 4 J.C. G No. ?

M.C.: Retención aguda de orina; orina por gotas y con sangre.

Paciente a quien se le efectuó prostatectomía supra-retro-púbica y tuvo hematuria durante 13 días. Tuvo tratamiento de mantenimiento y egresó en perfecto estado.

CASO No. 5 N.L.B. No. 11355

M.C.: Paciente que consultó por polaquiuria y estanguria de 3 días de evolución. Se le diagnosticó H.P.B. y se le practicó prostatectomía. Paciente evolucionó bien y al retirarle la sonda de Folley presentó disuria y polaquiuria y moderada dif. para la micción. Se le efectuaron dilataciones uretrales con lo que mejoró

notablemente. Se dio egreso en buen estado.

CASO No. 6 M.P.A. No. 12307

Paciente de 68 años de edad quien consultó por dificultad para la micción de 8 días de evolución. Se le efectuó prostatectomía la cual no tuvo complicaciones. Paciente presentó salida de material purulento de herida operatoria. Fue tratado con antibióticos con lo que cuadro cedió. Egresó en perfecto estado.

De lo anteriormente expuesto sobre la mínima cantidad de pacientes que poseen estudios radiográficos diagnósticos preoperatorios, podemos decir que la explicación es debida a que el aparato de Rayos X con que cuenta el hospital es de bajo voltaje y solamente tiene capacidad para tomar Rayos X de tórax y huesos, siendo imposible los estudios especiales.

Sin embargo en todos los pacientes sometidos a cirugía se practica una evaluación clínica detenida en el preoperatorio.

En cuanto a la química sanguínea es hasta en los últimos meses que se ha podido contar con ella, con la adquisición de un aparato para efectuar dichos estudios.

En los pacientes que ingresaron al hospital por cuadro de retención aguda de orina se colocó sonda vesical permanente mientras se les estudiaba y se les programaba para cirugía.

En estos pacientes se indicó antibióticos, en primer lugar porque la mayoría de los casos los pacientes presentaban orina contaminada por la retención crónica y en 2o. lugar porque las sondas que se utilizan en este centro son reesterilizables, lo cual favorece la contaminación.

La anestesia que se empleó en todos los casos fue raquídea, sin que se reportara ningún problema por anestesia.

La hemorragia durante el acto operatorio y en el post operatorio fue moderada en la generalidad de los pacientes; calculándose un promedio de 500 cc de pérdida sanguínea. En todos los casos se practicó vasectomía y no se encontró ninguna complicación de orquiepididimitis.

En el presente estudio no se encontró mortalidad operatoria ni post operatoria.

ANATOMIA PATOLOGICA

En casi todos los casos (94.5o/o) el resultado de la misma ha sido de hipertrofia prostática benigna; tan solo en el 5.5o/o de la muestra se encontró reporte de carcinoma invasivo de la próstata.

Se ha llevado control post operatorio de todos los pacientes cuando ya están egresados.

Lamentablemente por la falta de una consulta externa bien organizada y coordinada con el archivo del hospital, no hay anotaciones de la evolución del paciente controlado posteriormente en consulta externa.

En el post operatorio inmediato, se indicó enfermera especial (en algunos casos pagada por el enfermo) para irrigación continua de la sonda vesical.

No se presentó ninguna complicación por obstrucción de la sonda. Se inició dieta por boca en el primer día post operatorio. La sonda vesical fué retirada entre el 8o. y 10o. día post operatorio.

