AÑO XXXVI JULIO - DICIEMBRE 1973 Nº 2

# REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

FUNDADA EL AÑO 1925 —O— PUBLICACION SEMESTRAL

*Organo Oficial de la Sociedad Chilena de Urología*

Clasificador 510, Santiago de Chile

## CONTENIDO

PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL CON MAXIMA HEMOSTASIA Y RETIRO PRECOZ DEL CATETER URETRAL — PROSTATECTOMIAS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA — EXPERIENCIA EN ADENOMECTOMIA PROSTATICA EN SERVICIO DE UROLOGIA. HOSPITAL VAN BUREN. VALPARAISO — ADENOMECTOMIA PROSTATICA — TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ADENOMA DE PROSTATA. EXPERIENCIA DE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS — PROSTATECTOMIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA SERENA — PROSTATECTOMIA, VASECTOMIA Y HERNIOPLASTIA INGUINOCRURAL EN UN TIEMPO OPERATORIO — NUESTRA EXPERIENCIA EN PROSTATECTOMIA — ADENOMA DE PROSTATA. (TECNICA DE HRYNTSCHAK) — LA TECNICA DE HRYNTSCHAK EN EL ADENOMA DE LA PROSTATA. EXPERIENCIA DE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS — LA VIA ENDOSCOPICA EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOMA PROSTATICO — TECNICA DE GIRGIS EN INCONTINENCIA URINARIA TOTAL POSTPROSTATECTOMIA.

Universidad de Chile Facultad de Medicina BIBLIOTECA CENTRAL Valparaíso - Chile

Para el carcinoma prostático
y sus metástasis

# HONVAN

ESTER FOSFORICO DEL ESTILBESTROL "ASTA"

**ACCION:** Una fosfatasa ácida, producida por el tumor prostático, hidroliza el difosfato de Estilbestrol, liberando in situ Estilbestrol, citostático de acción específica.

**VENTAJAS:**

- Más eficaz, con regresión más rápida de los síntomas subjetivos y objetivos.
- Perfecta tolerancia, con mínimos y poco frecuentes efectos colaterales.
- Solubilidad total en agua, lo que permite su empleo por vía endovenosa de altas dosis, lo que aumenta su efecto terapéutico.

CAJAS DE 10 AMPOLLETAS DE 250 mg.

CAJAS DE 50 GRAGEAS DE 100 mg.

**LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS**

ASTA-WERKE A G
CHEMISCHE FABRIK

REPRESENTANTES:
Farmoquímica del Pacífico S. A.

Santo Domingo 1509 — Casilla 112-D — Santiago

# REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

*Director:* Dr. Eduardo Tallman Valenzuela.

*Comité de Redacción:* Drs. Raúl Castro Varela (Hosp. del Salvador); Félix Cantín B. (Hosp. San Juan de Dios); Egidio Gutiérrez S. M. (Hosp. San Borja); Raúl Valdebenito (Hosp. Barros Luco); Roberto Vargas y Benjamín Tallman (Hosp. J. J. Aguirre).

*Dirección Postal:* Clasificador 510, Santiago.

*Dirección para Canje:* Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Casilla 6577, Santiago, Chile.

*Valor de ejemplares atrasados:* 15 escudos (US$ 2). *Suscripción:* US$ 6.

**AÑO XXXVI** **JULIO - DICIEMBRE 1973** **Nº 2**

Universidad de Valparaíso BIBLIOTECA CENTRAL Valparaíso

## INDICE

*Prostatectomia transvesical con máxima hemostasia y retiro precoz del catéter uretral: experiencia de 5 años.* Drs. D. Corti O. y A. Espinoza G. ..... 55

*Prostatectomias. Experiencia del Hospital Clinico de la Universidad Católica.* Drs. R. Dell'Oro S., L. Martínez V., P. Martínez S., J. Mery S., J. Thenot C., F. del Campo S. y R. Zubieta A. ..... 60

*Experiencia en adenomectomia prostática en Servicio de Urologia. Hospital Van Buren. Valparaíso.* Dr. G. Mac-Millan S., Prof. Dr. O. Jara M., Drs. C. Carmona S., R. Peirano C. y J. Lantadilla C. ..... 64

*Adenomectomia prostática.* Prof. Dra. E. Silva I., Drs. B. Tallmann V. y E. Merhe 67

*Tratamiento quirúrgico del adenoma de próstata. Experiencia de los últimos cinco años.* Drs. F. J. Premoli, H. L. Rubino, J. Costa, J. C. Tettamanti y O. Provenzal ..... 72

*Prostatectomia en el Hospital Regional de La Serena.* Dr A. Jiles A. ..... 76

*Prostatectomia, vasectomia y hernioplastia inguinocrural en un tiempo operatorio.* Dr. L. Ritter H. ..... 81

*Nuestra experiencia en prostatectomia.* Drs. R. Olmedo C., A. Salas V. y C. Gutiérrez 87

*Adenoma de próstata (Técnica de Hryntschak).* Drs. E. Mattos y B. Ferrer ..... 89

*La técnica de Hryntschak en el adenoma de la próstata. Experiencia de los últimos cinco años.* Drs. H. L. Rubino, F. J. Premoli, J. Costa y J. Tettamanti ..... 91

*La via endoscópica en el tratamiento del adenoma prostático.* Dr. J. Costa..... 93

*Técnica de Girgis en incontinencia urinaria total postprostatectomia.* Drs. J. Mery, L. Martínez y P. Martínez ..... 98

## DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA

1 9 7 3

*Presidente:* Prof. Dr. Eduardo Tallman

*1.er Vicepresidente:* Prof. Dr. Fernando Hidalgo

*2º Vicepresidente:* Dr. Guillermo Mac-Millan

*Secretario General:* Prof. Dr. Fernando Vargas

*Tesorero:* Dr. Luis Martínez

*Secretarios anuales:* Drs. Johannes Wilckens y Carlos Carmona

*Directores:* Profs. Drs. Omar Jara, Pedro Martínez y Alvaro Hidalgo.

FUNDADORES

Abud Pérez, Eduardo (†)
Aguirre Armijo, Carlos (†)
Baltra González, Roberto
Bisquertt Cea, José Luis (†)
Casarino, Faustina
Coutts B., Waldemar (†)
Díaz Muñoz, Ignacio (†)
Donoso Barthet, Oscar (†)
González Mac O., Roberto
Ibarra Loring, Eduardo (†)
Lois Fraga, Arturo (†)
Lobo Onell, Carlos (†)
Moore M., Eduardo (†)
Santapau S., Omar (†)
Sommer P., Waldemar (†)
Vicuña Monardes, Hugo

# PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL CON MAXIMA HEMOSTASIA Y RETIRO PRECOZ DEL CATETER URETRAL: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

Drs. DANTE CORTI O. y ANIBAL ESPINOZA G.

(Unidad de Nefro-Urología, Depto. de Clínicas, Escuela de Medicina, Universidad Austral de Valdivia. Hospital J. Kennedy, Valdivia)

Según Guy Leadbetter "la prostatectomía ideal debe llegar a ser una operación meticulosa que conduzca a la hemostasia perfecta, permita el cierre primario de la vejiga, la eliminación de todo catéter y drenaje y permita a la vez una micción normal, sin hemorragia postoperatoria, infección o estenosis secundaria de la uretra y/o del cuello vesical". Hasta el presente ninguna técnica quirúrgica ha logrado este ideal, como lo prueban las innumerables publicaciones que informan sobre nuevos métodos y modificaciones a las técnicas clásicas.

El gran problema de la prostatectomía es la hemorragia postoperatoria precoz. Flocks demostró que es el cuello vesical el principal causante de la hemorragia postoperatoria, ya que a través de sus bordes pasan los vasos laterales de las arterias extracapsulares que son los que se deben ligar según los principios de Harris; pero persiste el problema de los innumerables focos sangrantes de la celda prostática y del muñón uretral.

Alfonso de la Peña y Enrique Alcina publicaron en 1962 una nueva modificación a la técnica de la prostatectomía transvesical. Su novedad consistía en que mediante una gareta de material no reabsorbible colocada alrededor del cuello vesical y fácilmente removible, aislaban la celda prostática de la vejiga, con el objeto de evitar que el sangramiento normal que se produce en la celda prostática y en el muñón uretral pudiera refluir a la vejiga y saliera al exterior alrededor del catéter uretral, además, como la gareta era sólo temporal, se evitaba el problema de la estrechez secundaria del cuello vesical.

En 1965, Maxwell Malament presentó 20 casos operados según este método pero efectuando el cierre primario de la vejiga, obteniendo excelentes resultados.

El objeto de este trabajo es presentar la experiencia recogida a lo largo de 5 años con el uso de esta técnica, a la cual hemos introducido algunas variaciones con el fin de acercarnos al ideal de prostatectomía enunciado por Guy Leadbetter.

## MATERIAL Y METODOS

Se han intervenido 273 pacientes entre el 1º de Julio de 1967 y el 30 de Junio de 1972. La mayoría son enfermos provenientes de áreas rurales de las provincias de Valdivia, Osorno, Llanquihue, Chiloé y Aisén.

Sus edades fluctuaron entre los 46 y los 88 años, con una edad promedio de 69 años y una distribución porcentual como se observa en el Cuadro Nº 1:

El 75% de los enfermos consultó antes de los 5 años de evolución de su enfermedad (el 54% consultó después del año). 167 pacientes (61,1%) habían presentado uno o más episodios de retención aguda de orina, 22 (8%) habían tenido sólo hamaturia en una o varias oportunidades y, en 45 enfermos (16,4%) habíanse presentado ambos síntomas en alguna ocasión.

A 13 pacientes se les había practicado en los hospitales periféricos, previa a su ingreso a nuestro Servicio, una cistostomía de descarga: en 1 paciente por una insuficiencia renal y en el resto por dificultades en la cateterización.

Cuadro Nº 1

| Edad | Porcentaje % |
|---|---|
| 41 a 50 años | 1,46 |
| 51 a 60 años | 16,48 |
| 61 a 70 años | 42,85 |
| 71 a 80 años | 32,29 |
| 81 a 90 años | 6,92 |

Al examen de ingreso se encontró que en 114 pacientes había, además de la uropatía obstructiva otro tipo de patología pero sólo en 63 ésta era de cierta importancia, como se detalla en el Cuadro Nº 2:

Al examen de tacto rectal se encontraron diferentes tamaños de crecimiento prostático que se detallan en el Cuadro Nº 3:

En todos los pacientes se practicaron de rutina los siguientes exámenes: hemograma, sedimentación, uremia, glicemia, examen de orina, Abreu, E. C. G. El hemograma se encontró alterado en 16 pacientes, que presentaban grados variables de anemia y/o leucocitosis, lo que se corrigió previo al acto quirúrgico. La velocidad de sedimentación estaba elevada pos sobre los 10 mm. a la hora en 160 casos. La uremia por sobre 0,51 gr‰ se encontró en 103 casos, en 25 de ellos que presentaban valores sobre 0,60 gr‰ se bajó este valor a cifras normales antes de la intervención. La glicemia estaba elevada en 10 pacientes. El sedimento urinario demostró grados variables de infección urinaria en el 68% de los pacientes. El Abreu estaba alterado pero con lesiones de poca importancia en 21 casos. El E. C. G. se halló francamente alterado en 38 enfermos, con las alteraciones que se detallan en el Cuadro Nº 4:

En 33 pacientes en los que hubo dudas diagnósticas se complementó la exploración con estudio radiológico, en 30 se efectuó una uretrocistografía que confirmó el diagnóstico, en 3 se hizo una pielografía de eliminación demostrando en un caso una exclusión renal izquierda debida a obstrucción ureteral por compresión prostática ya que se normalizó en el postoperatorio.

En 18 pacientes se practicó además un estudio endoscópico demostrando en todos los casos un adenoma obstructivo.

En 4 pacientes, en los que se sospechó la probable presencia de un Ca prostático, se practicó una punción biopsia por vía perineal no confirmándose en ninguno la sospecha clínica.

Prácticamente todos los enfermos se intervinieron bajo raqui-anestesia con Dimecaína hiperbara. Sólo en 11 pacientes se complementó la operación con una vasectomía bilateral y ellos fueron los primeros pacientes intervenidos. La técnica quirúrgica empleada es la siguiente:

*Técnica quirúrgica.* Se practica una incisión media infraumbilical, abierta la pared se rechaza el peritoneo y se efectúa una cistostomía transversal por di-

**Cuadro Nº 2**

| | Pacientes |
|---|---|
| A) Enfermedades cardiovasculares | 22 |
| —Hipertensión arterial | 17 |
| —Insuficiencia cardíaca | 2 |
| —Tromboflebitis | 2 |
| —Infarto reciente | 1 |
| B) Enfermedades metabólicas | 10 |
| —Diabetes mellitus | 10 |
| C) Enfermedades uro-genitales | 12 |
| —Insuficiencia renal crónica | 8 |
| —Litiasis vesical | 2 |
| —Estrechez uretral | 1 |
| —Vejiga neurogénica | 1 |
| D) Enfermedades gastro-intestinales | 1 |
| —Ulcera gástrica | 1 |
| E) Enfermedades neurológicas | 5 |
| —Parkinson | 3 |
| —Hemiparesia izquierda | 1 |
| —Paraplejía espástica | 1 |
| F) Enfermedades broncopulmonares | 10 |
| —Bronquitis crónica obstructiva | 7 |
| —TBC pulmonar inactiva | 3 |
| G) Enfermedades infecciosas | 3 |
| —Sepsis preoperatoria de origen ¿urinario? | 3 |

**Cuadro Nº 3**

| Grado crecimiento prostático | Porcentaje % |
|---|---|
| Normal | 7,32 |
| Grado I | 8,09 |
| Grado II | 40,66 |
| Grado III | 33,69 |
| Grado IV | 7,32 |
| Lóbulo medio | 1,83 |
| No consignado | 1,09 |

**Cuadro Nº 4**

| | Casos |
|---|---|
| Déficit del riego coronario | 8 |
| Hipertrofia ventricular izquierda | 8 |
| Bloqueo completo rama derecha | 6 |
| Bloqueo incompleto rama izquierda | 6 |
| Bloqueo completo rama izquierda | 5 |
| Bloqueo incompleto rama derecha | 2 |
| Infarto antiguo | 2 |
| Infarto reciente | 1 |



vulsión digital. A continuación se marsupializa la vejiga fijándola a la aponeurosis anterior del músculo recto abdominal. Se identifican los orificios ureterales y con electrobisturí se hace una incisión de la mucosa alrededor del cuello vesical procediéndose entonces a enuclear digitalmente el adenoma. Posteriormente se ubican los pedículos sangrantes de las arterias extra-capsulares y se hace hemostasia con puntos en X de catgut simple Nº 1, fijándose en igual forma el trígono a la cápsula prostática. Una vez obtenida una hemostasia satisfactoria se coloca una gareta de material no reabsorbible (Surana o lino Nº 25 envaselinado) alrededor del cuello vesical exteriorizando sus extremos a la piel por contra-abertura (Figuras 1 y 2), se traccionan ambos y se comprueba el cierre perfecto del cuello vesical. Se coloca una sonda Foley Nº 18 o 20, balón de 5 cc. por vía uretral dejando el balón intravesical. Se cierra la cistotomía con doble gareta invaginante, al plano muscular, de catgut simple y crómico Nº 1. Se cierra la pared por planos dejando un tubo de drenaje al espacio prevesical y luego se traccionan ambos extremos de la gareta que se amarran sobre una montura de gasa (Figura 3).

La gareta de material no reabsorbible se retira a las 24 hrs. y el catéter uretral a las 48 horas. El tubo de drenaje al 3er. o 4º día del postoperatorio.

## RESULTADOS

Los 273 pacientes soportaron perfectamente el acto quirúrgico; la única complicación intraoperatoria, que se presentó en 11 casos, fue el desgarro de la cápsula prostática pero que se solucionó sin problemas.

Considerando como hematuria precoz la que se produce antes del décimo día del postoperatorio, sólo la vimos en 23 casos y en 9 de ellos fue de cierta cuantía requiriendo el uso de transfusiones de sangre (entre 500 cc. y 1.000 cc.). Hematurias posteriores o tardías se presentaron en 14 pacientes y en 4 requirió, debido a su magnitud, transfusión sanguínea.

La fístula vesicocutánea, como complicación postoperatoria se presentó en 59 casos, o sea, en el 21,6% de los pacientes. Todas cerraron espontáneamente con el uso de sonda uretral a permanencia, durando entre 2 y 45 días con un promedio de 10,7 días. Algunos de los pacientes que se mantuvieron con sonda a permanencia largo tiempo, fueron enfermos que se enviaron a su domicilio debido a la escasez de camas del Servicio y que, debido a que vivían en zonas rurales muy alejadas, volvieron tardíamente a control.

El tiempo de estadía postoperatorio fue de 13,5 días con un mínimum de 6 días y un máximum de 64 días, estadía



Figura 1.

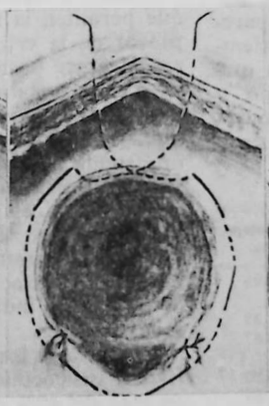


Figura 2.

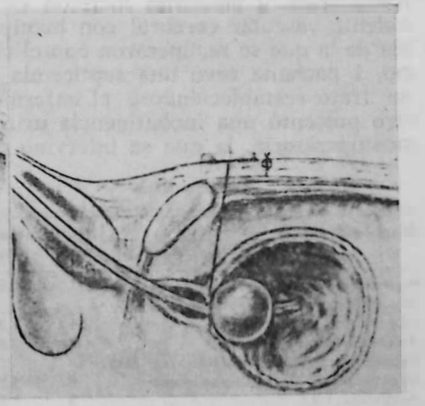


Figura 3.

que está falseada en más ya que muchos pacientes deben permanecer más tiempo del indicado por razones socio-económicas.

Sólo 3 pacientes (1,4%) fallecen a consecuencias del acto quirúrgico; 2 debido a un accidente vascular encefálico, al 4º y 6º día postoperatorio respectivamente y, otro fallece al 15º día debido a una septicemia a Gram (—).

A 262 pacientes no se les practicó la vasectomía bilateral presentándose en 40 casos una epididimitis aguda (sólo en 1 caso fue bilateral), o sea, en el 15,2% de los operados.

El estudio histopatológico de las piezas operatorias demostró las alteraciones que se detallan en el Cuadro Nº 5:

Se pesaron 201 próstatas fluctuando su peso entre 9 gr. y 330 gr. con un promedio de 51,18 gr.

A los 5 pacientes cuyo estudio histopatológico demostró un adenocarcinoma, se les efectuó posteriormente una castración bilateral subalbugínea y se les mantiene con tratamiento estrogénico. Los 3 pacientes que tenían una prostatitis Tbc. estuvieron en tratamiento antituberculoso, con terapia triasociada, durante 2 años y el estudio no demostró foco renal.

A 6 pacientes no se les efectuó estudio histopatológico debido al período de vacaciones del personal del Servicio respectivo.

Se presentaron 4 complicaciones postoperatorias: 2 pacientes hicieron un accidente vascular cerebral con hemiparesia de la que se recuperaron con el tiempo, 1 paciente tuvo una septicemia que se trató restableciéndose el enfermo y otro presentó una incontinencia urinaria postoperatoria, la que se intervino en 2 oportunidades no recuperando el control esfinteriano.