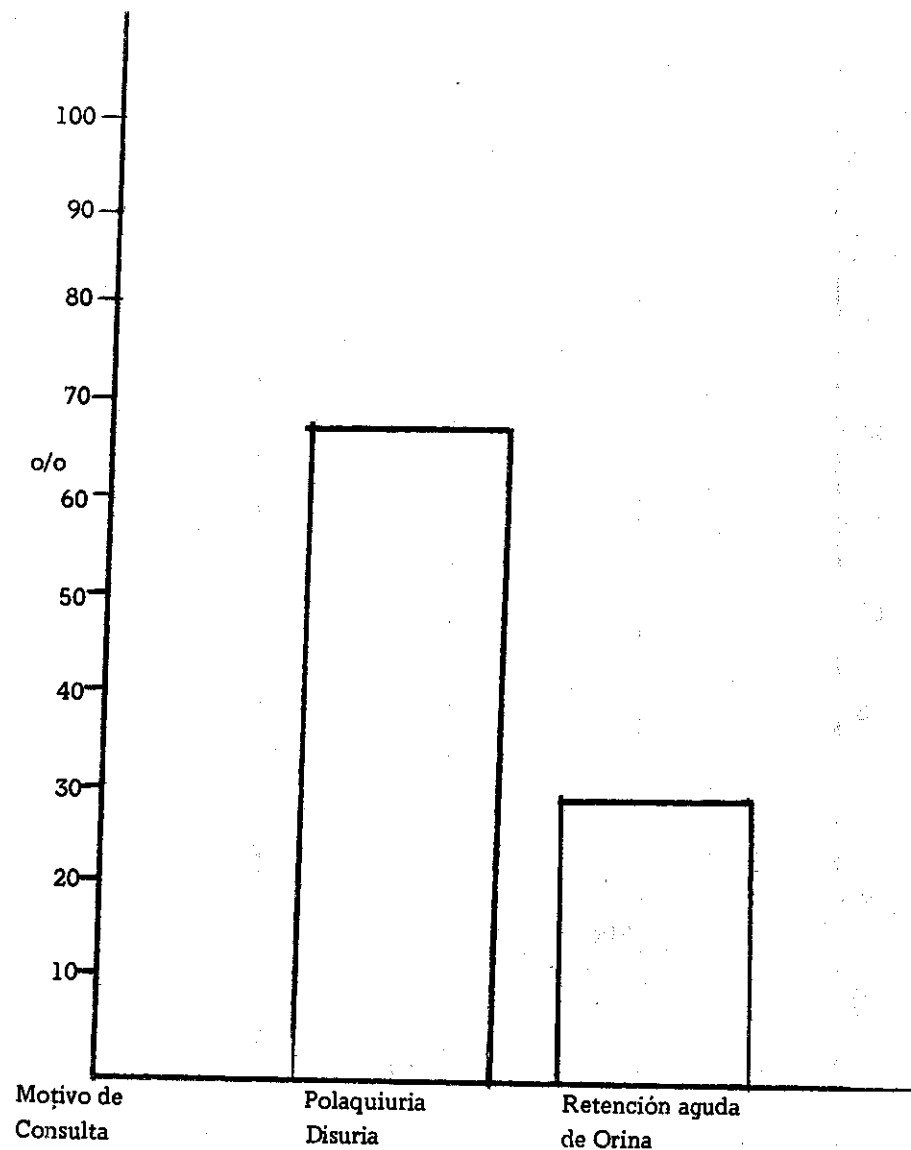
En los primeros días después de retirada la sonda uretral se presentó incontinencia urinaria, la cual fue siendo controlada al transcurrir los días.

Algunos pacientes han consultado en el post operatorio tardío por dificultad para la micción.

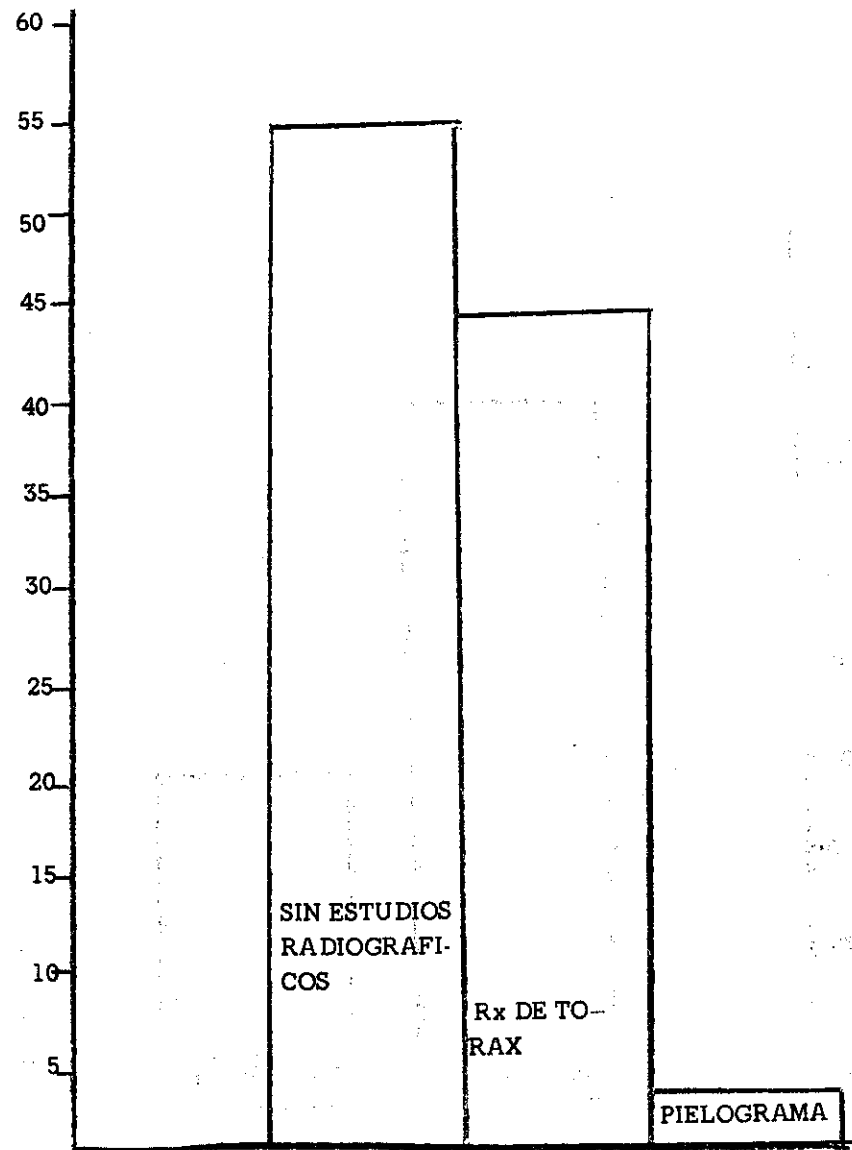
Se les ha practicado dilataciones uretrales con dilatadores de Benike encontrándose cierto grado de dificultad al paso del dilatador por fibrosis a nivel de la uretra posterior. Estos pacientes han evolucionado bien con dilataciones periódicas.

Como rutina se les indicó antibióticos de amplio espectro tipo ampicilina en todos los pacientes operados.