**Cuadro Nº 5**

| Diagnóstico | Nº | Porcentaje % |
|---|---|---|
| Hipertrofia nodular prostática | 221 | 80,95 |
| Hip. nod. prostática c/prostitis aguda y/o crónica | 31 | 11,35 |
| Adenocarcinoma prostático | 7 | 2,57 |
| Hipertrofia nodular prostática con focos microscópicos de Adenocarcinoma | 5 | 1,83 |
| Prostatitis T.B.C. | 3 | 1,09 |
| No se efectuó estudio | 6 | 2,19 |

## DISCUSION

Consideramos que la técnica descrita reúne todas las ventajas que se les reconoce a las que usan la vía de abordaje transvesical sin sus inconvenientes: hemorragias postoperatorias y cierre diferido de la vejiga.

Pensamos que junto a la resección transuretral, que requiere de largo entrenamiento endoscópico y que tiene el inconveniente de las recidivas, esta técnica está más de acorde con los principios de reparación anatómica y fisiológica del árbol urinario bajo, y que se recupera en forma artificial y temporal el esfínter fisiológico que es el cuello vesical sin los peligros de estenosis secundaria como se observa en los otros tipos de técnicas.

La recuperación artificial y temporal del esfínter del cuello vesical impide el reflujo de sangre a la vejiga, en las primeras horas del postoperatorio, proveniente de la celda prostática, mientras no actúa el mecanismo fisiológico de la hemostasia que es la contractibilidad de la cápsula misma. Además, como no se deja un cuerpo extraño en la celda prostática: balón de catéter uretral, gasa, gelita, etc., no se interfiere en su capacidad contráctil como lo demostraron Goodyear y Beard, en 1949.

Gracias a estos artificios de técnica que permiten la recuperación fisiológica precoz de la vejiga e impiden la hemorragia grave postoperatoria podemos retirar el catéter uretral a las 48 horas después de la intervención, evitando de esta manera las complicaciones propias de una sonda uretral mantenida largo tiempo: infecciones urinarias graves o rebeldes, uretritis, estrechez uretral y estenosis del meato. Además, el retiro precoz del catéter uretral produce en el paciente una sensación de bienestar psíquico que ayuda indirectamente a su rápida recuperación.

El 21,6% de los pacientes presentó una fístula vesicocutánea postoperatoria que en más del 60% de los casos cerró antes del 10º día postintervención. Atribuimos



la mayor parte de estas fístulas no al acto quirúrgico mismo sino a infecciones de la herida operatoria.

Nuestra mortalidad operatoria es baja, 1,4% y es de hacer notar que 2 casos de muerte por accidente vascular cerebral postoperatorio son más bien debidas al gran "stress" quirúrgico que soportaron los pacientes dada su edad que al acto en sí mismo.

Las contraindicaciones para el uso de este método son las mismas que para cualquier intervención quirúrgica mayor y no las hay derivadas del método mismo.

## RESUMEN

1. Se intervienen 273 pacientes portadores de una uropatía obstructiva baja por crecimiento prostático durante el período comprendido entre el 1º de Julio de 1967 y el 30 de Junio de 1972, en el Hospital John Kennedy de Valdivia.

2. Todos se intervinieron según el método de De la Peña y Alcina modificado. Se retiró la gareta del cuello vesical a las 24 horas del postoperatorio y el catéter uretral a las 48 horas.

3. Se analizan los resultados destacando la ausencia de hemorragia postoperatoria grave, tanto inmediata como tardía, no debiendo reintervenirse jamás un paciente por esta causa, la falta de infecciones urinarias graves y de complicaciones mayores.

4. Se recomienda el uso de esta técnica por su sencillez, falta de contraindicaciones, sus buenos resultados y por aproximarse un paso más a la prostatectomía ideal.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA CENTRAL
Valparaíso - Chile

# PROSTATECTOMIAS

## Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad Católica

Drs. RAUL DELL'ORO S., LUIS MARTINEZ V., PEDRO MARTINEZ S., JORGE MERY S., JACQUES THENOT C., FERNANDO DEL CAMPO S. y RICARDO ZUBIETA A.

Como ocurre seguramente en casi todos los centros urológicos la prostatectomía ha sido entre nosotros la más frecuente de las intervenciones de cirugía mayor y el motivo principal de nuestro diario ajetreo.

Si bien es cierto que actualmente los perfeccionamientos técnicos y la notable serie de recursos que ayudan a nuestros enfermos ha permitido que la prostatectomía deje de ser una proeza para quien la practique y sobre todo para quien la soporte, es poco sincero el urólogo que no declare el cierto desafío que todavía representa. Los que afirman que se trata de un acto simple y sin ningún riesgo, en que todo está previsto o programado, callan o ignoran los accidentes a veces dramáticos a que, aún en nuestros días, puede dar lugar esta cirugía.

Efectivamente hay dos factores que a pesar de las elaboradas técnicas modernas siguen en pie, que son: el terreno especialísimo que constituye la naturaleza de estos enfermos y el problema de la hemostasia quirúrgica, en un órgano poco accesible y de condiciones circulatorias que obligan a una hemostasia indirecta, y por tanto difícil y más de alguna vez aleatoria.

Nuestra presentación se referirá a la experiencia recogida desde el 1º de Enero de 1968 al 10 de Octubre de 1972, vale decir prácticamente 5 años, en el curso de 496 operaciones.

### MATERIAL

La casuística está formada por enfermos tanto de sala como del pensionado privado del Hospital Clínico de la Universidad Católica. En su atención participó la totalidad del equipo urológico: médicos, enfermeras y personal auxiliar especializado. Los cuidados pre y postoperatorios fueron similares, constituyendo por lo tanto un material sensiblemente homogéneo.

La edad de los enfermos se distribuyó entre 49 y 94 años, con un promedio de 67 años.

Como es habitual en el prostático, concurrió generosamente la variada y seria patología de la senescencia, además de que el más frecuente motivo de internación estuvo dado por una complicación de la uropatía (mecánicas, infecciosas, hemorrágicas o insuficiencia renal). Un 35,2% de los enfermos tenían sonda uretrovesical antes de operarse, por estar en retención completa. (Cuadro Nº 1).

Fue notorio el alto porcentaje de enfermos rotulados como cardiovasculares. En este grupo incluimos enfermos hipertensos arteriales con cifras de P.A. sobre 160/100 mmHg (29%), coronarios muchos de ellos con antecedentes de uno o más infartos (14%) y arrítmicos (6%). Entre estos últimos, varios debieron ser operados en marcapasos de demanda.

Sólo un 28% de los enfermos intervenidos no tenían patología asociada importante.

### *Estudio preoperatorio*

No insistiremos en los exámenes habituales para evaluar el estado de los diversos sistemas. Merece tal vez especial atención, el minucioso estudio de los insuficientes respiratorios, por métodos de espirometría y gases en sangre. Esta conducta unida al uso de anestesias regionales no ha permitido extender las indicaciones operatorias.

**Cuadro Nº 1**

PROSTATECTOMIAS. PATOLOGIA ASOCIADA EN 496 ENFERMOS

| | % |
|---|---|
| Cardiovascular | 51,5 |
| Bronquitis crónica obstructiva e Insuficiencia Respiratoria | 14,9 |
| Diabetes | 13,2 |
| Digestiva (úlcera, cirrosis, etc.) | 11,6 |
| Insuficiencia Renal Crónica | 6,6 |

* Sólo 28,2% no tenían una patología significativa.
** Varios enfermos presentaban más de una patología.



También la constitución de la Unidad Nefrourológica ayudó al estudio y manejo de la insuficiencia renal crónica, que por tan diversas razones y de tan variados tipos, aqueja a estos enfermos. Un grupo de las prostatectomías (6%) se practicó en enfermos con un clearance de creatinina inferior a 20%. Su evolución merecerá algunos comentarios aparte.

En el estudio de la uropatía obstructiva propiamente tal, diremos que la tendencia ha sido la de aumentar el número de exámenes radiológicos (pielografías, uretrocistografías) y disminuir los endoscópicos.

### *Técnica quirúrgica*

Fundamentalmente hemos empleado dos técnicas quirúrgicas, ellas han sido la transvesical y la retropúbica, en proporción de 3 a 1. El grupo de otras técnicas (prostatectomía perineal, prostatectomía sin sonda uretral) ha sido sólo un 2,4% del total (Cuadro Nº 2).

Entre los detalles técnicos de la transvesical a ciclo abierto sólo destacaremos que usamos una cistostomía longitudinal baja y amplia, hemostasia pericervical con puntos en X, balón intraprostático o puntos de Hryntschak y cierre vesical en dos planos de puntos separados con material reabsorbible. En contados casos se empleó, por hemostasia insatisfactoria, sonda de doble corriente o pequeña sonda de cistostomía (15%).

La técnica de prostatectomía retropúbica ha sido la descrita por T. Millin con algunas modificaciones no sustanciales como son: la incisión transversal de la cápsula prostática y los puntos hemostáticos de ángulo descritos por Cvbert.

La anestesia usada preferencialmente ha sido la peridural continua. Ella permitió aumentar las indicaciones quirúrgicas e incluso sirvió como analgesia durante las primeras 24 hrs. postoperatorias.

**Cuadro Nº 2**

PROSTATECTOMIAS. TECNICAS USADAS EN 496 ENFERMOS

| | Nº Casos | % |
|---|---|---|
| Prostatectomía Transvesical | 369 | 74,6 |
| Prostatectomía Retropúbica | 115 | 23 |
| Otras técnicas | 12 | 2,4 |

Durante la intervención la reposición de volumen se hizo según control de presión venosa. Habiéndose observado una disminución en el promedio de unidades de sangre por operación de 3 Unidades (1969) a 2,2 Unidades (1972).

### *Evolución postoperatoria*

La edad, el frecuente deterioro de otros sistemas, el alto porcentaje de infectados antes de operarse han sido factores determinantes en la prolongada estada postoperatoria. Nos parece que ella no se puede atribuir a la magnitud de la intervención, ni a la técnica sino al material humano, como se desprende de la desfavorable comparación con otras grandes intervenciones (Ej.: vaciamientos ganglionares lumboaórticos) realizados en sujetos de otras condiciones.

La permanencia postoperatoria promedio de los enfermos operados por técnica transvesical fue de 15,3 días siendo 14,1 días para los operados por vía retropúbica. Los insuficientes renales tuvieron una estada mayor que la señalada.

El retiro de la sonda uretrovesical fue a los 10 días para la técnica transvesical y a los 8 días para la retropúbica, en los casos más recientes, estas cifras tienden a reducirse, especialmente en la retropúbica (5 días).

### *Complicaciones Urológicas Postoperatorias*

Dos complicaciones han sido más importantes por su frecuencia y su decidida influencia en la prolongación de la estadía hospitalaria. Ellas son: la fístula urinaria y la infección de la herida operatoria. Ambas a su vez, íntimamente relacionadas (Cuadro Nº 3).

Definimos como fístula urinaria cualquier pérdida de orina por la herida operatoria, aunque ella sea por un período breve de sólo horas. Ocurrió en un 15% de los enfermos operados por vía transvesical y en sólo un 5.8% para los por vía retropúbica. Diferencia que estadís-

**Cuadro Nº 3**

PROSTATECTOMIAS. COMPLICACIONES UROLOGICAS POSTOPERATORIAS SEGUN TECNICA

| | Transvesical | Retropúbica |
|---|---|---|
| Fístula Urinaria Transitoria | 15 | 5,8 |
| Infección Herida Operatoria | 18 | 22 |
| Hemorragia que requirió reoperación | 2 | — |
| Incontinencia Urinaria | 0,8 | — |
| Estrechez Uretral | 6 | 5 |

ticamente es significativa. El tratamiento de la fístula consistió en asegurar la permeabilidad de la sonda uretrovesical, más los cuidados locales de la herida se realizó cierre quirúrgico de la fístula en 1 de cada 6 fístulas transvesicales y en 1 de cada 2 fístulas retropúbicas.

El criterio para calificar las infecciones de la herida operatoria fue muy amplio, incluyendo cualquier herida que tuviera cultivos bacteriológicos positivos.

De la incontinencia urinaria diremos que sólo estuvo presente en el 0.8% de los enfermos operados por vía transvesical. No hemos tenido incontinencia urinaria al usar la vía retropúbica. La técnica empleada para la corrección quirúrgica de ella fue la descrita por Girgis, cuyo detalle será motivo de presentación más adelante en este mismo Congreso.

El elevado número de estrecheces uretrales postoperatorias (6 y 5%) corresponde en su gran mayoría a estrecheces del meato, que fueron solucionadas con dilataciones y/o meatotomías. Su causa debemos atribuirla al uso de la sonda uretral.

*Hemorragia postoperatoria y y revisión de la hemostasia*

Las características a veces dramáticas, la frecuencia todavía significativa y su influencia en la evolución posterior hacen considerar a la hemorragia postoperatoria en un capítulo aparte. De las 496 prostatectomías se reintervinieron 10 pacientes por esta causa (2%). El 90% de dichas revisiones fue en las primeras 6 hrs. postoperatorias. Llama la atención que todas correspondieron a enfermos operados por vía transvesical. No se reintervino por esta causa ningún operado por vía retropúbica.

Merece señalarse la mayor frecuencia de patologías asociadas no urológicas presente en esos enfermos.

De los 10 reoperados, 7 pacientes eran hipertensos arteriales, 2 diabéticos y 1 insuficiente renal crónico.

La evolución postoperatoria se vio afectada en este grupo por una mayor frecuencia de fístulas urinarias (3 enfermos).

La estada se prolongó en un 70% a más de 18 días.

*Mortalidad*

Uno de los hechos más notables ha sido la reducción de las cifras de mortalidad a un nivel (1,4%) (Cuadro Nº 4) enteramente comparable con otros tipos de cirugía mayor. Sin embargo, a medida que las operaciones se hacen más tolerables, sus indicaciones se extienden a un grupo que se excluía inicialmente. De allí que no debemos esperar necesariamente que estos valores sigan descendiendo en el futuro. Hemos observado que desde 1968 a 1971 perdíamos un enfermo prostatectomizado por año y durante 1972 paradojalmente esa cifra aumentó a tres por año.

COMENTARIO

Es evidente que en la discusión de este gran número de casos, sujetos a tan variables parámetros, no cabe entrar en detalles, sino que a lo más esbozar las perspectivas generales del problema.

Lejos está de nuestro ánimo hacer un parangón entre la vía transvesical y la retropúbica, ambas utilizadas en nuestra serie, ya que mucho se ha discutido

**Cuadro Nº 4**

PROSTATECTOMIAS. MORTALIDAD POSTOPERATORIA

| | Enfermos |
|---|---|
| Embolia Pulmonar Aguda | 2 |
| Sepsis Gram Negativo | 2 |
| Sepsis Gram Positivo | 1 |
| Hemorragia Digestiva | 1 |
| Hemoperitoneo | 1 |
| Total | 7 (1,4%) |



sobre este tema. No podemos negar, sin embargo, que diversos guarismos favorecen a la intervención retropúbica en nuestra casuística.

Intencionadamente sólo hemos expuesto los resultados de estas dos técnicas, que han sido profusamente desarrolladas en nuestro hospital y que tienen un parentesco común, la vía hipogástrica. No discutiremos la importancia e indicaciones, ocasionalmente precisas de las otras vías, porque tenemos una experiencia muy limitada en ellas, y estamos con Cybert, quien considera qua la mejor técnica operatoria, es la que efectuamos a diario, en la que llevamos años de hábito, al precio de una experiencia laboriosamente adquirida, lo que va seguramente en provecho de nuestros enfermos.

En buen número de casos hemos realizado, sin mayores problemas, cirugía asociada simultánea a la adenomectomía, que van desde la electrocoagulación de pequeños pólipos, hasta la diverticulectomía y aún la hemicistectomía por Ca vesical.

Ha sido interesante la extensión de la cirugía prostática a casos de insuficiencia renal crónica, antes fuera de toda posibilidad quirúrgica, gracias al afinado estudio y tratamiento pre y postoperatorio. Es cierto que ésto nos ha traído hospitalizaciones más prolongadas, más complicaciones hemorrágicas e infecciosas, si bien no falleció ninguno de insuficiencia renal propiamente tal. Algunos enfermos mejoraron su estado renal, los más siguieron siendo insuficientes renales crónicos, pero libres de prostatismo y de sus complicaciones obstructivo infecciosas.

El límite de la operabilidad del renal descompensado no está claramente establecido, pero en algún caso hemos intervenido con un clearance de creatinina de 10%.

La coexistencia histopatológica de adenoma y cáncer en piezas de adenomectomías, de sujetos que para nada hacían sospechar este hallazgo, ha sido señalada entre el 10 y el 25% por diversos autores. En esta serie la ocurrencia ha sido mucho menor.

Observando las causas de mortalidad llama la atención el pesado tributo que se hace pagar la sepsis. Hecho contradictorio en esta época de florecimiento de los antibióticos. La resistencia de la flora intrahospitalaria, el mal terreno y la avanzada edad de los enfermos tienen seguramente algo que ver con este problema.

Consideramos finalmente, que la adenomectomía prostática ha demostrado ser con sus modernos perfeccionamientos, una intervención relativamente benigna, cuyos beneficios se van extendiendo a una población que por su senectud y taras orgánicas era hasta hace poco, desde todo punto de vista, inaccesible a la empresa quirúrgica.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA CENTRAL
Valparaíso

# EXPERIENCIA EN ADENOMECTOMIA PROSTATICA EN SERVICIO DE UROLOGIA - HOSPITAL VAN BUREN - VALPARAISO

Dr. GUILLERMO MAC-MILLAN SOTO, Prof. Dr. OMAR JARA MICHAEL, Drs. CARLOS CARMONA SOTO, ROLANDO PEIRANO CAMPOS y JUAN LANTADILLA C.

(Servicio de Urología del Hospital Carlos Van Buren, Cátedra de Urología. Carrera de Medicina. U. de Chile, Valparaíso)

Comunicaremos los resultados de una serie de 150 intervenciones seleccionadas bajo el siguiente criterio.

Todas fueron efectuadas por el mismo equipo de cirujanos, con técnica idéntica y amplia práctica en el procedimiento. Sólo varió en forma personal el uso de irrigación postoperatoria y el retiro de catéter uretral que siempre estuvieron supeditados al criterio del cirujano.

Se han excluido algunos pocos casos de carcinoma prostático con invasión extra capsular y otros en que las condiciones anatómicas de la vejiga impidieron efectuar cierre satisfactorio.

La serie que comunicaremos no representa estrictamente la experiencia global del servicio en adenomectomía prostática, pero refleja los resultados que regularmente obtenemos con la técnica rutinaria entre nosotros (con ella actuamos frente a más del 90% de la patología obstructiva próstato-cervical). 25% corresponden a pacientes de actividad privada y el resto a beneficiarios del S.N.S.

## *Técnica empleada*

Básicamente es la descrita por Dr. Hryntschack que esquematizamos en los siguientes puntos:

1. Incisión (6-7 cms.) media suprapúbica.
2. Cistotomía pequeña ampliada por divulsión roma.
3. Enucleación digital cuidadosa, respetando veru.
4. Puntos hemostáticos en cruz al borde posterior del cuello (con catgut simple 1).
5. Uno o dos puntos transversos de cierre de la celda.
6. Balón inflado atención en la celda prostática (20 a 75 cc).
7. Cierre vesical con gareta invaginante extramucosa (catgut crómico 1).
8. Drenaje y cierre convencional.