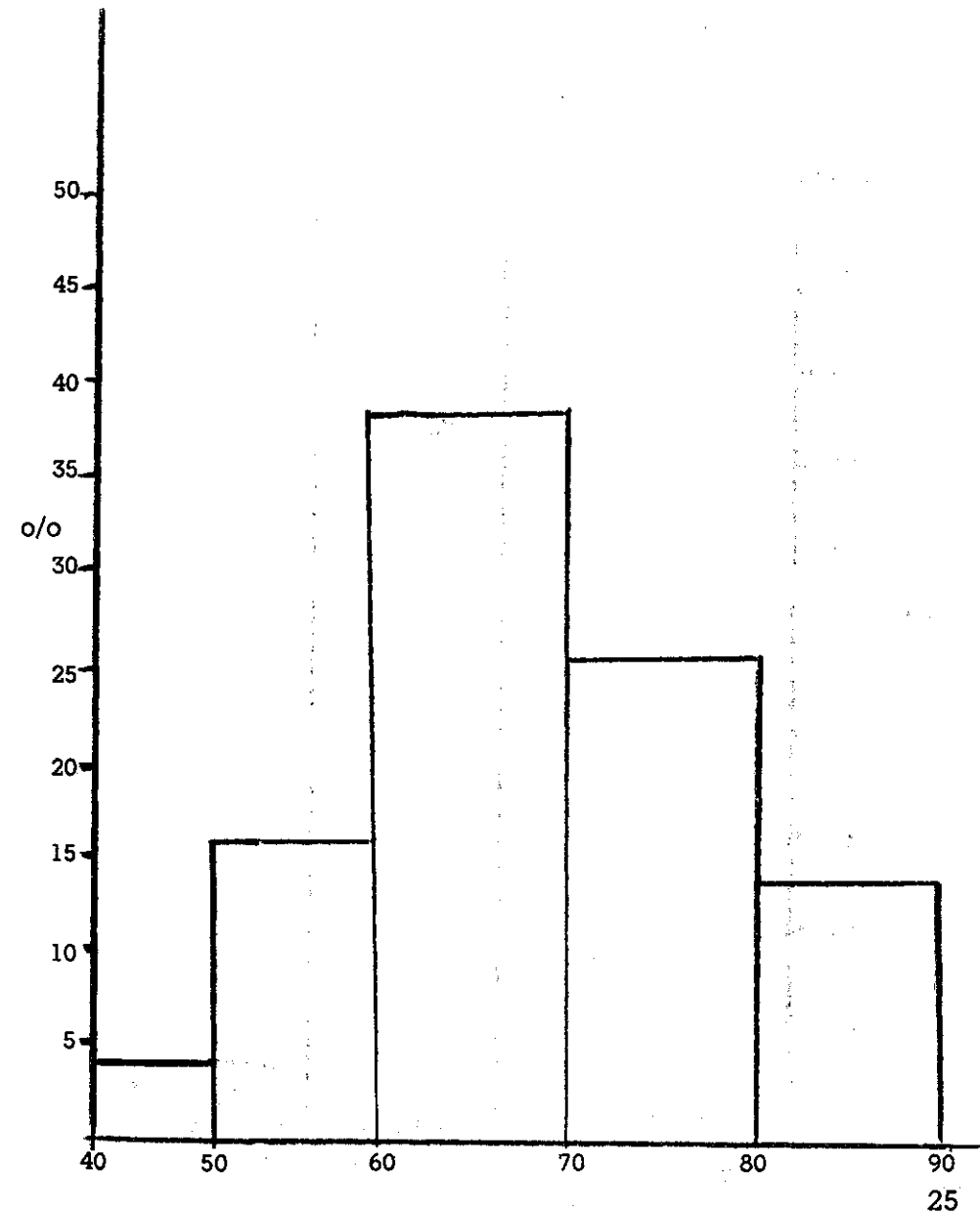
GRAFICA No. 1
MOTIVOS DE CONSULTA



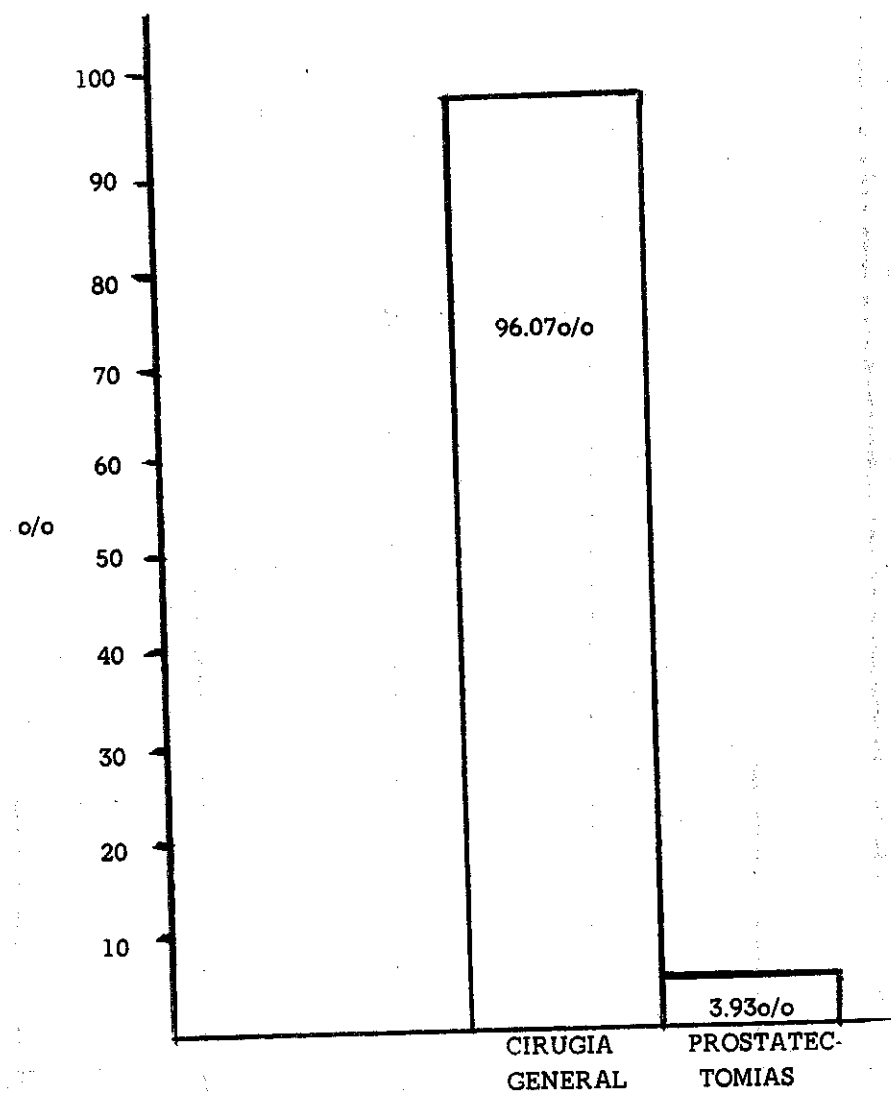
GRAFICA No. 2
ESTUDIOS RADIOGRAFICOS



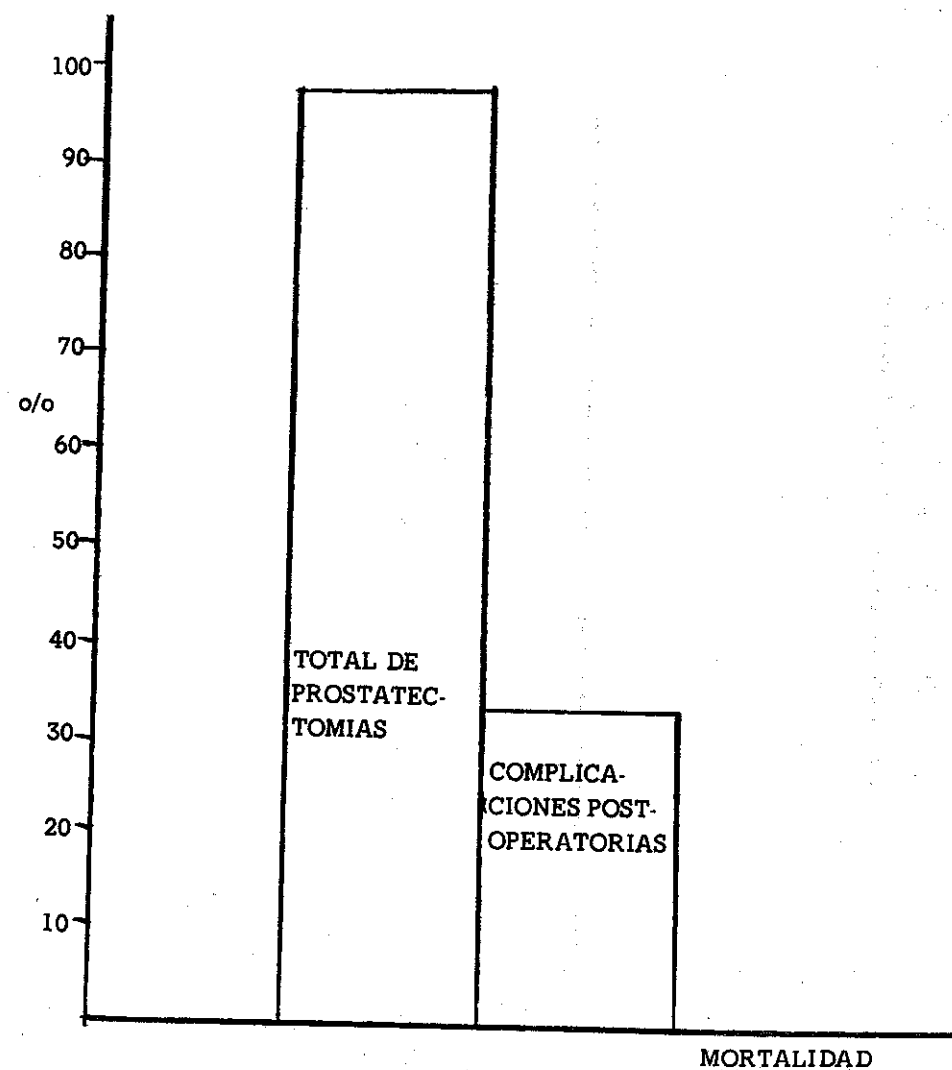
GRAFICA No. 3
FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD EN LOS
DISTINTOS GRUPOS ETARIOS