Los siguientes aspectos varían de la técnica clásica de Dr. Hryntschack:

a. Sólo seccionamos cuello cuando es francamente obstructivo, (no pretendemos retiro inmediato del catéter uretrovesical).

b. Puntos transversos de la celda son superficiales, no pretenden disminuir ni aplicar la celda, sino fijar el balón dentro de ella.

c. Inflamos el balón *a tensión* dentro de la celda con lo cual obtenemos un control muy satisfactorio del sangramiento postoperatorio inmediato.

d. Utilizamos furosemida E. V. previo a la enucleación lo que nos permite fácil ubicación de los meatos ureterales y poliuria durante las primeras horas de postoperatorio.

## *Evolución postoperatoria*

La mayor parte de los pacientes no utilizan irrigación en el postoperatorio.

Con alguna frecuencia se presentaron "pujos' en el postoperatorio inmediato los que ceden desinflando parcialmente el balón o con administración de opiáceos.

Por lo general los pacientes no requieren ninguna maniobra de enfermería (ni siquiera lavado vesical).

Al comenzar nuestra experiencia, respetábamos fielmente la indicación de Hryntschack de desinflar el balón de la celda a las 24 horas, el que debía reinflarse en un porcentaje importante por reaparecer hematuria.

Actualmente desinflamos el balón entre 48 y 72 horas.

En casos calificados el balón ha permanecido inflado a tensión por 5 a 7 días sin lamentar complicaciones atribuibles a ello.



Analizaremos datos correspondientes a serie revisada:

| Edades | % | |
|---|---|---|
| 50 — 60 años | 20 | |
| 60 — 70 años | 44 | |
| 70 — 80 años | 28 | |
| 80 — 90 años | 8 | |
| Total | 100 | (150 casos) |

**Patología asociada preoperatoria**

| | % |
|---|---|
| Hipertensión moderada | 9 |
| Cardiopatía isquémica | 12 |
| Insuficiencia cardíaca | 1,5 |
| Diabetes compensada | 8 |
| Insuficiencia renal descompensada | 5 |
| Senilidad y deterioro general marcado | 3 |
| Infección urinaria | 66 |

**Indicación operatoria**

| | % |
|---|---|
| Retención completa de orina | 60 |
| Disuria esfuerzo progresiva | 36 |
| Infección urinaria rebelde | 2 |
| Hematuria | 2 |
| Total | 100 (150 casos) |

Setenta y tres por ciento de los casos fueron intervenidos bajo anestesia espinal que consideramos la anestesia ideal para el paciente prostático.

## *Resultados postoperatorios*

En 65% no se utilizó irrigación postoperatoria, en resto se utilizó no por hemostasia precaria, sino por estandarizar la enfermería postoperatoria.

Retiro *definitivo* del catéter uretro vesical (aquellos casos en que se repuso se consignan sólo el último retiro).

**Retiro definitivo de catéter uretro vesical**

| | % | |
|---|---|---|
| 2º y 3.er día | 5 | |
| 4º y 5º día | 31 | 74% |
| 5º a 7º día | 38 | |
| 8º a 12º día | 19 | |
| + de 12º días | 7 | |
| Total | 100 | (150 casos) |

**Estadía postoperatoria**

| | % | |
|---|---|---|
| 7 — 10 días | 26 | |
| 11 — 12 días | 25 | |
| 13 — 14 días | 23 | |
| 15 — 21 días | 19 | |
| + de 21 días | | |
| por causa op. | 4 | |
| por otras | 3 | |
| Total | 100 | (150 casos) |

## *Complicaciones urológicas postoperatorias*

Consideramos como complicación:

a) Todo sangramiento que requiere lavado vesical repetido o maniobras urológicas y todo sangramiento después del 5º día, aun cuando no se administre transfusión.

b) Toda filtración hipogástrica.

c) Reposición de sonda uretrovesical.

**Complicaciones urológicas postop.**

1. **Todo sangramiento requiere:**

| | |
|---|---|
| a) Maniobras de enfermería repetidas y/o transfusión de 500 cc | Sangramiento Moderado |
| b) Maniobras endoscópicas, reoperación y/o transfusión de 1000 o más cc. | Sangramiento Severo |

2. **Toda filtración hipogástrica.**

3. **Toda reposición de sonda.**

a) Distinguimos los siguientes grados de sangramiento:

**Leve:** Hematuria discreta típica de los primeros días, que sólo tiene sentido consignarla cuando ocurre después del retiro de sonda y obliga a reponerla.

**Moderado:** Aquel que requiere maniobras de enfermería y eventual transfusión de 500 cc.

Creemos que este tipo de sangramiento, en general no se considera como complicación, pero lo destacamos, porque sólo siendo exigentes al juzgarnos podremos comparar técnicas y llegar a obtener resultados óptimos.

**Severo:** Aquel que requiere maniobras en endoscópicas, reoperación y/o transfusión de 1000 cc o más.

SANGRAMIENTO POSOPERATORIO

| | | % |
|---|---|---|
| 1º a 6º día | Moderado | 1,3 |
| | Severo | 1,3 |
| 6º a 10º día | Leve (sin sonda) | 0,65 |
| | Moderado | 2,6 |
| | Severo | 0,65 |
| 11º días o más | Moderado | 2,6 |
| | Severo | 0,0 |
| Total sangramiento moderado | | 6,5 |
| Total sangramiento severo | | 2,0 |

TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA

99,35% cede a maniobras simples: lavado vesical, reinflar o aumentar tensión del balón y/o tracción de él o reposición de sonda.

0,65% electrocoagulación endoscópica.

Ningún paciente de la serie revisada fue reintervenido.

b) FILTRACION HIPOGASTRICA

| | % |
|---|---|
| Antes del retiro de catéter | 1,3 |
| Después del retiro de catéter | 2,0 |
| Total | 3,3 |

c) REPOSICION DE SONDA

| | % |
|---|---|
| Por hematuria | 3,5 |
| Por filtración | 2,0 |
| Total | 5,5 |

OTRAS COMPLICACIONES UROLOGICAS

| | % |
|---|---|
| Incontinencia transitoria consignada en el momento del alta | 8,0 |
| Incontinencia a 3 meses postop. | 0,0 |
| Estenosis uretro-bulbar | 0,65 |
| Estenosis de meato | 2,0 |
| Mortalidad postop. | 0,65 |

CONCLUSIONES

La técnica descrita nos permite obtener resultados que pueden considerarse óptimos en más o menos 75% de los casos.

El retiro relativamente precoz del catéter uretrovesical, proporciona confort al paciente y facilita la enfermería.

| | |
|---|---|
| Por filtración | 2 % |
| Por hematuria | 3,3% |

En nuestra experiencia y con nuestra técnica no es aconsejable el retiro de sonda antes del 3.er día, pues aumenta el % de sangramiento.

No tenemos casos de reintervención. La mayor parte de los sangramientos que se presentan en el post op., ceden a maniobras de enfermería.

Consideramos que debe destacarse el balón en la celda como elemento hemostático de gran seguridad; durante las primeras 48 a 72 hrs., tenemos sólo 2% de sangramiento precoz, que generalmente corresponde a falla de técnica o sonda obstruida que debe ser repuesta.

La técnica analizada y pequeñas variaciones de ella no nos han permitido, sino por excepción, post op. sin catéter uretrovesical.

Dos por ciento de sonda por hematuria leve o moderada de 2.a semana, podía evitarse con retiro tardío, pero creemos que 75% de los casos que disfrutan del retiro relativamente precoz, sin inconvenientes, justifica el seguir haciéndolo.

# ADENOMECTOMIA PROSTATICA

Prof. Dra. EDNA SILVA I., Drs. BENJAMIN TALLMAN V. y EMILIO MERHE
(Clínica Universitaria de Urología, Hospital J. J. Aguirre)

El tratamiento del adenoma prostático constituye una de las mayores responsabilidades de la especialidad, tanto por la importancia y gravedad del proceso operatorio, como por la frecuencia con que el urólogo se ve abocado a él.

La revisión periódica de los resultados operatorios es de gran utilidad a fin de conocer la morbilidad y mortalidad contingente en el momento actual y apreciar si el empleo, en una mayor proporción en la práctica diaria, de una técnica quirúrgica determinada —como es en nuestro caso el procedimiento de Hryntschack— ha ocasionado cambios en los parámetros habituales postoperatorios de los tratados en la clínica.

En el presente estudio se revisaron 250 adenomectomías efectuadas desde 1967, consignadas en historias clínicas tomadas al azar. Esta revisión no constituye el total de intervenciones de este tipo efectuadas en los últimos años. Además se han excluido expresamente los pacientes sometidos a resección transuretral de la próstata, cuya revisión constituye el motivo de otro trabajo presentado en este Congreso.

En 1952 y en 1958 se efectuaron revisiones similares de adenomectomías en la Clínica de Urología de la Universidad de Chile. Todos los pacientes operados en estas series, como también los del presente trabajo, han sido operados por el personal de planta de la clínica, por residentes y becados chilenos y extranjeros que efectuaron su práctica en ella.

Se han utilizado las técnicas de Freyer, Millin y Hryntschack generalmente con pequeñas modificaciones ocasionadas por el instrumental o sistemas habituales de cada cirujano. En la clínica se efectúan todos los procedimientos de adenomectomía, pero los ya señalados son los utilizados con mayor frecuencia en esta serie. Esta preferencia de los cirujanos ha variado en el curso del tiempo y es así que hasta 1952 predominaba el procedimiento de Freyer, que fue perdiendo terreno frente a la técnica de Millin, que prácticamente lo reemplazó entre 1960 y 1966. Posteriormente se ha utilizado el Hryntschack en proporción creciente —cerca del 70% de la presente serie— realizándose en mucho menor proporción las curaciones de Millin y resección transuretral.

El estudio preoperatorio de los enfermos incluye determinaciones de uremia o nitrógeno ureico en el plasma, glicemias, hemograma, clasificación de grupo sanguíneo, tiempo de coagulación y de sangría, protrombinemia, exámenes de orina completo y bacteriológicos. Se solicita de rutina electrocardiograma y cuando existe evidencias de patología cardiovascular se pide la colaboración del cardiólogo. En casos de anemia de intensidad no explicada, o en ausencia de hematuria, o persistente, se solicita estudio radiográfico de tubo digestivo e investigación gastroenterológica de patología de este sistema para descartar causas de hemorragia digestiva. En los casos de Diabetes Mellitus se efectúa el tratamiento adecuado con la colaboración del Departamento de Nutrición y Endocrinología del Hospital, hasta la recuperación de niveles compatibles con la operación.

La pielografía de eliminación se realiza de rutina en aquellos pacientes con el antecedente de retención completa de orina o hematuria, indicándose además, en este último caso, endoscopia.

En líneas generales, dado el alto costo de la urografía y la disponibilidad de equipos, no es posible efectuarla ambulatoriamente a todos los pacientes que consultan por prostatismo.

Tampoco se efectúa en ellos, de rutina, la endoscopia, por iguales motivos, a los que se puede sumar el riesgo de la instrumentación (infección, daño uretral, etc.).

Previo a la operación, según el resultado del urocultivo, se trata la infección urinaria coexistentes y en casos de te-

ner sonda colocada a permanencia, se efectúa cambio de ella cada 8 días e instalaciones vesicales diarias con solución de Neomicina. Del mismo modo se corrige la hipoprotrombinemia, la anemia u otra patología preexistente que constituya riesgo operatorio.

Se utiliza indistintamente anestesia raquídea o general, prefiriéndose la primera de ellas, pero su elección depende de factores del paciente (lesiones pulmonares, cardíacas, circulatorias, neurológicas, etc.) y de programación del Departamento de Anestesiología (entrenamiento de residentes y becados).

De rutina se solicita transfusión de sangre (500 cc) para el acto operatorio, aunque con frecuencia no se coloca por no considerarlo necesario el equipo quirúrgico (cirujano-anestesista).

Las técnicas utilizadas han sido descritas en publicaciones previas. En líneas generales, en la técnica de Millin se efectúa incisión vertical de la cápsula prostática, enucleación digital del adenoma, ligadura y sección de los pedículos prostáticos a nivel del cuello vesical, sutura de la cápsula y colocación de sonda uretral Folley 22-24 doble corriente, con balón inflado intravesical. La técnica de Hryntschack modificada sobre la vejiga e incinde la mucosa a nivel del cuello con bisturí, electrobisturí o digitalmente, enucleación digital del adenoma; se colocan puntos de hemostasia "a las 5 y 7 h" en el cuello vesical y en los últimos años se ha efectuado sutura corrida del labio inferior del cuello vesical; durante este tiempo algunos cirujanos colocan transitoriamente sondas ureterales en los meatos a fin de evitar que queden englobados por la sutura del cuello los ureteres. Se pliega la lodge con 2-3 puntos trasversales del cuello, dejando sonda uretral de Folley 22-24 con balón inflado intravesical. La vejiga se cierra en jareta, o con sutura corrida, con catgut simple y/o cromado. Se instala irrigación vesical continua, por períodos variables de 1 a 10 días (habitualmente 48-72 horas) según sea la intensidad del sangramiento. En los últimos 5 años la irrigación y sonda uretral se dejan conectados a circuito cerrado para evitar contaminaciones microbianas. La sonda uretral se retira alrededor del 6º-9º día del postoperatorio, salvo que las condiciones de cicatrización aconsejen dejarla por más tiempo.

No se indican substancias "coagulantes" en el postoperatorio, como era de rutina en series anteriores. Son especialmente importantes los ejercicios respiratorios y la movilización precoz para disminuir las complicaciones embólicas y pulmonares.

## RESULTADOS

No hubo variaciones significativas en la edad de los pacientes operados, al compararlos con series anteriores. La edad más frecuente fue entre 61-70 años (46%) Cuadro Nº 1).

Tampoco varió el volumen del adenoma apreciado al tacto rectal, aunque al parecer se operan adenomas de mayor tamaño (grados III-IV: 63%). Esto podría deberse a un mejor control y tratamiento médico ambulatorio de los adenomas pequeños no obstructivos, en el último tiempo (Cuadro Nº 2).

El promedio de días de estadía postoperatoria ha disminuido. Prácticamente el 40% de los operados están menos de 15 días. En la técnica de Hryntschack 1/3 del total de operados permaneció menos de 2 semanas y un 40% de 2-3 semanas en la clínica. Al utilizar el procedimiento de Millin, alrededor de la mitad de los enfermos permaneció menos de 2 semanas de postoperatorio en el hospital (Cuadro Nº 3).

**Cuadro Nº 1**

EDAD

| Años | Cielo ab. (1952) | Freyer (1952) | Freyer (1958) | Millin (1958) | Autores (1972) |
|---|---|---|---|---|---|
| 41 — 50 | 3 | 6 | — | 3 | 2 |
| 51 — 60 | 15 | 17 | 23 | 20 | 14 |
| 61 — 70 | 40 | 44 | 43 | 42 | 46 |
| 71 — 80 | 42 | 33 | 31 | 31 | 37 |
| 81 — 90 | — | — | 3 | 4 | 1 |



**Cuadro Nº 2**

VOLUMEN DEL ADENOMA

| | Cielo ab. (1952) | Freyer (1952) | Freyer (1958) | Autores (1972) |
|---|---|---|---|---|
| Grado I | 3 | 9 | 3 | 9 |
| Grado II | 18 | 59 | 37 | 28 |
| Grado III | 45 | 16 | 48 | 40 |
| Grado IV | 34 | 16 | 12 | 23 |

**Cuadro Nº 3**

ESTADIA POSTOPERATORIA

| | Freyer (1958) | Millin (1958) | Autores (1972) |
|---|---|---|---|
| 1 — 7 días | 4 | 6 | 1.6 |
| 8 — 15 días | 4 | 18 | 37.0 |
| 16 — 30 días | 50 | 53 | 55,5 |
| 31 — 60 días | 36 | 22 | 4.6 |
| más de 60 días | 6 | 1 | 1.3 |

No se encontró diferencia significativa en la proporción de alteraciones del electrocardiograma de los pacientes de esta serie comparadas con las anteriores (Cuadro Nº 4).

En la consulta hay menor incidencia de uremia elevada (antes 26-30%, ahora 18%) (Cuadro Nº 5), y también parece haber disminuido la proporción de retención urinaria en el momento del ingreso (Cuadro Nº 6), lo que refleja una mayor frecuencia de consulta precoz de los pacientes. Sin embargo, la infección urinaria sigue muy elevada (9/10 casos al ingresar) observándose variación en los gérmenes: si bien persiste elevada la proporción de desarrolla de E. coli, ha aumentado la aparición de Pseudoma y de Proteus en urocultivo (Cuadro Nº 7).

La hematuria fue la complicación postoperatoria más frecuente (22%). Se incluyen en esta cifra las hemorragias moderadas e intensas que ocurren tanto precoz como tardíamente. Habitualmente cedieron con lavados por la sonda con extracción de coágulos, irrigación vesical continua por 48 horas y en

**Cuadro Nº 4**

ELECTROCARDIOGRAMA

| | Cielo ab. (1952) | Freyer (1952) | Freyer (1958) | Millin (1958) | Autores (1972) |
|---|---|---|---|---|---|
| Normal | 58 | 84 | 47 | 87 | 61 |
| Alterado | 42 | 16 | 53 | 13 | 39 |

**Cuadro Nº 5**

VALORES DE UREMIA O NITROGENO UREICO

| | Cielo Ab. (1952) | Freyer (1952) | Millin (1958) | Autores (1971) |
|---|---|---|---|---|
| Elevado | 30 | 21 | 26 | 18 |
| Normal | 70 | 79 | 74 | 82 |

**Cuadro Nº 6**

RESIDUO URINARIO

| | Cielo ab. (1952) | Freyer (1952) | Freyer (1958) | Millin (1958) | Autores (1972) |
|---|---|---|---|---|---|
| Retención u. | 64 | 67 | 68 | 68 | 60 |
| Mayor de 100 c. | 24 | 23 | 15 | 30 | 15 |
| Menor de 100 | 12 | 10 | 17 | 2 | 25 |

Cuadro Nº 7

INFECCION URINARIA

| | Cielo Ab. (1952) | Freyer (1958) | Millin (1958) | Autores (1972) |
|---|---|---|---|---|
| Piuria | 88 | 90 | 87 | 91 |
| Sin Piuria | 12 | 10 | 13 | 9 |
| **Gérmenes:** | | | | |
| Klebsiella | | 44 | | 18 |
| E. coli | | 32 | | 24 |
| Pseudomona | | 3 | | 16 |
| Proteus | | — | | 26 |

algunos casos transfusiones. Sólo 4 pacientes (1,6%) necesitaron taponamiento operatorio o electrocoagulación endoscópica de puntos sangrantes. No hubo mortalidad por esta causa.

La incontinencia urinaria transitoria se observó en cerca del 10% de los enfermos al retirar la sonda uretral, y su carácter temporal se apreció en los controles ambulatorios, ya que desapareció dentro de los primeros días, y en unos pocos casos en las primeras semanas. La filtración suprapúbica precoz o tardía se observó en el 5.2% de los pacientes (incluyendo los operados con cistostomía previa) y en todos ellos cerró permaneciendo con herida cicatrizada en controles posteriores. No hay constancia de estrechez uretral en las observaciones de policlínica. Las complicaciones pulmonares siguen manteniendo alta proporción y especial gravedad, lo que ha sido notorio en los últimos 5 años después de las epidemias de gripe que han afectado anualmente nuestro país (Cuadro Nº 8).