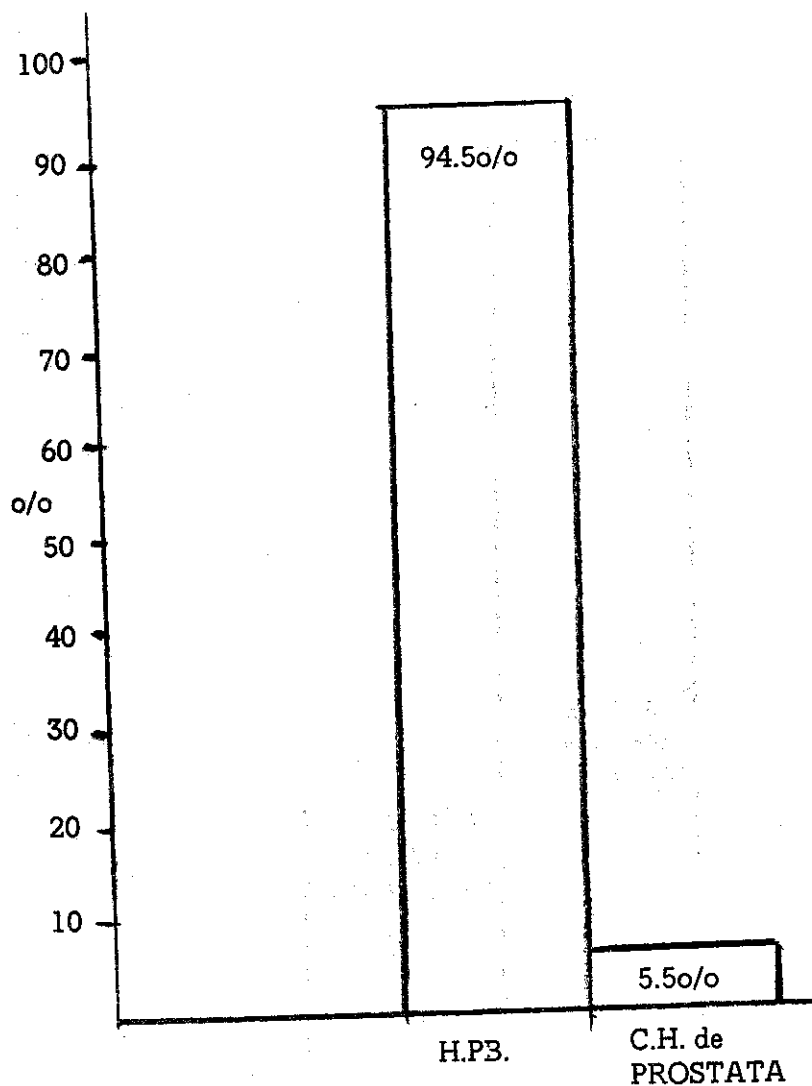
GRAFICA No. 4



GRAFICA No. 5
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS



GRAFICA No. 6



CONCLUSIONES

1. El motivo de consulta más frecuente en los pacientes con hipertrofia prostática benigna de la serie estudiada, fue retención aguda de orina que corresponde al 70o/o de los mismos.
2. La edad más frecuente de pacientes afectados en nuestro estudio fue de 60 a 80 años.
3. Los medios diagnósticos utilizados en el hospital nacional de Escuintla son deficientes lo que se comprueba con el alto porcentaje de pacientes a los que no se les efectuaron exámenes radiográficos; como puede verse en la gráfica No. 2 únicamente el 4o/o de los pacientes se les efectuó pielograma y a un 43o/o se le tomaron placas de tórax. El 53o/o restantes no tuvieron exámenes radiográficos.
4. De los pacientes estudiados el 47o/o (11 casos) fueron tratados por problemas infecciosos de las vías urinarias.
5. La prostatectomía por vía supro-retro-pública, tiene baja incidencia de complicaciones operatorias y postoperatorias, así como una muy baja incidencia de mortalidad, en relación a la vía suprapública.
6. La hemorragia post operatoria es relativamente poca debido a una hemostasis bajo visión directa durante el acto operatorio.
7. Se comprueba que el tratamiento quirúrgico empleado en el hospital nacional de Escuintla para resección de próstata es adecuado, lo que se demuestra con la ausencia de mortalidad en este tipo de intervenciones quirúrgicas.
8. Se comprobó que el porcentaje de complicaciones post operatorias en este tipo de cirugía son del 33o/o, en

donde se incluyen complicaciones tales como infección de herida operatoria, fístulas vesicocutaneas, etc.