La mortalidad de causa pulmonar fue la más frecuente, y generalmente correspondió a embolia pulmonar o bronconeumonia rebelde en casos de sepsis generalizada. La infección generalizada que ocurrió a gérmenes resistentes provocó shock y pielonefritis apostematosa, incluso peritonitis, en algunos pacientes. La mortalidad total, 4.4%, no ha variado frente a cifras similares publicadas anteriormente, aunque se compara favorablemente con el 9% descrito en operaciones de cielo abierto en 1952 (Cuadro Nº 9).

Hubo disminución en la proporción de cáncer prostático encontrado en el estudio histológico de los adenomas operados. En series anteriores las cifras oscilaban de 7-15%, mientras actualmente sólo alcanza al 5.2% de los órganos examinados (o 4.8% del total de operados, incluyendo los casos no examinados). No hemos encontrado una explicación satisfactoria a esta cifra, por cuanto la edad de los pacientes no ha variado en las distintas series, ni tampoco puede atribuirse una mayor destreza diagnóstica por tacto rectal, ya que los pacientes ingresados fueron examinados en Policlínica por médicos de planta y becados o residentes, en todas las series.

Cuadro Nº 8

COMPLICACIONES

| | Cielo ab. (1952) | Freyer (1952) | Freyer (1958) | Millin (1958) | Autores (1972) |
|---|---|---|---|---|---|
| Hematuria | — | 3 | 13 | 7 | 1.6 |
| Incontinencia | 6 | — | 2 | 6 | 10 |
| Estrechez | — | — | 0.7 | 2 | 0.5 |
| Filtración | 66 | 13 | 6 | 13 | 5.2 |
| Cardíacos | — | — | 7 | 3 | 1.6 |
| Pulmonares | — | — | 4 | 3 | 5.6 |

Cuadro Nº 9

MORTALIDAD

| | % |
|---|---|
| Cielo Ab. (1952) | 9.0 |
| Freyer (1952) | 4.9 |
| Freyer (1958) | 4.1 |
| Millin (1958) | 3.2 |
| Autores (1972) | 4.4 |

Cuadro Nº 10

HISTOLOGIA

| | Benigna | Ca |
|---|---|---|
| Ciel. Ab. (1952) | 85 | 15 |
| Freyer (1952) | 92 | 8 |
| Freyer (1952) | 93 | 7 |
| Millin (1958) | 90 | 10 |
| Autores (1972) | 94.2 | 5.2 |

* Porcentaje calculado sólo sobre casos informados.



RESUMEN

Se revisan 250 adenomectomías efectuadas desde 1967 en la Clínica Urológica de la Universidad de Chile, Hospital J. J. Aguirre.

Si bien ha disminuido la morbilidad y complicaciones, las cifras de mortalidad se mantienen (4.4%), mientras que persiste la alta tasa de infección urinaria preoperatoria, habiendo variado los gérmenes hacia cepas más graves.

Al parecer los enfermos consultan más precozmente ya que hay menos proporción de retención completa de orina, y han disminuido las tasas de insuficiencia renal, medidos por el nitrógeno ureico plasmático, en el momento del ingreso.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud BIBLIOTECA CENTRAL Valparaíso

# TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ADENOMA DE PROSTATA

## Experiencia de los últimos cinco años.

Drs. F. J. PREMOLI*, H. L. RUBINO**, J. COSTA*, J. C. TETTAMANTI* y O. PROVENZAL*

(Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de Rosario, República Argentina)

### INTRODUCCION

La terapéutica quirúrgica del adenoma de próstata, ha determinado y determina aún en la actualidad diferencias en cuanto a las técnicas seguidas y a los resultados obtenidos por cada grupo de trabajo.

En general el urólogo tiene conocimiento y práctica de las diferentes vías de abordaje, pero de preferencia usa una vía y técnica determinada, que por su propia experiencia y por los resultados obtenidos, más lo conforma.

El hecho de usar en forma reiterada una técnica, lleva al dominio de la misma, lo que hace que los resultados mejoren y representa para el que la práctica la solución de elección y se convierte en su mejor defensor.

Presentamos en esta comunicación nuestra experiencia con la técnica de Hryntschack, que estimamos es para nosotros la que nos brinda mejores resultados y con complicaciones de poca trascendencia.

Todo paciente que llega al servicio con el diagnóstico de adenoma de próstata, es estudiado con un examen clínico general, examen clínico urológico cuidadoso, evaluación del riesgo cardiovascular por el especialista, análisis de rutina y urograma por excreción con placa de cistograma post miccional para evaluar en forma clínica el residuo vesical.

No efectuamos exámenes endoscópicos ni cateterismo uretral de rutina a nuestros enfermos, haciéndolo solamente cuando el estudio del paciente indica la presencia de alguna patología que requiera completar diagnóstico por estos medios, efectuando en esos casos la investigación con el paciente anestesiado y en forma previa a la intervención, en razón de los inconvenientes que puede representar para un enfermo con adenoma de la próstata la instrumentación.

Como ya hemos dicho nuestra técnica de elección es la de Hrynstchack típica, cuyos detalles operatorios analizamos en otra comunicación, no efectuando nunca cistostomía previa, intervención que consideramos definitivamente eliminada en el tratamiento del adenoma de próstata.

Es de gran importancia para la técnica los cuidados postoperatorios, para lo que contamos en el servicio con sala a tal efecto para las primeras horas, con personal entrenado.

### MATERIAL Y METODOS

Revisamos 273 historias clínicas de adenoma de próstata en pacientes internados en el Servicio de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de Rosario, en los últimos cinco años, desde enero de 1967 a enero de 1972.

Durante ese período se internaron un total de 1861 pacientes, representando los adenomas consignados el 14,6% del total de enfermos. Fueron intervenidos 233, lo que representa un 85.3% y los restantes 40 (14.7%) fueron tratados médicamente, ya fuera por contraindicación cardiovascular o por que los síntomas y signos no justificaban la operación (Cuadro Nº 1).

Hemos tabulado los siguientes datos extraídos de la historia clínica: a) edad, b) motivo de consulta, c) riesgo cardiovascular, d) estadio clínico, e) patología asociada urológica, f) anatomía patológica de la pieza, g) técnica empleada, h)

**Cuadro Nº 1**

ADENOMA DE PROSTATA. ENERO 1967 - DICIEMBRE 1971

| | | |
|---|---|---|
| Total enfermos internados | 1.861 | |
| Diagnóstico Adenoma | 273 | — 14.6% |
| Adenomas operados | 233 | — 12.5% |

* Instructor de la Cátedra de Urología. Facultad Medicina de Rosario, Argentina.

** Coordinador de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Urología. Facultad de Medicina.



operaciones previas o simultáneas, i) intervenciones en el postoperatorio inmediato, j) vasectomía profiláctica, k) tiempo de sonda uretral y l) mortalidad postquirúrgica.

a. *Edad.* Varía entre los 49 y 90 años, con la mayor incidencia entre los 66 y 70 años, en la que tenemos 51 pacientes (21,8%) (Cuadro Nº 2).

b. *Motivo de consulta.* El prostatismo es el más frecuente, 101 enfermos (43.7%), siguiéndole la retención completa de orina 96 casos (41%) y luego la hematuria, retención incompleta, etc. (Cuadro Nº 3).

c. *Riesgo cardiovascular:* Lo clasificamos en normal, moderado, aumentado, y severo. No tenemos consignado dicho riesgo en 41 pacientes, siendo normal en 135 (69.2%), moderado en 10 (5.2%), aumentado en 45 (28.1%) y severo en 2 (1,0%) (Cuadro Nº 4).

d. *Estadio clínico:* Lo valoramos en relación con el tacto rectal. Del total, 139 (59.6%) fueron clasificados grado II, 50 grado III (21.5%), constituyendo entre los dos el 81.1% del total (Cuadro Nº 5).

e. *Patología urológica asociada:* Sobre un total de 67 condiciones patológicas agregadas, 20 (29.8%) eran divertículos vesicales y 18 (26.8%) litiasis vesical, constituyendo entre los dos el 56.6% del total (Cuadro Nº 6).

f. *Anatomía patológica:* Tenemos estudio anátomo patológico del 93.1% de los casos. La hiperplasia glandular y estromática se registró en 151 casos (69.5%), asociada con prostatitis crónica en 40 casos (18.4%). El hallazgo de cáncer en pieza operatoria se produjo en 3 oportunidades (1.07%) (Cuadro Nº 7).

g) *Técnica empleada:* Practicamos en 220 casos (94.4%), sobre el total de 233, la técnica de Hrynstchack típica. En dos de ellos fue realizada de urgencia por he-

**Cuadro Nº 2**

| EDAD | |
|---|---|
| Menos de 50 años | 2 |
| 51 a 55 años | 1 |
| 55 a 60 años | 25 |
| 61 a 65 años | 51 |
| 66 a 70 años | 57 |
| 71 a 75 años | 45 |
| 76 a 80 años | 33 |
| 81 a 85 años | 16 |
| 86 a 90 años | 3 |

**Cuadro Nº 3**

MOTIVO DE CONSULTA

| | |
|---|---|
| Prostatismo | 101 |
| Retención aguda de orina | 96 |
| Hematuria y Prostatismo | 13 |
| Retención incompleta de orina | 10 |
| Hematuria | 5 |
| Retención incompleta y Hematuria | 5 |
| Retención completa y Uremia | 3 |

**Cuadro Nº 4**

RIESGO CARDIOVASCULAR

| | |
|---|---|
| Normal | 135 |
| Moderado | 10 |
| Aumentado | 45 |
| Severo | 2 |
| No consignado en historia clínica | 41 |

**Cuadro Nº 5**

ESTADIO CLINICO. TACTO RECTAL

| | |
|---|---|
| Grado "0" | 2 |
| Grado "I" | 26 |
| Grado "II" | 139 |
| Grado "III" | 50 |
| Grado "IV" | 6 |
| No registrado en H. Clínica | 41 |

**Cuadro Nº 6**

PATOLOGIA UROLOGICA ASOCIADA

| | |
|---|---|
| Divertículo Vesical | 20 |
| Litiasis Vesical | 18 |
| Insuficiencia Renal | 3 |
| Estrechez Uretral | 3 |
| Hidrocele | 2 |
| Quiste de Riñón | 2 |
| Cáncer de Vejiga | 2 |
| Papiloma Vesical | 2 |
| Litiasis Prostática | 2 |
| Ectasia Pielo Calicial | 1 |
| Litiasis Pielica | 1 |
| Litiasis Coraliforme | 1 |
| Orquiepididimitis | 1 |
| Insuficiencia R. Crónica - Anuria | 1 |
| Tumor de Vía Excretora | 1 |
| Papiloma y Litiasis Vesical | 1 |
| Quiste de Epidídimo | 1 |
| Riñón Hipoplásico | 1 |
| Vejiga Neurogénica | 1 |
| La Peyronie | 1 |
| Moluscum en Escroto | 1 |
| Fimosis | 1 |

**Cuadro Nº 7**

HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS

| | |
|---|---|
| Hiperplasia Glandular y Estromática | 151 |
| Hiperplasia Glandular y Estromática y Leiomioma | 1 |
| Hiperplasia Glandular y Estromática y Prostatitis crónica | 27 |
| Hiperplasia Glandular y Estromática con Microabscesos | 1 |
| Hiperplasia Glandular y Estromática Microquistica | 6 |
| Hiperplasia Glandular y Estromática con Prostatitis crónica y Microcalcificaciones | 13 |
| Hiperplasia Glandular y Estromática con Uretritis crónica | 1 |
| Hiperplasia Glandular | 6 |
| Hiperplasia Glandular y Quística | 2 |
| Mioma | 1 |
| Hipertrofia de Cuello | 1 |
| Esclerosis de Cuello | 1 |
| Adenocarcinoma Diferenciado | 2 |
| Adenocarcinoma Semidiferenciado | 1 |
| No consignados en Historia Clínica | 16 |

morragia incoercible, adenomectomía hemostática, con excelentes resultados. En 8 casos se efectuó la técnica con algunas modificaciones, y en tres resección endoscópica (Cuadro Nº 8).

h. *Operaciones previas o simultáneas:* Se extrajeron 13 cálculos vesicales y se practicaron 7 diverticulectomías. Se efectuaron 2 cistectomías parciales, una por un tumor vesical de cúpula diagnosticado en la operación y otra por un pequeño tumor infiltrante diagnosticado previamente. En una oportunidad se efectuó lumbotomía con quistectomía (Cuadro Nº 9).

**Cuadro Nº 8**

TECNICA QUIRURGICA

| | |
|---|---|
| Hrynstchak Tipica | 218 |
| Con Balón Foley en Loge y Citostomía | 8 |
| Resección Transuretral | 3 |
| Hrynstchak Hemostática | 2 |
| Fuller Freyer | 1 |
| Gregoir | 1 |

**Cuadro Nº 9**

OPERACIONES PREVIAS O SIMULTANEAS

| | |
|---|---|
| Cistolitotomía | 13 |
| Diverticulectomía | 7 |
| Citoscopias previas e inmediatas a la intervención | 4 |
| Punción Biopsia de Próstata | 4 |
| Cistectomía Parcial | 2 |
| Hidrocele Bilateral | 2 |
| Lumotomía por Quiste de Riñón | 1 |
| Postioplastia | 1 |

i) *Intervenciones en el postoperatorio inmediato:* Efectuamos en una oportunidad electrocoagulación endoscópica como tratamiento de hemorragia secundaria. Se practicaron 2 cistostomía, 1 por periuretritis y la otra para colocación de sonda para cierre de vejiga (Cuadro Nº 10).

j. *Vasectomía profiláctica:* Practicamos la vasectomía izq., en razón de estar realizando una experiencia para valorar la incidencia de complicaciones infecciosas en el lado ligado y en el no ligado. En la actualidad practicamos vasectomía bilateral (Cuadro Nº 11).

k. *Tiempo de sonda uretral.* Varía entre 4 y 80 días, siendo retirada la sonda a la mayoría de los pacientes entre el 8 y 16 día, 147 casos (63%) (Cuadro Nº 12).

l. *Mortalidad postoperatoria:* De nuestros 233 enfermos operados, 10 fallecieron (4.29%). De ellos 5 por embolia de pulmón, que resulta la causa más frecuente de óbito (Cuadro Nº 13).

**Cuadro Nº 10**

INTERVENCIONES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

| | |
|---|---|
| Citoscopias Postoperatorias | 3 |
| Cistostomías | 2 |
| Electrocoagulación Endoscópica por Hemorragia Secundaria | 1 |

**Cuadro Nº 11**

VASECTOMIA PROFILACTICA

| | |
|---|---|
| Izquierda | 173 |
| No se practicó | 30 |
| Bilateral | 30 |

**Cuadro Nº 12**

TIEMPO DE SONDA URETRAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 días | 2 | 16 días | 12 | 28 días | 2 |
| 5 días | 1 | 17 días | 4 | 29 días | 1 |
| 7 días | 4 | 18 días | 11 | 30 días | 2 |
| 8 días | 9 | 19 días | 8 | 32 días | 2 |
| 9 días | 21 | 20 días | 7 | 36 días | 1 |
| 10 días | 13 | 21 días | 4 | 37 días | 1 |
| 11 días | 20 | 22 días | 4 | 54 días | 1 |
| 12 días | 22 | 23 días | 3 | 55 días | |
| 13 días | 13 | 24 días | 3 | 80 días | 1 |
| 14 días | 27 | 25 días | 4 | No consig- | 1 |
| 15 días | 10 | 26 días | 2 | nados | 15 |
| | | | | Total | 233 |

De los no consignados
7 fallecidos.
1 citostomía p. op.
1 retirado por propia voluntad.



**Cuadro Nº 13**

MORTALIDAD POSTQUIRURGICA

| | | |
|---|---|---|
| * 10 * | 4.29% * | |
| 5 Embolias de Pulmón | | 2 a los 6 días<br>1 a los 22 días<br>a los 50 días<br>no figura fecha |
| 2 Causa desconocida. | | |
| 1 Paro Cardíaco a los 7 días | | |
| 1 Edema Agudo de Pulmón. | | |
| 1 Hemorragia Digestiva Catastrófica. | | |

CONCLUSIONES

Del total de 233 pacientes con diagnóstico de adenoma de próstata cuyo término medio de edad se encuentra entre los 66 y 70 años, hemos operado con la técnica de Hrynstchack, 220 pacientes (94.4%).

El 43.7% (101 pacientes) consulta por prostatismo, mientras que el 41.1 (96 pacientes) lo hace por retención completa de orina, cifra alta para este cuadro, que se relaciona sin lugar a dudas con el estadio clínico, ya que el 81.1% se encuentra entre los grados II y III y también con las condiciones socio económicas de nuestra población hospitalaria.

El 34.3% tenía algún riesgo cardiovascular, a pesar de lo cual fue intervenido, ya que en razón de la técnica empleada y la anestesia son muy pocas las contraindicaciones.

El 69.5% de los estudios anatomo patológicos demostraron hiperplasia glandular y estromática, asociándose con prostatitis crónica en 40 casos (18.4%), que se explica por el frecuente paso uretral y la alta incidencia de retenciones completas.

Las patologías vesicales agregadas en el 16.6% de los operados, nos apoya en la insistencia del uso de la vía suprapúbica, que es la que otorga mayores posibilidades para terapéuticas combinadas.

En el 63% de nuestros pacientes, en el medio hospitalario, la permanencia de la sonda ha sido entre 8 y 16 días, demostrando que el problema del cierre vesical, no representa un factor para desechar la vía suprapúbica.

Tenemos un índice de complicaciones del 33%, que serán analizadas en otra comunicación, en general sin mayor trascendencia.

*Resumiendo:* La vía suprapúbica con técnica de Hrynstchack nos ha permitido una buena solución en la casi totalidad de nuestros casos quirúrgicos de adenoma de próstata, con una incidencia de mortalidad tolerable y con complicaciones de poca trascendencia, por lo que estimamos que sigue siendo de elección para nosotros y en nuestro medio.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud BIBLIOTECA CENTRAL Valparaíso

# PROSTATECTOMIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA SERENA

Dr. ARMANDO JILES ARCOS
(Hospital Regional La Serena)

El presente trabajo se refiere a 140 casos de prostatectomía en pacientes hospitalarios y particulares efectuadas entre 1969 y Septiembre de 1972 y luego de haber efectuado una beca primaria del S.N.S., de dos años de duración, en la Cátedra de Urología del Profesor R. Vargas Zalazar en el Hospital J. J. Aguirre.

El estudio previo de pacientes con indicación operatoria, considerando las disponibilidades del hospital, se efectuó en base a uremia, glicemia, hematocrito, abreu, E.C. G. y pase cardiovascular por internista si éste revelaba alguna alteración. A los pacientes que habían presentado hematuria entre sus antecedentes se les efectuó pielografía de eliminación para descartar otra causa etiológica de ella. El examen de orina aséptica con cultivo y antibiograma, considerando por un lado la dificultad para efectuarlos y por otra parte sobre la base de que prácticamente todos los pacientes prostáticos son portadores de infección urinaria, se efectuó en un número reducido de casos; se realizó examen de orina con sedimento urinario que reveló piuria y bacteriuria que corrobora lo anterior. Dicha infección urinaria fue tratada entre dos y tres semanas antes de la intervención.

En relación a la técnica operatoria ella fue de tipo transvesical a cielo abierto, haciendo hincapié en los siguientes puntos: 1. Llene de la vejiga con suero fisiológico estéril para facilitar la exposición de la cara anterior de ella. 2. Efectuada la enucleación digital, la hemostasia y la colocación de sonda uretrovesical, se complementó la hemostasia con puntos que pliegan totalmente la loge alrededor de la sonda y lo cual permite además la separación total de ella de la cavidad vesical. 4. Irrigación vesical con suero fisiológico por un lapso de 10 a 16 horas. 5. Vasectomía bilateral de regla como medida profiláctica de epididimitis.

De los 140 casos, 8 corresponden a intervenciones en segundo tiempo. A 6 de ellos se les había efectuado cistostomía en otros hospitales dependientes de éste. Los dos restantes fueron pacientes que presentaban gran ureterohidronefrosis bilateral que cedió a los cuatro meses del primer tiempo y en cuya fecha fueron intervenidos (Cuadro Nº 1).

Las edades de los pacientes oscilaron entre una mínima de 51 años y una máxima de 91, correspondiendo el gran porcentaje entre 60 y 80 años (69,2%) (Cuadro Nº 2).

En relación al tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la primera consulta, el mayor porcentaje (86,4%) corresponde al período entre 1 y 5 años (Cuadro Nº 3).

Con respecto al motivo de consulta, considerando los rubros prostatismo, retención completa de orina y hematuria y las combinaciones entre ellos podemos apreciar que la mayor incidencia (57,8%) fue por prostatismo y retención completa de orina.

Como se dijo anteriormente se efectuó pielografía de eliminación a todos los pacientes que habían presentado hematuria y en todos ellos no se encontró otra patología urológica agregada al adenoma prostático (Cuadro Nº 4).

La patología concomitante podemos considerarla de dos tipos: urológica y extra urológica.

En relación a la primera ella se aprecia en el Cuadro Nº 5 y en el cual destaca 6 casos de estrechez uretral por su mayor incidencia; 2 casos de hidronefrosis bilateral que fueron sometidos a prostatectomía en dos tiempos; 2 casos en los cuales los pacientes insistían que se les había efectuado prostatectomía 19 y 20 años anteriormente. En ellos aparte de las incisiones infraumbilicales en un caso se apreció en el acto operatorio solamente un lóbulo que podría corresponder a residual. Por último un caso en que en el acto operatorio se encontraron dos pequeños tumores en la región cercana del adenoma y que también fueron extirpados siendo el estudio anatomopatológico de cáncer papilar vesical. Estudios cistoscópicos posteriores revelaron indemnidad de la base de implantación (Cuadro Nº 5).

Con respecto a la patología concomitante extra urológica, la cual fue lógicamente tratada o compensada previo a la intervención, merece especial atención 14 casos de enfermedad vascular hipertensiva por su mayor incidencia; 5 casos de diabetes mellitus por el control estricto postoperatorio que en un caso obligó a la presencia del internista; 2 casos con antecedentes de infarto del miocardio antiguo y en los cuales el pase cardiovascular preoperatorio fue debidamente estudiado; un caso de miocardiopatía chagásica que se comentará más adelante en relación a las complicaciones y 1 caso de insuficiencia cardíaca que fue compensada y controlada en el postoperatorio por cardiólogo (Cuadro Nº 6).

El tipo de anestesia usada en el acto operatorio fue en su mayoría (80%) la anestesia general con Flouthane, aun cuando mi preferencia, que por razones técnicas no siempre pudo ser efectuada, es el tipo peridural. Ello en virtud del menor sangramiento observado en el acto operatorio. En una oportunidad se efectuó en el paciente de 91 años que es el de mayor edad de esta estadística, la neuroleptoanalgesia, técnica nueva que dio muy buen resultado en este ca-

**Cuadro Nº 1**

140 PROSTATECTOMIAS

| | |
|---|---|
| Primer tiempo 132 casos | 6 cistostomía otros centros. |
| Segundo tiempo 8 casos | 2 ambos tiempos por Urólogo. |

**Cuadro Nº 2**

EDAD DE LOS PACIENTES

| Edad | Nº | |
|---|---|---|
| 51 — 60 | 25 | |
| 61 — 70 | | 61 |
| | | 69,2% |
| 71 — 80 | 36 | |
| 81 — 90 | 17 | |
| 91 | 1 | |



**Cuadro Nº 3**

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL PRIMER SINTOMA Y PRIMERA CONSULTA

| Tiempo | Nº | |
|---|---|---|
| 0 — 6 meses | 4 | |
| 6 meses — 1 año | 8 | |
| 1 año — 2 años | 62 | 86,4% |
| 2 años — 5 años | 59 | |
| 5 años adelante | 7 | |

**Cuadro Nº 4**

MOTIVO DE CONSULTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Prostatismo | = | 25 | |
| Retención completa de orina | = | 7 | |
| Prostatismo-retención completa orina | = | 81 | 57.8% |
| Prostatismo-retención completa orina-hematuria | = | 22 | |
| Prostatismo-hematuria | = | 5 | |

**Cuadro Nº 5**

PATOLOGIA UROLOGICA CONCOMITANTE

| Enfermedad | Nº |
|---|---|
| Estrechez uretral | 6 |
| Hidronefrosis bilateral | 2 |
| Prostatectomía anterior | 2 |
| Cáncer vesical | 1 |
| Litiasis vesical | 2 |
| Cistostomía anterior | 1 |
| T.B.C. genital tratada | 1 |

**Cuadro Nº 6**

PATOLOGIA EXTRAUROLOGICA CONCOMITANTE

| Enfermedad | Nº |
|---|---|
| Enfermedad vascular hipertensiva | 14 |
| Diabetes mellitus | 5 |
| Infarto miocardio antiguo | 2 |
| Miocardiopatía chagásica | 1 |
| Insuficiencia cardiaca | 1 |
| Anemia | 2 |
| Bronquitis crónica | 1 |
| Desnutrición acentuada | 1 |
| Enfermedad Parkinson | 1 |
| Hemiplejía | 1 |

so y que lógicamente no tiene valor estadístico (Cuadro Nº 7).

Las complicaciones urológicas postoperatorias fueron las siguientes: 1. Hemorragia, en la cual podemos considerar dos aspectos: a) De poca cuantía en 5 casos (3,5%), que cedió con transfusión de sangre mayor de 300 a 500 cc. que fue lo utilizado habitualmente en el acto operatorio y con el uso de coagulantes. b. Hemorragia de cierta envergadura en 4 casos (2,8%). Dos de ellos obligaron a reoperar al primero y segundo día postoperatorio respectivamente. Se efectuó, además de revisión de la hemostasia, taponamiento de la loge con gasa larga que fue retirada al tercer y cuarto día respectivamente. El tercer caso se refiere a un paciente diabético y arterioesclerótico, que fue objeto de gran preparación preoperatoria por parte del internista y en el cual se produjo una hemorragia tardía al 14º día, la cual no cedió a las medidas habituales siendo reoperado y efectuándose hemostasia de la loge. Este paciente presentó posteriormente filtración suprapúbica que cedió con sonda a permanencia. El cuarto caso corresponde a un paciente que en la noche del día operatorio presentó gran hemorragia produciéndose taponamiento de la sonda vesical que no pudo solucionarse con lavado de sonda y cambio de ella, por lo cual debió ser reintervenido para vaciar la vejiga de gran cantidad de coágulos y revisar la hemostasia.

2. Filtración-suprapúbica en 12 casos que no se tradujo en riesgo para el paciente y que fue solucionada con prolongación de la sonda vesical. Cabe destacar que sólo en los 10 primeros casos de esta estadística se efectuó cierre de la vejiga con puntos separados y en 4 de ellos se produjo filtración. Si excluimos estos casos, la filtración suprapúbica de 130 casos con cierre vesical con puntos corridos se presentó en 8 de ellos (6,1%).

3. Infección de la herida operatoria en 6 casos (4,2%) que significó una discreta prolongación de la estadía hospitalaria.

Es de interés considerar que complicaciones del tipo epididimitis aguda, incontinencia de orina y estrechez uretral posterior no se presentaron (Cuadro Nº 8).

Las complicaciones no urológicas se presentaron en tres casos y corresponde al índice de mortalidad (2,14%).

El primer caso fue producido por una embolia pulmonar en un paciente en el 10º día postoperatorio y el cual evolucionaba en buenas condiciones.

**Cuadro Nº 7**

ANESTESIA USADA

| Tipo | Nº | |
|---|---|---|
| General con Fluothane | 113 | 80% |
| Peridural | 26 | |
| Neuroleptoanalgesia | 1 | |

**Cuadro Nº 8**

COMPLICACIONES UROLOGICAS

1.—HEMORRAGIA
- Poca magnitud, 5 casos (3,5%) ——— Transfusión - Coagulantes
- Gran magnitud, 4 casos (2,8%) ——— Reintervención

2.—FILTRACION SUPRAPUBICA. 12 casos (8,5%)
- a) 10 casos cierre vesical puntos seperados = 4 (40 %)
- b) 130 casos cierre vesical puntos corridos = 8 ( 6,1%)

3.—INFECCION HERIDA OPERATORIA. 6 casos (4,2%)



El segundo caso tuvo como causa una neumonia fulminante el cuarto día postoperatorio en un paciente en el cual influyó probablemente el hecho de haber sido evacuado del hospital una noche que se produjo un incendio del establecimiento.

El tercer caso fue debido a un paro cardíaco acaecido antes de la enucleación del adenoma y el cual no cedió pese a masaje cardíaco externo, toracotomía y defibrilación eléctrica directa; este paciente era portador de una miocardiopatía chagásica al cual se le había concedido el pase cardiovascular previamente (Cuadro Nº 9).

Considerando que el gran porcentaje de pacientes fueron estudiados ambulatoriamente y se hospitalizaron el día previo a la intervención, puede considerarse que el retiro de la sonda es prácticamente un fiel reflejo de la estadía hospitalaria postoperatoria. En el Cuadro Nº 10 podemos apreciar que en el gran porcentaje (87,1%) la sonda fue retirada entre el 7º y 14º día. Aquellos casos en que la sonda fue retirada en plazos mayores se debió en su mayor parte a filtración suprapúbica antes o después del retiro de ella y además a los pacientes reoperados (Cuadro Nº 10).

Desgraciadamente por no contar con un patólogo en el hospital y por ciertas dificultades en un comienzo para enviar las muestras a Santiago sólo se efectuó estudio anatomopatológico en 52 casos (37,1%). Llama la atención que en todos ellos el informe fue hiperplasia nodular benigna.

Todos los pacientes fueron controlados posteriormente por un lapso mínimo de 1 mes después del alta y durante el cual fueron sometidos a tratamiento de la infección urinaria, que se consideraba de regla. Al cabo de él, o en un plazo levemente superior eran dados de alta definitiva al presentar orinas claras ausencia de disuria y frecuencia miccional normal; como se dijo anteriormente en relación a las complicaciones la estrechez uretral no se presentó con esta técnica.

**Cuadro Nº 9**

MORTALIDAD. 3 CASOS (2,14%)

| Causa | Día |
|---|---|
| 1.—Embolia pulmonar | 10 |
| 2.—Neumonía fulminante | 4 operación |
| 3.—Paro cardíaco | |

**Cuadro Nº 10**

RETIRO DE LA SONDA

| Días | Casos | |
|---|---|---|
| 7 — 10 | 77 | 87,1% |
| 11 — 14 | 45 | |
| 15 — 20 | 10 | |
| 21 — 25 | 4 | |
| 30 | 1 | |
| 31 | 1 | |
| 32 | 1 | |
| 36 | 1 | |

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presenta una casuística de 140 casos de prostatectomía realizada en el Hospital Regional de La Serena entre 1969 y Septiembre de 1972, lo cual agregado a la experiencia aprendizaje durante dos años de beca anterior, permite sacar algunas conclusiones.

2. El paciente prostático candidato a la cirugía es prácticamente en su totalidad portador de infección urinaria en mayor o menor grado y la cual se trató como término medio por un plazo de dos a tres semanas. Dicha infección persiste de regla en el postoperatorio y fue tratada por un mínimo de un mes.

3. La técnica operatoria fue de tipo transvesical a cielo abierto, haciéndose algunas consideraciones al respecto, ya que en base a ellas los resultados se consideran satisfactorios. Cabe destacar que es de gran importancia el hecho de que el postoperatorio, elemental en cirugía prostática, ha sido controlado sólo por el cirujano.

4. Se analiza la edad de los pacientes, tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la primera consulta, motivo de consulta y patología urológica y extra urológica concomitante, haciéndose algunas consideraciones al respecto.

5. En relación al tipo de anestesia usada se estima de preferencia el tipo peridural por el menor sangramiento operatorio.

6. Las complicaciones urológicas postoperatorias, que como en todo acto quirúrgico disminuyen a medida que se adquiere mayor experiencia, correspondieron fundamentalmente a la hemorragia y filtración suprapúbica. Con respecto a la hemorragia, que pretende idealmente solucionar toda técnica de cirugía prostática, se presentó en forma discreta en 3,5% y de mayor envergadura 2,8%. En relación a la filtración suprapúbica, estuvo presente en 6,1% al efectuar cierre vesical en dos planos con puntos corridos. Se hace hincapié que epididimitis aguda, incontinencia de orina y estrechez uretral no se presentaron.

7. La mortalidad (2,14%) se debió a causas extra urológicas.

8. Con este tipo de técnica el retiro de la sonda fue en el gran porcentaje (87,1%) entre el 7º y 14º día.

9. El estudio anatomopatológico, por razones de causa mayor que se han obviado, se efectuó sólo en un 37,1% y en todos ellos el informe fue hiperplasia nodular benigna.

# PROSTATECTOMIA, VASECTOMIA Y HERNIOPLASTIA INGUINO-CRURAL EN UN TIEMPO OPERATORIO

(Versión Resumida)

Dr. LUIS RITTER HERNANDEZ

(Servicio de Urología. Hospital John F. Kennedy, Valdivia)

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud BIBLIOTECA CENTRAL Valparaíso

## INTRODUCCION

Es relativamente frecuente la asociación adenoma prostático con hernia inguinocrural uni y bilateral; lo que no es raro ya que la hernia del adulto es más frecuente entre los 50 y 70 años, coincidiendo, entonces, con la edad prostática. En el prostático se juntarían dos factores fundamentales en la génesis de las hernias; la hipotonía de los tejidos y el permanente esfuerzo abdominal para poder orinar.

Frente a tratamiento de esta asociación patológica hay consenso en que la reparación electiva de una hernia en un paciente con obstrucción del cuello vesical debe retrasarse hasta que la vía urinaria esté perfectamente permeable. No obstante, es posible tratar quirúrgicamente este complejo patológico mediante un solo acto operatorio, evitándose así una segunda hospitalización y un segundo stress quirúrgico, stress que no es inocente tratándose de una persona madura, a veces senil. Esta doble intervención es posible realizarla mediante una incisión transversa, suprapúbica, de tipo Pfannestiel y, que de paso, permite realizar una tercera intervención, cual es la vasectomía bilateral.

El objetivo de este trabajo es, precisamente verificar si esta doble intervención es posible realizarla en un solo acto operatorio y, sin que ello signifique para el paciente un riesgo adicional desproporcionado.

Es de advertir que nnguna de estas tres intervenciones tiene nada de original en sí, y si en este trabajo hay algo novedoso, éste podría ser e aprovechamiento máximo del campo operatorio que ofrece la incisión de Pfannenstiel, que permite abordar fácilmente ambos cordones genitales, ambas zonas herniarias inguino-crurales, la vejiga y la próstata.

## HERNIOPLASTIA, VASECTOMIA Y PROSTATECTOMIA EN UN TIEMPO OPERATORIO. TECNICA

1. *Incisión* transversa suprapúbica de Pfannenstiel, con su concavidad inferior directamente sobre el borde superior de la sínfisis y con sus extremos que alcanza algo más allá de los bordes externos de cada músculo recto anterior, pero sin sobrepasar el nivel de cada espina antero-anterior. Esta incisión incluye la pared anterior de la vaina de los rectos y la aponeurosis común que cubre los músculos anchos del abdomen (3). Despegue de los colgajos superior e inferior de la vaina de los rectos y despegue solamente del colgajo inferior de la aponeurosis de los músculos anchos, a ambos lados. Este último despegue se hace hasta alcanzar la arcada inguinal, pudiéndose visualizar así con gran facilidad los bordes inferiores de los músculos oblicuo menortransverso, la fascia transversalis, los vasos epigástricos y el cordón genital. Este último está recostado sobre la arcada inguinal, perdiéndose luego por debajo del borde muscular oblicuo menortransverso. (1) A esta altura de la intervención, podrá observarse ya la presencia de la hernia.

2. *Tratamiento de la hernia.* En este momento es útil colocar la mesa operatoria en Trendelenburg de 30 grados más o menos, a objeto de desplazar la masa intestinal a la cavidad abdominal.

El tratamiento de la hernia se realizó en sus clásicos tiempos de disección del saco, reducción y ligadura por transfixión con lino del cuello. En todos los casos se practicó, además, la maniobra de Backer. (4)

La reconstrucción de la pared se realizó según la clásica técnica de Bassini, eso

si que agregando la plicatura de la fascia transversalis. El cordón genital queda así en su sitio, cubierto por el plano aponeurótico anterior.

Cuando la hernia fue de la variedad crural, la reconstrucción de la pared se realizó igualmente con el clásico procedimiento de llevar el plano muscular a la arcada y al Cooper. (2)

3. *Vasectomía bilateral.* Esta operación se hizo en la forma habitual, mediante doble ligadura con catgut crómico o lino y resección del trocito intermedio. En el lado de la hernia, la vasectomía se practicó después de disecar, reducir y cerrar el saco herniario.

4. *Prostatectomía.* El último tiempo de la intervención fue la prostatectomía, para lo cual se separaron los músculos rectos desde el pubis hacia arriba. Cistotomía longitudinal, marzupialización de la vejiga y exploración endovesical. Está demás anotar que la técnica de prostatectomía dependerá de las preferencias del urólogo. En este trabajo se usó la técnica de Hryntschak, con puntos hemostáticos clásicos. Se dejó sonda Foley uretrovesical y se cerró la vejiga con doble gareta invaginante con catgut simple crómico. Drenaje tubular al Retzius. Cierre de la pared, usando catgut simple en el plano muscular de los rectos; catgut crómico en el plano aponeurótico; piel con hilo.

La anestesia usada fue la raquídea (Lidocaína hiperbárica), excepto el caso 5, en que se usó anestesia general intubada-fluotano.

## MATERIAL Y METODOS

El material con que se trabajó estaba constituido por 12 enfermos, con edades entre 61 y 82 años, portadores de adenoma prostático obstructivo y hernias inguino-crurales. Los adenomas fluctuaban entre los grados II y IV y las hernias eran inguinales, indirectas, siendo en 9 casos unilaterales y en 2, bilaterales. Un caso presentaba una hernia crural bilateral. Las hernias inguinales iban de la simple punta de hernia a la inguino-escrotal. Ninguno de estos enfermos presentaba otra patología agregada de importancia.

Los exámenes preoperatorios fueron los habituales.

Los 12 enfermos fueron sometidos a la triple intervención en un solo acto operatorio, según la técnica ya descrita. Es necesario dejar constancia que en un caso (Caso 5), sólo se practicó vasectomía a derecha y no a izquierda, por presentar este lado una alteración de los planos anatómicos por una herniorrafia hecha con anterioridad. Finalmente hay que anotar que, salvo en el caso 1, no se dejó drenaje de Penrose en los ángulos de la incisión de Pfannenstiel.

Todos los enfermos fueron dados de alta hospitalaria una vez que superaron las complicaciones aparecidas en el postoperatorio y se volvieron a controlar en el consultorio externo en varias oportunidades. Los controles más precoces se realizaron al sexto día del alta y los últimos a los 19 meses del alta.

En la tabla 1 se presenta un resumen de la casuística.

## RESULTADOS OPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS

### *Comentarios*

El Cuadro 2 nos revela que el campo operatorio fue bueno en general, siendo suficiente para la prostatectomía y excelente para la hernioplastia y vasectomía.

El tiempo extra empleado en la hernioplastia y en la vasectomía, sin considerar la prostatectomía, que constituye la operación central, fluctuó entre 15 y 35 minutos cuando se practicó la hernioplastia unilateral y de 30 a 35 minutos, cuando se practicó la hernioplastia bilateral. Ahora bien, la adición de éstos 15 a 35 minutos al tiempo operatorio de la prostatectomía en ningún caso significó choquear al enfermo ni significó la gestación de ningún accidente intraoperatorio.

La Tabla 3 nos muestra algunas complicaciones postoperatorias tales como uremia transitoria, un caso; hematuria tardía, dos casos; filtraciones de orina por la herida operatoria, tres casos; y epididimitis aguda izquierda, un caso. Esta última complicación apareció justamente en el caso 5, en que no se practi-



**Cuadro Nº 1**

CASUISTICA: 12 ENFERMOS PORTADORES DE ADENOMA PROSTATICO Y HERNIA INGUINO-CRURAL

| Caso Nº | Ficha Nº | Nombre | Edad años | Profesión | Adenoma grado | Hernia Unilat. grados* | Inguinal Bilat. | Tiempo evolución hernia | Patología agregada |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 59989 | F.V.B. | 70 | Jubilado S.S.S. | II | Izq. 1 | | Hallazgo 5 | ——— |
| 2 | 67225 | F.S.Z. | 71 | Mueblista | IV | | Crural | 6 | Hipertensión arterial |
| 3 | 52649 | M.Z.M. | 62 | Jornalero caminos | III | | Izq. 3 Der. 2 | | ——— |
| 4 | 80284 | G.S.M. | 74 | Agricultor | III | Der. 2 | | 8 | ——— |
| 5 | 76637 | N.C.G. | 62 | Obrero agrícola | II | Der. 2 | | 7 | |
| 6 | 90478 | E.F.E. | 63 | Obrero agrícola | II | Der. 4 | | 1 | Ulcus g-d |
| 7 | 46932 | G.C.B. | 69 | Jubilado EE. PP. y P. | III | Izq. 2 | | 10 | Ulcus g-d ——— |
| 8 | 83733 | F.B.B. | 82 | Jubilado S.S.S. | III | Der. 4 | | 15 | |
| 9 | 45937 | A.R.V. | 61 | Obrero agrícola | II | Izq. 4 | | 4 | Fibrosis cuello vasical |
| 10 | 44926 | G.P.P. | 66 | Hojalatero | II | Der. 3 | | 10 | ——— |
| 11 | 79334 | J.S.R. | 76 | Jubilado S.S.S. | III | Der. 3 | | 8 | ——— |
| 12 | 117193 | E.G.G. | 73 | Jubilado S.S.S. | III | | Izq. 2 Der. 2 | 6 | ——— |

* 1: Punta de hernia; 2: Hernia intraparietal; 3: Bulbonocele; 4: Hernia escrotal.

**Cuadro Nº 2**

OPERACION DE HERNIOPLASTIA INGUINO-CRURAL, VASECTOMIA Y PROSTATECTOMIA EN UN SOLO ACTO OPERATORIO

| Caso Nº | Campo operatorio para: Hernioplastia y Vasectomía | Prostatectomía | Tiempo Op. adicional para: Hernioplastia Unilat. y Vasectomía Bilat. | Hernioplastia Bilat. y Vasectomía Bilat. | Accidentes Intraop. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Excelente | Suficiente* | 15 minutos | | Nº |
| 2 | " | " | | 35 minutos | " |
| 3 | " | " | | 30 | " |
| 4 | " | " | 20 " | | " |
| 5 | " | " | 25 " | | " |
| 6 | " | " | 35 " | | " |
| 7 | " | " | 15 " | | " |
| 8 | " | " | 25 " | | " |
| 9 | " | " | 20 " | | " |
| 10 | " | " | 20 " | | " |
| 11 | " | " | 20 " | | " |
| 12 | " | " | | 35 " | " |

* Suficiente como en la incisión longitudinal media infraumbilical.

Nota: Anestesia raquídea: en 11 casos.
Anestesia general: sólo en 1 caso (Caso Nº 5).

Cuadro Nº 3

RESULTADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS

| Caso Nº | Fecha Op. | Complic. Postop. Intrahospital. | Observaciones | Observaciones | Fecha alta | Condiciones al alta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6-VI-67 | No | | 13-VI-67 | 7 | Buenas condic. generales y locales |
| 2 | 25-VIII-67 | Uremia transit. | H. crural bilateral | 3-VIII-67 | 9 | Buenas condic. generales y locales |
| 3 | 8-V-68 | Filtración orina hda. op. | H. inguinal indir. bilat. | 22-V-68 | 14 | Buenas condic. generales y locales |
| 4 | 10-VII-68 | No | | 19-VII-68 | 9 | Buenas condic. generales y locales |
| 5 | 26-III-69 | Hematuria a 12 días op. Epididimitis ag. izq. | No vasectomía a izq. | 16-IV-69 | 21 | Buenas condic. generales. Epididimitis en regresión |
| 6 | 23-VI-69 | No | | 1º-VII-69 | 9 | Buenas condic. generales y locales |
| 7 | 11-VIII-69 | No | | 21-VIII-69 | 10 | Buenas condic. generales y locales |
| 8 | 8-X-69 | Filtración orina hda. op. | | 29-X-69 | 21 | Buenas condic. generales y locales |
| 9 | 22-X-69 | No | | 30-X-69 | 8 | Buenas condic. generales y locales |
| 10 | 7-I-70 | Absceso hda. op. | | 27-I-70 | 20 | Buenas condic. generales y locales |
| 11 | 8-VI-70 | Hematuria a 20 días op. Filtra- | | 2-VII-70 | 24 | Buenas condic. generales y locales |
| 12 | 28-XII-71 | ción orina hda. op. Supuración hda. op. | H. inguinal indir. bilat. | 12-I-72 | 15 | Buenas condic. generales y locales |

Nota: Todas las complicaciones habían desaparecido al alta, excepto el caso Nº 5, que se dio de alta con la epididimitis izq., aunque en regresión.

có vasectomía izquierda, por encontrarse dicha región inguinal con sus planos anatómicos alterados por una hernioplastia izquierda hecha con anterioridad. No obstante, todas estas complicaciones pueden considerarse como más o menos habituales y secundarias a la prostatectomía. No ocurre lo mismo, en cambio, con otra complicación observada, cual es la infección de la herida operatoria, que ocurrió en 2 casos y que podría suponerse es inherente a la incisión de Pfannenstiel. (Para evitar esta complicación, en el futuro será necesario dejar drenajes de Penrose en los ángulos de la incisión de Pfannenstiel, entre el plano muscular y aponeurótico). En todo caso, es necesario señalar que todas las complicaciones ocurridas en el postoperatorio habían desaparecido al alta hospitalaria, excepto el caso 5, que dejó el hospital con su epididimitis en evolución.

La tabla IV revela que el tiempo promedio empleado en la reparación de la hernia, incluyendo la vasectomía bilateral fue de 22 minutos, cuando la hernia fue unilateral y de 33 minutos, cuando fue bilateral. Estos tiempos no son excesivos, por lo que bien vale la pena alargar el tiempo de prostatectomía en algunos minutos a cambio de obtener un rendimiento operatorio mayor, tanto más cuanto que esta prolongación en el tiempo operatorio no significó complicaciones intraoperatorias.

La misma tabla IV nos demuestra que los tiempos de estadía hospitalaria postoperatoria de los enfermos sometidos a la triple intervención y de los sometidos sólo a la prostatectomía simple fueron



Cuadro Nº 4

ESTUDIO DE PROMEDIOS

| x̄ Tiempo adicional Vasectomía y Hernioplastia | | x̄ Días Hosp. Postop. (Prostatectomía, Hernioplastia y Vasectomía) | x̄ Días Hosp. Postop. (Prostatectomía simple, sin Vasectomía ni Hernioplastia) | x̄ Días Hosp. Postop. de Hernioplastia inguinal simple* |
|---|---|---|---|---|
| Unilat. | Bilat. | | | |
| 22 min. | 33 min. | 13.8 | 15 | 4 |

* Tiempo preoperatorio: 1 día.

más o menos coincidentes, siendo de 13,8 días para los primeros y de 15 para los segundos. En otras palabras, esto significa que la operación de prostatectomía no alarga su estadía hospitalaria postoperatoria al agregársele la reparación de una hernia inguinocrural.

Bajo otro punto de vista, la tabla IV nos muestra que la inclusión de la hernioplastia inguinocrural en el acto operatorio de la prostatectomía significó una economía de 5 días de hospitalización, toda vez que el promedio de días de hospitalización para la reparación de una simple hernia inguino-crural es, justamente, de 5 días, correspondiendo 1 día para el preoperatorio y 4 para el postoperatorio. (Promedio del Hospital John Kennedy de Valdivia).

En la tabla V se podrá observar los controles postoperatorios alejados. La herida operatoria se encontraba cicatrizada en todos los enfermos, excepto en el caso 12, que presentaba un orificio fistuloso, con infiltración de orina. Por otra parte, no se comprobó recidiva de la hernia, por lo menos hasta el último control. (Entre 2 y 19 meses del alta). Se observaron, además, algunas complicaciones tardías como ser una epididimitis aguda, a pesar de la vasectomía, (caso Nº 6) y una infección urinaria con hematuria intermitente (caso 11). Cabe sí dejar constancia que todas estas complicaciones habían desaparecido al último control. Igualmente hay que señalar que el caso 2 no fue posible practicarle controles alejados por no ser ubicados posteriormente. No obstante, concurrió a control al sexto día del alta, encontrándose en aquella oportunidad en buenas condiciones generales y locales.

Cuadro Nº 5

CONTROLES ALEJADOS

| Caso Nº | Hda. Op. | Recidiva Hernia | Otras complicaciones tardías | Controles consultorio externo Primer control | Ultimo control |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cicatrizada totalmente | Nº | ——— | A los 13 días | A los 5.5 meses |
| 2 | " | " | ——— | " " 6 " | " " — " |
| 3 | " | " | ——— | " " 6 " | " " 2.5 " |
| 4 | " | " | ——— | " " 16 " | " " 8 " |
| 5 | " | " | ——— | " " 7 " | " " 4 " |
| 6 | " | " | Epididimitis izq., a pesar de vasectomía | " " 11 " | " " 11 " |
| 7 | " | " | ——— | " " 6 " | " " 10 " |
| 8 | " | " | ——— | " " 39 " | " " 2.5 " |
| 9 | " | " | ——— | " " 7 " | " " 15 " |
| 10 | " | " | ——— | " " 15 " | " " 2 " |
| 11 | " | " | Infección urinaria, hematuria intermit. | " " 16 " | " " 19 " |
| 12 | Filtración orina | " | ——— | " " 21 " | " " 2.5 " |

Nota: Todas las complicaciones habían desaparecido al último control.

CONCLUSIONES

1. La incisión transversa tipo Pfannenstiel permite abordar en un solo acto operatorio tanto la región inguino-crural como vesical, ofreciendo un buen campo operatorio para intervenir sobre el cordón genital y la vejiga.

2. Esta incisión permite, en consecuencia, realizar, las 3 intervenciones siguientes, en un solo acto operatorio:

a) Hernioplastia (Inguinal o crural, uni o bilateral).

b) Vasectomía bilateral, y

c) Prostatectomía (o bien cistotomía, resección de cuello, etc.).

3. El tiempo adicional que requiere la vasectomía y la hernioplastia, uni o bilateral, no es excesivo y no agrega gran traumatismo a la operación fundamental, razón por la cual no se produce complicaciones intraoperatorias.

4. La hernioplastia no alarga el tiempo de estadía hospitalaria postprostatectomía, toda vez que dicho tiempo es semejante al de la prostatectomía simple, esto es, sin la operación adicional de hernioplastia.

5. De todas las complicaciones postoperatorias producidas la infección de la herida operatoria parece ser la complicación específica de esta incisión transversa; no obstante, ello es perfectamente evitable si se dejan 2 drenajes de Penrose en el plano subaponeurótico y exteriorizados a través de los ángulos de la incisión cutánea.

6. No se comprobó recidiva de la hernia en los controles alejados que iban de 2 a 19 meses, debiéndose reconocer en general, que habrá que esperar más tiempo para sacar una conclusión definitiva a este respecto.

BIBLIOGRAFIA

1.—CALLANDER, ANSON, B. J.; MADDOCK, W. G.—Anatomía Quirúrgica. 2ª Ed. 363. Salvat Editores, Barcelona, 1956.

2.—CHRISTMANN, F.; OTTOLENGHI, C.—Técnica Quirúrgica. 8ª Ed. 77 851. El Ateneo, Bs. As., 1958.

3.—HUDSON, P.; STOUT, A.—Atlas de Cirugía Prostática, 138. Ed. Médica Panamericana, Bs. As., 1966.

4.—KILBOURNE, B. C.—Hernioplastía Inguinal y crural en el adulto. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Febrero, 221, 1961.

# NUESTRA EXPERIENCIA EN PROSTATECTOMIA

Drs. R. OLMEDO C., A. SALAS V. y C. GUTIERREZ

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud Paraíso BIBLIOTECA C AL

Es indiscutible que en esta época el método más actualmente usado para la prostatectomía es el de Hryntschak. Han quedado de lado los otros métodos, especialmente el retropúbico o de Millin que fue el de elección en los últimos 10 años. En un principio el método de Hryntschak se efectuó de acuerdo al señalado por el anterior pero luego se sucedieron diversas modificaciones al método, que han hecho variar totalmente los principios técnicos iniciales.

La técnica quirúrgica empleada en los pacientes a presentar es una de las tantas variantes del método de Hryntschak y se diferencia de ella en los siguientes puntos.

a) Sección de la mucosa a nivel de la parte más prominente del adenoma, alrededor del orificio uretral interno mediante electro disección.

b) Enucleación instrumental y no digital del adenoma y sección de la uretra con tijera lo más próximo del adenoma.

c) Al igual que la técnica original se colocan puntos en X a los 4 y 8; pero con el extremo de uno de ellos se efectúa sutura corrida de la vertiente inferior y con el otro extremo sutura corrida de la vertiente superior de la loge, pero sólo hasta la línea media. Iguales maniobras se efectúan con el punto en X contrario anudándose con los anteriores en la respectiva línea media.

d) Los puntos transversales de Hryntschak se ponen en X, el primero de ellos tomando profundamente las paredes de la loge y el otro cercano al borde de la loge.

Queremos dar a conocer a Uds. el resultado obtenido en 90 enfermos operados con estas variantes de la técnica clásica de Hryntschak.

La distribución por edad se señala en el Cuadro Nº 1.

El 50% de los casos está incluido entre los 60 y 69 años. Llama tanto la atención la presencia cada vez más frecuente de enfermos de menos de 50 años.

Los 2/3 de nuestros casos era adenoma prostático grado 3—4 y el total de los casos ingresaron en retención de orina y con infección urinaria. Los detalles se presentan en el Cuadro Nº 2.

Cuadro Nº 1

DISTRIBUCION POR EDAD.

| | | |
|---|---|---|
| — 50 años | ——— | 5 casos |
| 50 — 59 años | ——— | 15 casos |
| 60 — 69 años | ——— | 45 casos |
| 70 — 79 años | ——— | 20 casos |
| más de 80 años | ——— | 5 casos |
| Total | | 90 casos |

En los casos de insuficiencia renal ésta fue transitoria y pasó con la sonda uretrovesical a permanencia, hidratación y antibióticos lo que permitió efectuar la prostatectomía. En lo que respecta a la cardiopatía asociada los 15 casos fueron sometidos a intervención quirúrgica bajo terapia digitálica y otros, seis de ellos se operaron monitorizados. En los casos de hematuria total se trataba de enfermos sondados en repetidas ocasiones ya que tanto el urograma de excreción como a la cistoscopia no se comprobó patología agregada.

La infección urinaria fue la regla en nuestros casos y a pesar de la terapia previa quimio o antibiótica sólo fue posible dominarla en el 10% de los enfermos.

En todos nuestros casos se utilizó anestesia general controlada y en todos los enfermos se utilizó transfusión sanguínea intraoperatoria.

En el Cuadro Nº 3 se analizan las complicaciones postoperatorias.

Cuadro Nº 2

CAUSA DE LA CONSULTA

| | | |
|---|---|---|
| Retención de orina e | ——— | 90 casos |
| Infección urinaria | ——— | 90 casos |
| E. Coli | ——— | 40 casos |
| Klebsiella | ——— | 30 casos |
| Proteus | ——— | 10 casos |
| Mixta | ——— | 10 casos |
| Litiasis vesical | ——— | 8 casos |
| Insuficiencia renal transitoria | ——— | 20 casos |
| Cardiopatía asociada | ——— | 15 casos |
| Hematuria total | ——— | 20 casos |

Cuadro Nº 3

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

| | | |
|---|---|---|
| Hematuria grado I | 6 | casos |
| Hematuria grado II | 5 | casos |
| Hematuria grado III | 4 | casos |
| Epididimitis | 14 | casos |
| Incontinencia de orina transitoria | 15 | casos |
| Estrechez uretral | 6 | casos |
| Pulmonares | 5 | casos |
| Cardiovasculares | 6 | casos |
| Fallecidos | 3 | casos |

Las complicaciones en general fueron de poca monta, hubo 3 fallecidos por fenómenos cardiovasculares y están incluidos dentro de los enfermos portadores de adenoma prostático con cardiopatía asociada y que fueron sometidos a la intervención quirúrgic con terapia digitálica. En sólo 14 casos hubo epididimitis asociada a pesar que en ninguno de nuestros casos se practicó vasectomía.

El resto de las complicaciones es propia de los métodos actualmente en uso.

En 8 enfermos la histopatología revela un adenocarcinoma como hallazgo de examen.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se analizan 90 enfermos portadores de adenomaprostático en los cuales en 8 la histopatología revela la presencia de un adenomacarcinoma indiferenciado.

2. Todos los enfermos ingresaron en retención de orina con infección urinaria asociada y se trataba de adenoma grado III — IV.

3. Se describe las modificaciones quirúrgicas de la técnica de Hryntschak utilizadas en estos enfermos.

4. Se señala las complicaciones propias de la prostatectomía, haciendo notar que 15 casos de cardiópatas fueron operados compensados en tratamiento de su afección cardiovascular, tres de ellos fallecieron en el postoperatorio inmediato.

# ADENOMA DE PROSTATA (TECNICA DE HRYNTSCHAK)

Drs. ERNESTO MATTOS y BAUTISTA FERRER
(Rosario, República Argentina)

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud BIBLIOTECA

La cirugía prostática comienza en el Siglo XVI según Vargas Zalazar, con Nicolás Ulassa quien describe por primera vez las obstrucciones de origen prostático. Posteriormente en 1894 Fuller realiza una adenomectomía suprapúbica transvesical y Freyer en 1909 desarrolla esta operación y la hace conocer.

En nuestro país esta técnica conocida por Fuller-Freyer es aceptada por la mayor parte de los urólogos, pero por lo molesto del taponaje y lo prolongado del postoperatorio se fueron ensayando nuevas técnicas, practicándose adenomectomía perineles y resecciones endoscópicas que fueron perfeccionándose.

En 1945 Terense Millin preconizó la adenomectomía retropúbica propuesta por Stockum en 1909 y que hoy como sabemos es realizada en muchos centros urológicos.

En 1927 Harris realiza la adenomectomía suprapúbica transvesical con hemostasia reglada, reparación de la loge y cierre vesical. En 1937 Ercole ve realizar esta técnica a Hryutschak en Viena y posteriormente en 1954 a May en Munich adoptándola y difundiéndola en el Servicio de la Cátedra de Urología de Rosario —R. A.— es así que a partir de 1955 realizamos esta técnica en forma sistemática, cuyos resultados nos han convencido de su eficacia. Siendo también utilizada en otros Servicios argentinos con muy buen resultado.

Habitualmente no instrumentamos a nuestros pacientes hasta el día de la intervención, excepción hecha de aquellos en retención completa, la exploración de uretra, la efectuamos en la mesa de operaciones con el enfermo anestesiado.

El abordaje lo realizamos por vía suprapúbica previa ligadura de ambos deferentes, por una incisión mediana infraumbilical y transvesical. La adenomectomía la hacemos mediante maniobras digitales complementada con un tacto rectal y la hemorragia es controlada con puntos hemostáticos en los bordes laterales del cuello; del cual resecamos muchas veces el reborde posterior. A continuación colocamos una sonda de Couvelaire y procedemos al cierre de la loge, mediante 2 o 3 puntos colocados por encima de la sonda.

Ultimamente usamos en nuestra práctica privada una sonda aparecida en el comercio que trae adosado un fino catéter (muy semejante a la Couvelaire) que permite realizar un lavado continuo.

El cierre de la vejiga lo realizamos mediante dos jaretas invaginantes o por medio de 2 suturas continuas.

De rutina dejamos un drenaáe en el espacio de Retzius. Enviamos sistemáticamente a todos nuestros operados a la Sala de Recuperación donde permanecen hasta que la hemorragia de los primeros días cede. Cuando se presenta una hemorragia secundaria los enviamos nuevamente a la Sala de Recuperación; y si con lavados tibios y repetidos ésta no cede somos partidarios de la electrocoagulación endoscópica, más o menos precoz, dejando el taponaje para casos extremos.

Pensamos que ninguna de las drogas actuales que actúan sobre los fenómenos de coagulación pueden ofrecernos una hemostasia satisfactoria, y solamente puede darnos tranquilidad cuando ésta se realiza correctamente durante la intervención quirúrgica y con un riguroso control a posteriori.

## CASUISTICA

Hemos considerado para este trabajo 100 casos tomados al azar operados en nuestra clínica privada, y el resultado obtenido en general ha sido altamente satisfactorio.

El promedio de internación varió de 12 a 15 días y la edad media fue de 66 años.

La mayoría de los enfermos que han tenido hemorragias postoperatorias, no estaban en la Sala de Recuperación y úl-

timamente desde que usamos el lavado continuo las obstrucciones de la sonda vesical por coágulos han disminuido ostensiblemente.

Dentro de las complicaciones diremos que la hemorragia se ha presentado en 18 casos, en 12 de ellos intensa y en los 6 restantes no revestía mayor gravedad. A 8 enfermos fue necesario efectuarle electrocoagulación endoscópica y a 4 taponamiento con gasa. Seis de estas hemorragias fueron hechas en el postoperatorio alejado (entre 10 y 15 días) y no tuvieron mayor trascendencia.

Hemos observado en 4 pacientes esclerosis de cuello postoperatorias que se resolvieron mediante resección endoscópica; debemos destacar que en uno de ellos el examen histopatológico reveló un proceso inflamatorio crónico y en otro existía un mal plano de clivado.

La degeneración carcinomatosa del adenoma de próstata la hemos tenido en un caso, pero debemos decir aquí que en un trabajo realizado por uno de nosotros sobre 772 enfermos operados con el diagnóstico de adenoma en el Servicio de la Cátedra de Urología de Rosario, el estudio histopatológico reveló la existencia de carcinoma en 57 casos.

La orquipidimitis fue observada en 4 casos, en uno de ellos no se había realizado vasectomía.

Solamente en un paciente se presentó la osteítis de pubis y precisamente en este caso se había colocado un taponamiento de gasa; curó perfectamente mediante el uso de antibióticos, corticoides y radioterapia.

Dentro de las complicaciones vasculares tuvimos 8 enfermos con flebitis, 4 con embolia de pulmón, 1 con trombosis cerebral y uno con infarto de miocardio.

Hemos tenido también otras complicaciones tales como neumonía (1 caso), hepatitis (1 caso), hemorragia digestiva (1 caso), colangitis (1 caso).

De los 100 enfermos fallecieron 4, 2 por embolia masiva de pulmón, 1 por paro cardíaco y el restante por infarto de miocardio.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud BIBLIOTECA

## LA TECNICA DE HRYNTSCHAK EN EL ADENOMA DE LA PROSTATA[1]

### Experiencia de los últimos cinco años.

Drs. H. L. RUBINO*, F. J. PREMOLI**, J. COSTA** y J. TETTAMANTI**

(Cátedra de Urología de Rosario, Argentina)

Como mencionamos en otra comunicación a este Congreso, la adenomectomía transvesical, preconizada por Hryntschak, es la técnica de abordaje quirúrgico que preferimos para el adenoma de la próstata.

Dicha preferencia es debido a que consideramos que no tiene contraindicaciones en cuanto al tamaño o ubicación del adenoma, al hecho que brindamos la posibilidad de tratar patología asociada, así como lo simple de su técnica y los resultados obtenidos desde que lo practicamos.

Desde 1955 en que el Profesor Ercole introdujera en la Cátedra los lineamientos generales de esta técnica, se practica de regla.

En una comunicación a las Jornadas de Urología realizadas en la ciudad de Mendoza (Argentina), en 1965, organizadas por la Confederación Argentina de Urología, se presentó el análisis detallado de los casos tratados, así como los resultados obtenidos con la técnica de Hryntschak en el lapso de 10 años.

Pretendemos retomar dicho trabajo y reafirmar los beneficios de este procedimiento en los últimos 5 años.

El 94,4% de las adenomectomías realizadas en el Servicio de la Cátedra se han practicado con esta técnica hasta Diciembre de 1971.

Queremos transmitir los detalles quirúrgicos de la intervención, tal como la practicamos.

La anestesia raquídea o peridural es para nosotros la ideal para esta cirugía, debido fundamentalmente a la edad avanzada del enfermo, generalmente con alteraciones cardiovasculares o respiratorias, debiendo por ellos evitarse cambios importantes en la tensión arterial.

Además se evita de esta forma la excitación propia de todo despertar postanestésico, que trae siempre elevación de aquélla.

Realizándose toda la intervención en el abdomen inferior, los niveles anestésicos que se logran son suficientes para nuestro cometido.

La transfusión de sangre ha sido eliminada como práctica rutinaria intraoperatoria. Sólo recurrimos a ella cuando las circunstancias así lo exigen y no como terapéutica profiláctica.

Con el paciente anestesiado, en decúbito dorsal y ligero Trendelefmburg, comenzamos la intervención.

El cirujano se coloca a la izquierda del enfermo.

La incisión es una mediana suprapúbica, de más o menos 10 cm. de longitud.

Practicada la diéresis de los tejidos blandos y abierta la vaina de los rectos anteriores del abdomen, se reclinan ambos músculos por medio de separadores de Farabeuf, permitiéndose apreciar todo el espacio prevesical.

Procedemos entonces al rechazo del fondo de saco peritoneal hacia arriba que decolamos parcialmente de la vejiga.

La cara anterior de la misma nos queda al descubierto, procediendo a tomarla mediante dos pinzas de Allis, en la parte más superior.

Hacemos un pequeño ojal a tijera y aspiramos la orina que pueda existir en el interior.. Mediante divulsión con los separadores que introducimos en la vejiga y por medio de una valva maleable en la porción superior nos queda la cavidad totalmente expuesta.

Procedemos entonces a una detenida inspección de toda la mucosa así como de la implantación de los meatos ureterales, que no cateterizamos de rutina, haciéndolo solamente en aquellos casos en que ellos se encuentren muy cercanos al adenoma.

---

[1] Presentado en el IV Congreso Chileno de Urología. Viña del Mar, Noviembre, 1972.

* Coordinador de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Urología.

** Instructores de la Cátedra de Urología.

De existir patología concomitante la tratamos en el mismo acto.

La visualización de toda la vejiga nos permite al utilizar esta técnica, no necesitar de cistoscopia previa, cómo lo requieren algunas.

El paso a seguir es la enucleación del adenoma. Este paso puede ser realizado a cielo abierto a tijera o en forma digital.

No seccionamos previamente la mucosa vesical alrededor del cuello con electrobisturí.

Hacemos siempre la adenomectomía en forma digital, con apoyo rectal del mismo cirujano.

Lo antiquirúrgico de este procedimiento, así como la poca elegancia que encierra, nos brinda el máximo de seguridad al tener una noción clara del plano la o dejar olvidado algún resto adenomatoso.

Dicha maniobra nos permite controlar a la vez exactamente el sitio donde se desgarra la uretra posterior.

El tiempo de la adenomectomía también es reducido mediante la maniobra bidigital.

No creemos necesaria la sección a tijera de la uretra. Si la adenomectomía digital es bien practicada el desgarro de la mucosa, una toilette de la loge para resecar algún colgajo.

Extraído el adenoma efectuamos un control de toda la loge, colocando puntos de hemostasia o electrocoagulando pequeños vasos prostáticos.

De rutina, no damos los puntos a las 5 y 7 horas, que fueran descriptos en la técnica original, sino sólo si fueran necesarios debido a la existencia de una arteria importante que sangra.

En aquellos casos en que el reborde posterior del cuello sea procedente practicamos la resección cuneiforme del mismo.

Introducimos luego una sonda de Couvelaire, Nº 24 armada por la uretra. Puesta la sonda a punto, la fijamos con un punto de lino al frenillo.

Procedemos luego a reducir la loge con uno o dos puntos de catgut simple en X, que hacemos con portaagujas y aguja curva común.

Control final de la hemostasia y cierre de la vejiga, en dos planos, con catgut simple, por medio de dos jaretas extramucosas.

Dejamos siempre drenaje en el espacio prevesical que retiramos entre el 4º y 6º días del postoperatorio.

Síntesis del músculo con catgut simple y de la aponeurosis con cromado.

Ultimamente realizamos vasectomía bilateral en todos los enfermos.

Colocamos una canastilla en el pene que nos asegura la fijación de la sonda uretral.

Antes de retirar al paciente de la Sala de Operaciones practicamos algunos lavajes en la misma mesa operatoria.

El postoperatorio inmediato requiere un control exhaustivo del enfermo para el éxito de esta cirugía debido a que los lavajes destinados a evitar que la sonda se tape, deben ser realizados por personal adiestrado para ello y en forma continuada.

En el Servicio de la Cátedra disponemos de una sala destinada a tal fin, como decimos en otra comunicación.

La sonda uretral es extraída generalmente entre el 7º y 14º de operado, no reemplazándola salvo casos especiales que así lo requieran.

Consideramos, finalmente, que la técnica que preconizó el urólogo austríaco, Theodor Hryntschack, realizada en forma reglada brinda el máximo de garantías debido a cómo lo mencionáramos anteriormente, no obliga a una instrumentación previa, nos permite solucionar cualquier otra patología vesical en el mismo acto y acerca del punto que se le objetara, de la abertura de la vejiga y la necesidad por ello de un drenaje vesical suprapúbico a posteriori, no es hoy día aceptable, debido al cierre primario de la misma que se practica.

Las complicaciones que hemos tenido ocasión de observar con esta técnica, motivo de otro trabajo, lejos de hablar en contra, lo hacen justificando el valor de este procedimiento.

Estamos convencidos que la operación de Hryntschack, es la técnica de elección para abordar un adenoma de la próstata con cirugía abierta.

# LA VIA ENDOSCOPICA EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOMA PROSTATICO[1]

Dr. JOSE COSTA*

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud Valparaíso BIBLIOTECA CENTRAL

En el Servicio de la Cátedra y en nuestra práctica privada, diagnosticado un adenoma de la próstata, nos planteamos la posibilidad de abordar a éste por vía endoscópica.

Es por ello que nos fijamos algunas normas para decidir esta cirugía en aquellos casos que consideramos oportunos.

Sin duda la cirugía endoscópica, hoy día, ha superado la prueba del tiempo y tiene dentro de la Urología quirúrgica su lugar destacado e indiscutible.

Numerosos urólogos de la década del 30 fueron llamados endoscopistas por centrar su atención en todo lo referente a ello. Insistieron y perfeccionaron paso a paso el instrumental y la técnica para que hoy ya no se discuta sobre el valor de esta cirugía y los medios para practicarla estén al alcance de todos.

Coincidimos plenamente con los autores que dicen que lo más difícil de esta cirugía es su aprendizaje. Todo método quirúrgico, sin duda, requiere gran dedicación para su dominio, pero sólo aquellos que se introduzcan en la cirugía endoscópica sabrán de lo penoso que resulta en ella superar los problemas del aprendizaje.

Nos hemos fijado en nuestra práctica una línea de trabajo destacando algunos aspectos para el uso de esta vía en el adenoma prostático.

Dejamos de lado por archiconocido, el valor de esta cirugía en los casos de enfermos cardiópatas u obesos.

En principio nos interesa sobremanera el tamaño de la tumoración. Sabemos que ello no es impedimento para un reseccionista avezado como hemos tenido ocasión de observar, pero creemos que la cirugía endoscópica brindará mejores beneficios en aquellos adenomas cuyo peso no sobrepase los 70 gramos.

Para la obtención del dato acerca del tamaño o peso nos guiamos fundamentalmente por el tacto rectal. Además, la imagen del cistograma del urograma excretor, que practicamos de regla con placa postmiccional, nos aporta más datos acerca del tamaño, de acuerdo a la sobreelavación existente.

Nunca instrumentamos al enfermo previamente a la cirugía ni practicamos uretroscistografías, por considerar que estas maniobras pueden desencadenar una infección ascendente que no tendría justificativo. Por ello es que los datos acerca de la distancia entre el veru montanun y el cuello vesical, que citan como importante para la evaluación del peso, no lo consignamos.

Sólo hemos practicado uretrocistografías en aquellos casos en que el enfermo sea portador de una estrechez uretral ya que ella nos pondrá de manifiesto el lugar y la magnitud de la misma, así como el calibre uretral, documento importantísimo cuando se decide esta vía de abordaje.

Sabemos que la estrechez uretral no es una contraindicación absoluta, ya que la uretrotomía interna o externa permite llegar con el resector a la glándula prostática.

No hemos usado ninguno de estos procedimientos, preferimos, llegado el caso de tener que intervenir a un estrecho uretral por vía endoscópica, las dilataciones periódicas hasta obtener un buen diámetro uretral para la intervención.

El otro dato que consideramos de gran valor es el estado del músculo vesical, ya que de una vejiga muy distendida no será de buenos resultados postoperatorios, así como aquella de poca capacidad.

Una vez el enfermo en la Sala de Cirugía Endoscópica; equipada ésta con todos los elementos necesarios, procedemos a la intervención.

Usamos en la Cátedra el resectoscopio de Iglesias y en nuestra Clínica el de Nesbit; ambos de óptimos resultados ya

[1] Presentado en el IV Congreso Chileno de Urología. Viña del Mar, Noviembre de 1972.

* Instructor de la Cátedra de Urología de Rosario, Argentina.

que nos permiten disponer de una mano libre para la maniobra del tacto recta al final de la resección, de valor inapreciable.

En nuestra mesa de instrumental colocamos siempre dos ópticas ya que sería peligroso comenzar a resecar sin disponer de repuesto frente a cualquier eventualidad que surja.

Usamos anestesia raquídea generalmente para esta cirugía ya que como sabemos frente a la complicación de perforar la cápsula o la vejiga, el enfermo nos manifestará síntomas en forma inmediata.

Usamos agua hervida como líquido de irrigación contenido en un frasco cuya capacidad es de 12 litros; móvil, pero ubicado de entrada a no más de 70 cms. por encima del pubis.

El electrobisturí a usar debe reunir las condiciones indispensables para un buen corte bajo agua; los sinsabores y los éxitos de esta cirugía dependen muchas veces de él.

Previa lubricación con jalea anestésica introducimos el resectoscopio, cuya vaina lubricamos con pomada de corticoides para disminuir la posibilidad de estrechez uretral postoperatoria, que cómo se sabe resulta la más temible e ingrata complicación.

Tratamos siempre de resecar con la vaina Nº 28 Ch. por permitirnos extraer mayor cantidad de tejido en los cortes, salvo en aquellos casos en que ésta queda aprisionada en la uretra dificultando los movimientos necesarios.

Procedemos en primer lugar a un minucioso examen de toda la mucosa vesical, de la zona trigonal, deteniéndonos en la observación de ambos meatos ureterales, punto de reparo de significativo valor.

Pasamos luego a observar el cuello de la vejiga en toda su circunferencia y por fin nos concentramos en la anatomía endoscópica de toda la uretra posterior, ya que allí es donde trabajaremos. Demás está decir la importancia de observar con detenimiento el veru montanun así como las fibras del esfínter externo.

Decididos a comenzar la resección la practicamos siguiendo la técnica que nos enseñara Rocha Brito, en los tres tiempos clásicos.

La comisura anterior del lóbulo izquierdo es nuestro lugar de comienzo y desde allí buscamos la identificación de la cápsula sin hacer hemostasia hasta ella, ya que como se sabe resulta poco productivo electrocoagular un vaso que va a ser seccionado nuevamente en el próximo corte; así como nos permite no perder tiempo, ya que importa no sobrepasar generalmente el lapso de una hora de resección.

Tratamos de resecar todo el lóbulo por el que comenzamos antes de pasar al opuesto, permitiéndonos esto estar perfectamente ubicados en los sucesivos cortes y en el origen de una probable hemorragia.

Conocedores previamente de la capacidad vesical vaciamos la vejiga las mínimas veces posibles, evitando así la pérdida de tiempo. La observación del líquido que sale nos permite apreciar de manera bastante exacta el grado de hemorragia existente.

Pasamos luego al lóbulo derecho siguiendo los pasos mencionados y recién al final resecamos, si existe, el lóbulo medio. Esto lo hacemos por coincidir con los autores que dicen que la persistencia de aquél permite que ambos laterales no es cierren sobre la luz uretral dificultando el procedimiento.

Por supuesto que como en toda cirugía los pasos a seguir deben estar bien reglados, lo que no quiere decir que en algunas circunstancias pueda variarse el orden de la resección, como nos ha ocurrido en algunas ocasiones.

Terminada la resección amplia de ambos lóbulos laterales, el medio y el reborde inferior del cuello vesical, nos queda el paso más importante a realizar: la extirpación de las masas apicales.

El apoyo rectal, favorecido por el uso de la compresa de O'Connor, es obligado para esta fase de la resección, la más delicada. Si queda mucho tejido allí puede existir una pseudorecidiva y si se extrae de más podemos dejar al paciente incontinente, complicación desastrosa.



Al terminar de resecar esta zona las ópticas de ángulo recto y de visión retrógrada pueden ser de utilidad para el reconocimiento final de la loge.

Debe luego practicarse un nuevo recorrido por toda la vejiga, fijándose en el estado de los meatos, en la abertura dejada en la uretra posterior, en la existencia de zonas sangrantes que deben ser electrocoaguladas, en el veru y en el esfínter externo.

Rocha Brito recalca siempre que la hemostasia debe practicarse en la Sala de Operaciones y no en la cama del enfermo.

Es importante la regularización de toda la zona resecada.

Tras el examen final procedemos mediante el evacuador de Ellik a la extracción de los trozos resecados que hemos enviado a vejiga con el asa después de cada corte.

Nueva visión endoscópica general buscando que no queden restos, ya que ello puede ser factor de infección secundaria.

Extraída la vaina con vejiga llena hacemos presión sobre hipogastrio observando el calibre del chorro y la continencia al cesar la presión.

Introducimos entonces sonda de Foley Nº 24, con balón de 30 cc. ubicado en vejiga y no en la loge; practicamos varios lavajes en la misma mesa operatoria y si ellos son satisfactorios damos por finalizada la intervención.

Sólo nos resta observar la cantidad de líquido que hemos ingresado y la cantidad que ha salido, siéndonos ésto de sumo valor ya que nos permite apreciar el pasaje de líquido al torrente circulatorio.

Por no disponer de una mesa balanza no realizamos el pesado del enfermo antes y después de la operación.

En algunas ocasiones hemos usado solución de Dextrosa al 5% al promediar la resección por haber sido ésta muy prolongada o por el temor de una perforación capsular que permitiera el pasaje de líquido irrigatorio a la sangre.

Disponemos de la tabla de valores de hemoglobina de Lamotte que nos permite evaluar en forma bastante aproximada el grado de hemólisis, si existiera.

Practicamos de rutina vasectomía bilateral.

Normalmente sacamos la sonda uretral al tercer o cuarto día, debiendo el paciente orinar a partir de ese momento sin dificultades, salvo las propias de un postoperatorio prostático.

Si así no ocurre, es decir, si existe gran disuria o directamente le resulta imposible realizar la micción, no esperamos ningún tiempo y practicamos una uretrocistografía que nos mostrará la causa que imposibilita la micción normal.

El edema de la loge a que se adjudicaban dichos trastornos ha sido descartado como causa hoy día y no debe esperarse su "desaparición" para plantear una nueva terapéutica endoscópica.

Nos permitimos mostrar seis observaciones de nuestra casuística, en los que la uretrocistografía nos permitió apreciar el defecto existente que impedía la micción normal.

En la Figura Nº 1 observamos lo insuficiente de la resección practicada, causa de que el enfermo no tuviera un acto miccional bueno.

La Figura Nº 2 nos muestra la persistencia de tejido prostático perteneciente al lóbulo derecho.

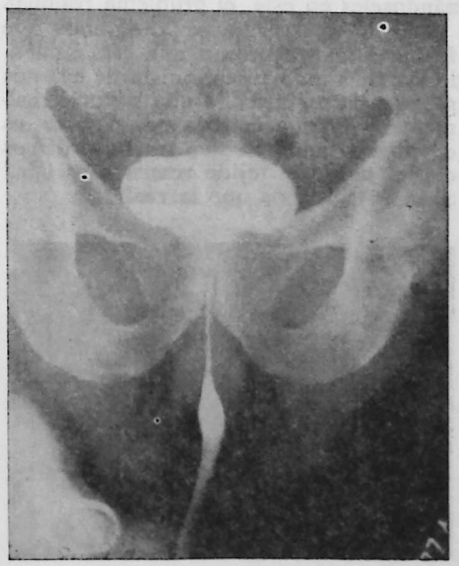


Figura Nº 1

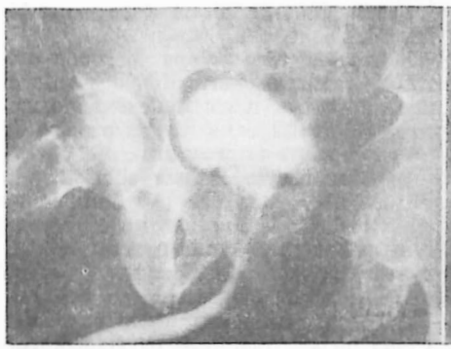


Figura Nº 2

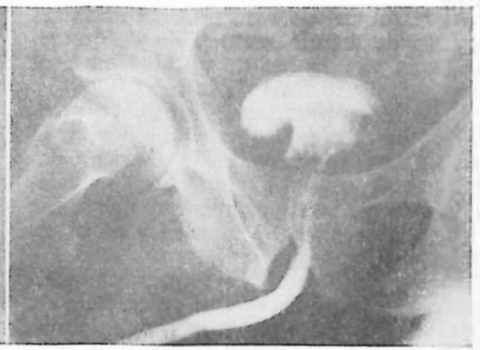


Figura Nº 3

En la Figura Nº 3 lo insuficiente e irregular de la resección transuretral practicada en un adenoma grado II-III.

La Figura Nº 4 pertenece al cistograma de un paciente que resecamos y que en el postoperatorio presentó grandes alteraciones miccionales, plenamente explicables en la uretrocistografía que le practicamos (Figura Nº 5), debido a la persistencia de tejido adenomatoso en la uretra posterior.

Todos estos pacientes debieron ser resecados en un segundo tiempo, solucionándoseles en éste, el problema residual.

De lo observado se desprende que frente a la pregunta a que está sometido siempre todo reseccionista de cuántos gramos ha extraído, lo que importa realmente y lo que debería preguntarse es cuántos gramos ha dejado. Recordemos que el peso del tejido resecado es igual a un 20% menos que la realidad.

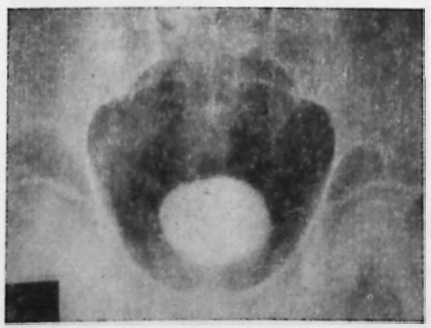


Figura N 4

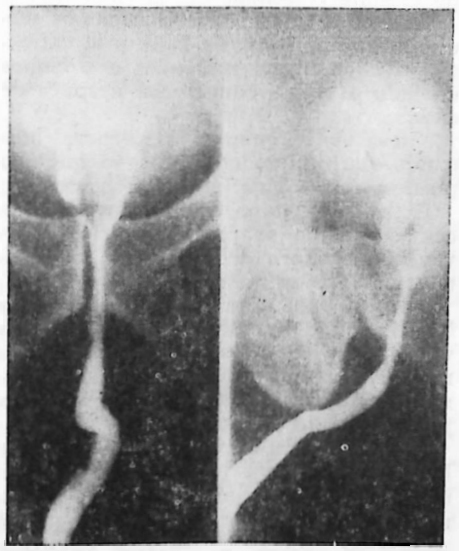


Figura Nº 5

Aportamos algunos datos que consideramos de interés, no con la intención de hacer un aporte casuístico importante, pero sí que demuestren algo de nuestros resultados con esta cirugía en el adenoma de la próstata.

De 34 adenomas resecados en el transcurso de este año, debimos realizar 6 segundos tiempos y uno en tres tiempos. La cantidad mínima resecada fue de 0,7 gr. y la máxima en un tiempo de 28 gr. En el caso que resecamos en tres tiempos extraímos 47 gr.



El tiempo mínimo empleado ha sido de 1 hora y el máximo de 1,45 hrs. Como complicaciones tuvimos, 5 infecciones, 2 hemorragias, 1 perforación capsular y 1 muerte por embolia.

Pretendemos con lo expuesto realizar un aporte a uno de los temas centrales de este Cuarto Congreso Chileno de Urología, destacando nuestra pequeña experiencia con la vía endoscópica para el tratamiento del adenoma prostático, convencidos de que nuestras limitaciones no realzan el verdadero valor de la resección transuretral que por otro lado no lo necesita debido al lugar que ocupa dentro de la Urología.

Universidad de Chile
BIBLIOTECA
Valparaíso - la Salud

# TECNICA DE GIRGIS EN INCONTINENCIA URINARIA TOTAL POSTPROSTATECTOMIA

Drs. JORGE MERY, LUIS MARTINEZ y PEDRO MARTINEZ

(Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Sección Urología)

No es infrecuente el escape de orina en las prostatectomías simples (adenectomizados), una vez que es retirada la sonda vesical. Pero esta incontinencia en su mayoría es sólo parcial y temporal y mejora en períodos que van de días a algunas semanas y aún meses. Al margen de estos casos, existen otros (y en suerte lo menos) que presentan un escape total y permanente sin ninguna tendencia a la regresión, aún después de buscar la continencia por múltiples maniobras correctoras y de reeducación. Si escasa es esta complicación en las prostatectomías simples, lo es mucho más en las prostatectomías radicales.

Es en este grupo de incontinencias totales y permanentes, en que hemos ensayado la técnica descrita por Girgis y que fundamenta sus principios en la formación de un nuevo esfínter vesical, aprovechando y reforzando estructuras ya existentes en tal función. Se basa en estudios anatómicos de Gil-Vernet que describe en el esfínter vesical tres partes: la interna, de fibras lisas; la segunda, el esfínter membranoso, con fibras estriadas del elevador y lisas de la uretra membranosa; y la tercera es parte del bulbo-cavernoso que rodea al bulbo del pene. En este esfínter hay fibras lisas y estriadas. Las porciones estriadas son inervadas por el nervio pudendo y las lisas por el plexo hipogástrico.

Ahora bien, el refuerzo del esfínter en la técnica de Girgis se hace sobre la segunda y tercera porción por imbricación del bulbo-cavernoso y uretra membranosa en los isquio-cavernosos y elevador del ano. Es así como la creación de este esfínter artificial alrededor de la uretra bulbar y membranosa por la musculatura voluntaria pelviana, permite o ayuda el control de la orina por afrontamiento y compresión de la uretra. La fibrosis refuerza la acción de la musculatura.

Como elementos de sutura usa ed Riblon-Gut o la prótesis de colágeno. Esta, de forma particular, constituida por una rejilla central que se aplica sobre la cara profunda de la uretra bulbar y membranosa y tres cintas por cada lado para afrontar las estructuras musculares de vecindad.

En la uretra se deja previamente sonda Foley Nº 18 que se mantiene por 14 días. Al 10º día se comienza con ejercicios perineales que se mantienen hasta después de retirada la sonda.

## *Nuestra experiencia*

Desde Enero de 1968 a Octubre de 1972 han sido practicadas 496 prostatectomías simples y cuatro prostatectomías radicales. De las primeras han quedado cuatro con incontinencia total y de ellas, tres han sido sometidas a Uretroplastias. De las radicales, dos han quedado incontinentes y una fue sometida a esta reparación.

En todas fue usada la técnica descrita por Girgis. En uno se usó la prótesis original de colágeno (Ethicon) y en las tres restantes fascia-lata. Esta fue una modificación nuestra que nació de la imposibilidad de poder conseguir Riblon-Gut o colágeno. Tratamos de darle al injerto la forma de la prótesis colágena dejando un rectángulo central y tres cintillas por ambos lados. No hubo ninguna dificultad en tomarlas de la cara externa del muslo, obteniéndose el tamaño deseado.

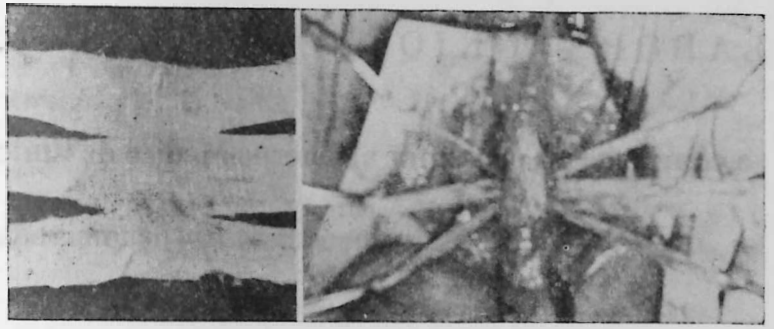
### COMENTARIO

La técnica desarrollada fue simple en su ejecución y la tolerancia de los pacientes fue buena. Aún con infección local, en ningún caso fue eliminado el injerto.

Al analizar los resultados inmediatos, vemos que en todos hay continencia urinaria. El caso correspondiente a la prótesis de colágeno tuvo mejoría total y permanente. Pero en los tres casos de injerto de fascia lata, esta mejoría no se extendió en dos de ellos más allá de cuatro a siete días, volviendo uno a la incontinencia total y el otro a un escape importante. Esto nos orienta a pensar en una debilidad del tejido empleado como prótesis y la necesidad de buscar su corrección.

Aún cuando el número de casos analizados en ambas series no es significativo por lo bajo, es evidente un mayor éxito de continencia buena o importante en cinco de siete casos en la serie de Girgir, en contra de dos de cuatro, de nuestra serie. Es posible que, con más experiencia e injertos también más adecuados, este resultado tienda posteriormente a mejorar.





Cuadro Nº 1

INCONTINENCIA.

| Paciente | Edad | Causa | Fecha | Operación | Complicaciones | Resultado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P.P.G. 69-468 | 62 | Prostatectomía transvesical | II-69 | Uretroplastia. Malla Colágeno VI-69 4 meses | Infección Perineal | Optimo |
| L.V.L. 69-2643 | 64 | Prostatectomía transvesical | VII-69 | Prótesis Fascia-lata XI-69 4 meses | ( — ) | Satisfactorio Algún escape al esfuerzo |
| A.S.M. 71-3919 | 64 | Prostatectomía transvesical | VI-71 | Prótesis Fascia-lata III-72 9 meses | ( — ) | Inmediato: Bueno Luego: Malo |
| G.M.S. 70-116 | 77 | Prostatectomía radical (abdominal) | II-72 | V-72 Id. 28 meses | Infección Perineal | Inmediato: Bueno Luego: Menos que regular |

### RESUMEN

Se analiza la aplicación de la técnica de Girgis para cuatro casos de incontinencia total de orina postprostatectomía.

Se comenta lo simple de la técnica y la buena tolerancia general y local. Aún cuando los resultados no fueron porcentualmente muy exitosos, previa algunas consideraciones, se recomienda esta técnica por su sencillez y buena tolerancia y es posible que con más experiencia los buenos resultados se eleven significativamente.

LABORATORIO NORGINE S. A.

se complace en presentar al Cuerpo Médico de Chile

su nueva especialidad farmacéutica denominada

"URINEX"

en forma de granulados, a base de citrato de potasio, de sodio y ácido cítrico, capaces de elevar el PH urinario, particularmente indicado en el tratamiento conservador de la litiasis úrica.

Después de un tratamiento de 3 a 4 meses se podrá observar la desaparición de las imágenes correspondientes a los cálculos en radiografías anteriores. (*Dr. F. Vargas D. y colab., Rev. Médica, Marzo 1970, p. 143).*

DOSIS: 1 cucharadita, 4 veces al día.

PRESENTACION: Frascos de 250 grs. de granulado.

"MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DEL CUERPO MEDICO"

LABORATORIO NORGINE S. A.

AVDA. PDTE. BALMACEDA 1264 - CAS. 3457 - STGO. 1 - FONO: 711087

SANTIAGO DE CHILE



Producto de la investigación de Laboratorios Lepetit

# Rifaldin

**Antibiótico oral bactericida**

Estas características:

Rápida absorción por vía oral

Amplio espectro

Alta concentración en el riñón, vejiga y uretra

Eliminación hepática y renal con altos niveles en la orina.

Determinan máxima eficacia de Rifaldin (rifampicina) en: pielonefritis, prostatitis, cistitis, uretritis. Tbc. renal.

Con dosis diaria de 900 mg. a 1.200 mg.

Infecciones gonocócicas, con una dosis diaria de 900 mg. por 2 o 3 días.

PRESENTACION: Cápsulas de 150 mg., cápsulas de 300 mg y Jarabe al 2% (5 ml. = 100 mg. de rifampicina).

**LABORATORIOS LEPETIT S.A.C.**

SANTA ELENA 2222 — CASILLA 2643 — FONO 55538 —SANTIAGO DE CHILE

E. COLI
PSEUDOMONA
PROTEUS
SERRATIA
ENTEROBACTER
KLEBSIELLA
ESTAFILOCOCO RESISTENTE
ETIOLOGIA INDETERMINADA

?

tanto en el consultorio como en el hospital:

# GENTALYN*

**INYECTABLE**
**(Sulfato de Gentamicina)**

## puede ser la decisión correcta cuando la demora podría ser crítica

**ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR — ADULTOS CON FUNCION RENAL NORMAL**

| | Dosis | Infección moderada | Infección grave |
|---|---|---|---|
| Más de 60 Kg. | 80 mg. (2 ml.) | cada 12 horas | cada 8 horas |
| 60 Kg. o menos | 60 mg. (1.5 ml.) | | |

**NIÑOS** (incluso lactantes y neonatos):
Niños mayores de 1 semana: 6 mg/Kg/día, en 2 ó 3 dosis, cada 12 o cada 8 horas.
Prematuros o neonatos menores de una semana: 6 mg/Kg/día, en 2 dosis cada 12 horas.

**INFUSION INTRAVENOSA**

**Dosis:** Idéntica a la recomendada para la administración intramuscular.
**Dilución:** Dilúyase una dosis única en 100 a 200 ml. de suero fisiológico isotónico estéril o en dextrosa/agua estéril al 5% y adminístrese por infusión en un período de 1 a 2 horas; la concentración no debe exceder de 1 mg/ml (0.1%).
Duración media de la terapia, en todas las infecciones: de 7 a 10 días.

**PRESENTACIONES**

**GENTALYN INYECTABLE 80 MG.** FRASCO-AMPOLLA 2 CC.
**GENTALYN INY. INFANTIL 20 MG.** FRASCO-AMPOLLA 2 CC.

**Referencias:** 1. Hodges, G. R., y Saslaw, S.: Ohio State Med. J. 68 (5): 475, (Mayo) 1972. 2. Cox, C. E.: Med. Clin. North Am. 54 (5): 1305, (Sept.) 1970. 3. Mirarchi, P. S., y Guillermo, E. P.: Semana Médica 138: (11): 372 (18 Abril, 1971). 4. Compilación de los informes en los archivos del Departamento Médico de Schering Corporation, U.S.A. 5. Weinstein, M. J. y col.: J. Infec. Dis. 124: 511, 1971.

SCHERING U.S.A.

SCHERING CIA. LTDA.
CASILLA 4093 — SANTIAGO — CHILE

* Marca registrada

Arancibia Hnos. Impresores