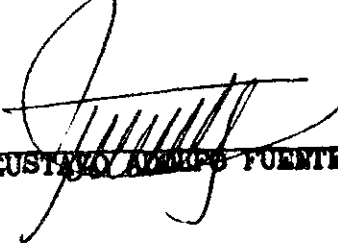
9. Se encontró muy baja incidencia de carcinoma como hallazgo de anatomía patológica.

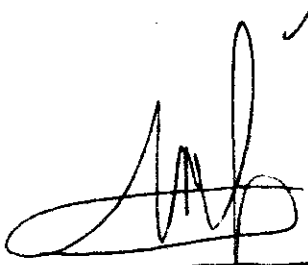
RECOMENDACIONES

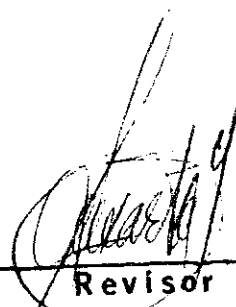
1. Mejorar los medios de diagnóstico a nivel de hospitales departamentales, ya que el hospital de Escuintla es el reflejo de la pobreza que afecta a centros hospitalarios del interior del país.
2. Considerar la creación de una plaza para patología en el hospital nacional de Escuintla.
3. Agilizar el envío de los informes de anatomía patológica que generalmente llegan con 2 semanas de atraso.

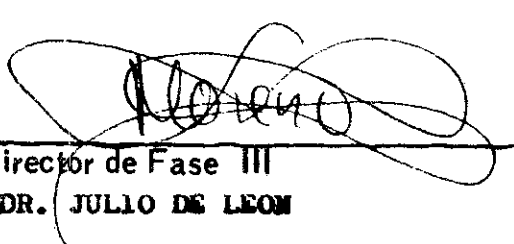
BIBLIOGRAFIA

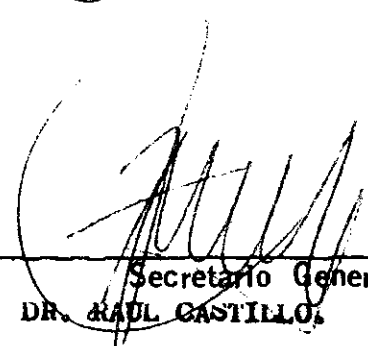
- BAUER W. C. Mc. Gabren CARCINOMA OF THE PROSTATE
IN SUPRAPUBIC PROSTATECTOMY SPECIMEN A:
CLINICO PHATOLOGY 1969.
- CAMPOS FREIRE J. G. "Transvesical prostatectomy with primary
closure of the bladder". Urol. 1958.
- CASTRO J. E. and SHACKMAN R. "Significance of signs and
symptoms in benign prostatic hipertrophy. Medical Brit.
1969.
- DAVIS CHRISTOPHER DR. "Tratado de patología quirúrgica"
10a. edición. Buenos Aires, 1974. Págs. 1484-1497.
- FRANKS L. M. Benign nodular hiperplasia of the prostate. A
review Ann Roy and coll. 1954.
- Lytton B. Emory J. M. and Harvard B.M. "The incidence of
benign prostatic obstruccion". 1968.
- STANLEY L. ROBBINS "Tratado de Patología", 3a. edición.
Buenos Aires. 1968.


Br. GUSTAVO ADOLFO FUENTES ESCOBAR

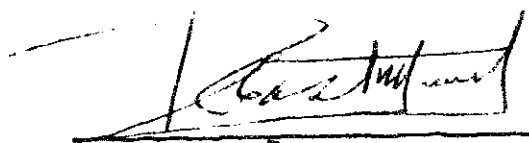

CARLOS RODAS RUIZ


D Revisor
DR. SUSARTE HERNANDEZ.


Director de Fase III
DR. JULIO DE LEON


Secretario General
DR. RAUL CASTILLO.

Vo.Bo.


Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO