

11246.
2ej
41



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**

RESECCION TRANS URETRAL DE PROSTATA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de
MEDICO CIRUJANO UROLOGO

presenta

DR. LUIS MURILLO VIRGEN



México, D. F.

Febrero 1985

**ISSSTE CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PROLOGO

EL ADIESTRAMIENTO QUIRURGICO DEL UROLOGO REVISTE UNA ESPECIAL DIFICULTAD.

DIFICILMENTE EXISTE UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO QUE IGUALE LA RESECCION TRANS URETRAL ENDOSCOPICA DE PROSTATA.

YA NO ES NECESARIO EXPLICAR Y DEPENDER LA RESECCION TRANS URETRAL CONTRA AQUELLA PRESVALENTE TEORIA DE QUE ERA NECESARIAMENTE UNA OPERACION INCOMPLETA, AMENAZADA CON LA INCONTINENCIA, - LA PERFORACION Y LA ESTENOSIS, TENIENDO SIEMPRE QUE REPETIRLA DE NUEVO.

HOY EN DIA CONSTITUYE LA PARTE MEDULAR DEL CIRUJANO UROLOGO - QUE AL INICIARSE EN LA ENDOSCOPIA Y VER LA UTILIDAD DE ESTA - EN LA CIRUCIA UROLOGICA, SABE QUE PERTENESCE A UN EXCLUSIVO GRUPO DE CIRUJANOS .

DE AHI LA INQUIETUD QUE MOTIVO ESTE TRABAJO.

INTRODUCCION

LA RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA PARA LOS QUE INICIAMOS LA ESPECIALIDAD DE UROLOGIA ES Y SERA UN RETO EL DOMINIO DE SU TECNICA, PORQUE ES CLARO QUE LA RESECCION ENDOSCOPICA TRANSURETRAL ES UN ARTE Y UNA CIENCIA POR DEMAS ESTIMULANTES, EXCLUSIVAS DE LOS ESPECIALISTAS EN CIRUGIA UROLOGICA.

AFORTUNADAMENTE NOSOTROS SOMOS LOS HEREDEROS DEL ESFUERZO Y DEDICACION DE HOMBRES DE CIENCIA COMO: ELIZAR, H. YOUNG, E. H. WHITE, ROBERT MCCARTHY, STERN, HOPKINS, FLOCHS, IGLESIAS Y TANTOS OTROS QUE NOS PERMITEN HOY DECIR QUE LA CIRUGIA ENDOSCOPICA, ES EL MODO DE ELECCION PARA CASI TODOS LOS ADENOMAS PROSTATICOS, PARA TODOS LOS CARCINOMAS ABSTRUCTIVOS DE PROSTATA Y PARA LOS TUMORES CISTITIS CIALES DE VESIGA, ASI COMO PARA OBTENER UNA VESIGA ADECUADA EN LOS TUMORES INFILTRANTES.

POR TODO ESTO DECIDI VALORAR LA T. E. U. DE PROSTATA EN EL HOMBRE TAL GENERAL LIC. ADOLFO LOPEZ MARTOS, DURANTE EL PRESENTE AÑO PARA ASI ANALIZAR LA EVOLUCION Y COMPLICACIONES MAS FRECUENTES, EN NUESTRO MEDIO.

HISTORIA

EL MANEJO DEL CISTOSCOPIO Y RESECTOR EN LA ACTUALIDAD, CON TANTAS VENTAJAS PARA EL CIRUJANO UROLOGO SE DEBE AL LEGADO DE HOMBRES - QUE INICIARON EL ESTUDIO DEL SISTEMA URINARIO Y DE LA PATOLOGIA PROPIA DE ESTE; DISEÑANDO UNA SERIE DE INSTRUMENTOS, RUSTICOS EN SU ORIGEN, MODIFICADOS PAULATINAMENTE EN EL TRANSCURSO DE LOS AÑOS - HASTA ALCANZAR LA PERFECCION ACTUAL.

ASI TENEMOS A SIR WILLIAM ELIZAR EN 1806 QUE DISEÑO UNA SONDA CON UNA CUCHILLA OCULTA QUE PODIA SER PROYECTADA PARA CORTAR LA ESTENOSIS DEL CUELLO VESICAL O EL LOBULO MEDIO PROSTATICO SIN HERIR - LAS PARTES AYACENTES. CON ESTE INSTRUMENTO EL PRINCIPIO DE LA CIRUGIA ENDOSCOPICA HABIA NACIDO AUNQUE CON DOS GRANDES DEFECTOS, ERA CIEGOS Y SANGRIENTOS. PARA SOLUCIONAR ESTOS DEFECTOS FUE NECESARIO LA APLICACION DE LA INGENIERIA ELECTRICA POR BOTTINI A LA UROLOGIA QUIEN IDEO UN APARATO QUE PRODUCIA UNA QUEMADURA TERMICA EN EL CUELLO VESICAL SIN SABER LA PROFUNDIDAD DE LA MISMA, DEMANDO COMO SE CUELAS INCONTINENCIA URINARIA Y HEMATURIA.

EL MISMO PENSAMIENTO HIZO QUE HUNG YOUNG INTENTARA ENCONTRAR UNA MEJOR FORMA PARA TRATAR ESTA PEQUEÑA GLANDULA.

EN 1902 EMPESO A USAR UNA CUCHILLA ENDOCURETRAL TUEULAR Y CORTANTE LLAMADO THE PUNCH. LOGRANDO UN AVANCE EN LA HEMOSTACIA CON LA DIATERMIA.

AL DESCUBRIRSE QUE LA CORRIENTE ALTERNA DE ALTA FRECUENCIA NO EXCITABA LOS NERVIOS NI LOS MUSCULOS SE USO PARA DESTRUIR LESIONES VERRUCOSAS EN LA PIEL CON EXITO.

FOR LA MISMA EPOCA EL CITOSCOPIO IDEADO POR HITZE PARA VER DENTRO DE LA VEJIGA ILUMINADO POR UNA ASA DE PLATINO CALIENTE.

POCO DESPUES SE INCORPORO LA LUZ CON FILAMENTO DE EDISON AL CITOSCOPIO DISEÑADO POR TILDEN BROWN Y LEO EBERGER EL CUAL SE USO PORCINCUENTA AÑOS.

LA RESECCION CON ASA NO FUE POSIBLE HASTA QUE SE DISPUSO DE UNA CORRIENTE LO SUFICIENTEMENTE INTENSA PARA NO QUEMAR LOS TEJIDOS SINO PARA SEPARARLOS LIMPIAMENTE.

LAS MEJORAS REALIZADAS EN EL SISTEMA OPTICO DE STERN, ESPECIALMENTE LA OPTICA POROBOLICA DISEÑADA POR MCCARTHY, CONDUJERON AL DISEÑO DEL RESECTOR DE STERN-MCCARTHY QUE PERMANECE ANTE NOSOTROS ESENCIALMENTE IGUAL, CON TODOS ESTOS ADELANTE LA TECNICA DE LA RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA ERA UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA EN LAS PRINCIPALES CLINICAS DE NORTE AMERICA AL FINAL DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL.

GRACIAS A LA ESTUPENDA TRANSMISION E ILUMINACION DEL SISTEMA DE LUZ FRIA Y A LA GRAN RESOLUCION DE LA NUEVA OPTICA, LA CIRUGIA ENDOSCOPICA DEJO DE SER EL DIFICIL PROBLEMA QUE HABIA SIDO.

ANATOMIA

URETRA PROSTATICA.

LA URETRA PROSTATICA TIENE FORMA DE UN ARCO DE CONCAVIDAD ANTERIOR, CUYA CARA POSTERIOR PRESENTA UNA ANGULACION DE 143 GRADOS A NIVEL DEL VERUMONTANUM, QUEDA ASI LA URETRA PROSTATICA DIVIDIDA EN DOS SEGMENTOS.

UNO SITUADO ENTRE EL CUELLO VESICAL Y EL VERMONTANUM (PRE-PROSTATICOS) EN EL QUE SE ENCUENTRA LA TOTALIDAD DE LAS GLANDULAS SUBMUCOSAS PERIURETRALES, EL OTRO SEGMENTO DISTAL (PROSTATICOS) CONTIENE AL VERUMONTANUM ASI COMO LOS CONDUCTOS EYACULADORES Y LOS PROSTATICOS.

LA INERVACION DE LA URETRA Y SU MUSCULATURA CORRE A CARGO DEL PLEXO HIPOGASTRICO INCLUYENDO SU MUSCULATURA ESTRIADA PROCEDENTE DEL ESFINTER EXTERNO. ES DECIR LA URETRA PROSTATICA ESTA INERVADA POR EL SISTEMA AUTONOMO SIMPATICO Y PARA SIMPATICO.

EMBRIOLOGIA.

AMBOS SEGMENTOS DE LA URETRA PROSTATICA PROVIENE DEL SENO UROGENITAL UNA ESTRUCTURA ENDODERMICA, LA PARTE PROXIMAL TIENE UN COMPONENTE MESODERMICO PROCEDENTE DEL MESONEFROS, QUE SE ENTIENDE CAUDALMENTE DESDE LA VEJIGA.

EN LA UNION DE ESTOS DOS SEGMENTOS APARECE UN TERCER COMPONENTE EL CONDUCTO DE WOLF TAMBIEN DE ORIGEN MESODERMICO, QUE SE SITUA COMO UN ISLOTE EN LA CARA URETRAL POSTERIOR.

LA PROSTATA ES UN ORGANNO MUSCULO GLANDULAR, SU DESCRIPCION ANATOMICA MAS ACEPTADA ES LA DE LOWSLEY EL CUAL ESTABLECIO LA EXISTENCIA DE CINCO LOBULOS ORIGINADOS POR CINCO EVAGINACIONES DE LA URETRA PROFUNDA EMBRIONAL, QUE APARECEN EN EL TERCER MES DE VIDA INTRA UTERINA.

ESTOS LOBULOS CONSTITUIDOS POR DIFERENTE NUMERO DE TUBULOS TIENEN FORMA DE CUÑAS CON EL APEX EN EL VERUMONTANUM Y LA BASE EN LA PERIFERIA DE LA PROSTATATA. FUERON DENOMINADOS LOBULO MEDIO, POSTERIOR, DOS LATERALES Y UNO ANTERIOR. DESDE LOS ULTIMOS MESES DE GESTACION YA NO ES POSIBLE ENCONTRAR LA DIFERENCIACION LOBULAR CITADA.

ANATOMIA DE LA PROSTATATA.

EN CONJUNTO LA PROSTATATA TIENE LA FORMA DE UN CONO APLASTADA DE DELANTE ATRAS, CON UNA CARA ANTERIOR Y OTRA POSTERIOR, DOS BORDES LATERALES, UNA BASE ARRIBA Y UN APEZ ORIENTADO HACIA LA URETRA MEMBRANOSA.

LAS MEDIDAS PROMEDIO DE LA PROSTATATA EN LA TERCERA DECADA DE LA VIDA SON; 3.3 cm DE LARGO, 4.1 cm DE ANCHO Y 2.4 cm DE GRUESO, SU PESO VARIA DE 16 a 20 grs.

SE LE RECONOCEN LAS SIGUIENTES FUNCIONES;

DILUYE EL LIQUIDO ESPERMATICO, CONSERVANDO O AUMENTANDO LA MOVILIDAD DE LOS ESPERMATOZOIDES.

LA PROSTATATA JUEGA UN PAPEL EN EL TERRENO HORMONAL IMPORTANTE POR SU CAPASIDAD PARA RECIBIR LAS INFLUENCIAS ANTAGONICAS DE LOS ESTROGENOS Y LOS ANDROGENOS, HECHOS DE OBSERVACION QUE FUERON EL PUNTO DE PARTIDA DE LAS BRILLANTES INVESTIGACIONES QUE HUGGINS EN RELACION CON LA GONODPENDENCIA DE LA PROSTATATA NORMAL Y LA FORTALECERA DE TUMORES.

IRRIGACION

LA IRRIGACION DE LA PROSTATATA ESTUDIADA POR FLOCKS EN 1937 SIGUE VIGENTE HASTA NUESTROS DIAS.

LOS VASOS PROCEDEN DE FORMA PRINSIPAL DE LA ARTERIA VESICAL INFERIOR RAMA DE LA ILIACA INTERNA, LA HEMORROIDAL MEDIA Y LA FUENUDA INTERNA FORMANDO DOS GRUPOS, UNO INTERNO O URETRAL Y OTRO EXTERNO O CAPSULAR.

LA VERDADERA PROSTATA RECIBE MAYOR APORTACION DEL GRUPO CAPSULAR Y LA HIPERPLASIA DEL GRUPO URETRAL, QUE CASI TOTALIZA SU IRRIGACION. fig. ure.

LINFATICOS.

LA RED LINFATICA DRENA A TRES GRUPOS.

ILIACOS INTERNOS, PRESACROS, E ILIACOS EXTERNOS.

LAS VENAS FORMAN PLEXOS ABUNDANTES ALREDEDOR DE LA PROSTATA QUE SE ANASTOMOSAN CON LAS VENAS VESICALES, HEMORROIDALES Y DEL PENE PARA DRENAR A LAS VENAS HIPOGASTRICAS.

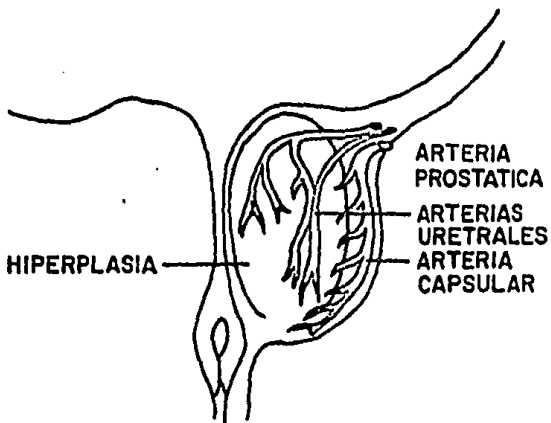


Fig. I. ESQUEMA DE LAS ARTERIAS PROSTATICAS DIVIDIEN - DOSE EN ARTERIAS URETRALES Y CAPSULARES SEGUN - FLOCKS.

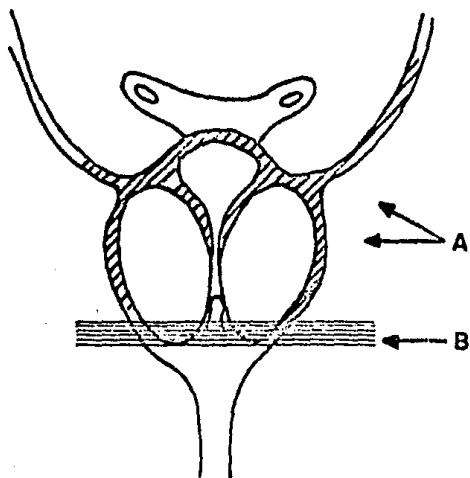


Fig. 2. ESQUEMA QUE MUESTRA LOS LOBULOS LATERALES - DE LA HIPERPLASIA (A). REBASANDO UN POCO EL ESFINTER - EXTERNO (B).

CUANDO LA HEMOSTASIA ES COMPLETA SE PROCEDE A LA RESECCION DE LOS LOBULOS LATERALES, INICIANDO CON EL MAS VOLUMINOSO DE HABERLO. LOS PRIMEROS CORTES SE REALIZARON EN EL PISO DE LA URETRA PROSTATICA DE ABAJO HACIA ARRIBA, COMENSANDO EN EL EXTREMO VESICAL DEL LOBULO Y LOS CORTES FUERON TAN LARGOS COMO LA LONGITUD DE LA URETRA PROSTATICA. fig. cuatro.

POSTERIORMENTE UNA VEZ TERMINADOS LOS LOBULOS LATERALES SE PROCEDE A RESECAR EL TECHO Y AL ULTIMO EL TEJIDO APICAL. fig. cinco DE ACUERDO CON EL TIEMPO DE LA RESECCION ES DESEABLE QUE ESTE NO SEA MAYOR DE UNA HORA Y QUE LOS ULTIMOS 10 a 15 min. SE DEDIQUE A CORRADORAR LA HEMOSTASIA, LIMPIEZA DE LA VEJIGA Y LOCULO PROSTATICO DE TEJIDO RESECADO. fig. seis.

EN TERMINOS GENERALES ESTOS PROCEDIMIENTOS FUERON LOS QUE SE UTILIZARON, EN CONTADAS OCACIONES FUE NECESARIO EL LEVANTAMIENTO DEL PISO URETRAL A TRAVES DEL RECTO PARA TERMINAR EL TEJIDO APICAL.

TECNICA QUIRURGICA

EN TODOS LOS PACIENTES SEGUIMOS LA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN POSICION DE LITOTOMIA, POSTERIORMENTE SE EFECTUO DILATACION CON VAN BUREN HASTA 28 F.

CABE HACER NOTAR QUE LOS PACIENTES SELECCIONADOS NINGUNO PRESENTA ESTENOSIS URETRAL DEBIDO AL ESTUDIO PREVIO REALIZADO EN LA CONSULTA EXTERNA EN DONDE SE EXCLUYERON PREVIAMENTE.

LA TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA FUE LA DESCRITA POR RUBEN H. FLOCKS TODOS LOS PACIENTES LLEVADOS A QUIROFANO FUERON BAJO EL PRINCIPIO DE QUE LA RESECCION TRANSURSTRAL DEBIA SER COMPLETA. NO ESTAMOS DE ACUERDO EN LAS TUNELIZACIONES YA QUE NO RESUELVEN EL PROBLEMA OBSTRUCTIVO A PERMANENCIA, CON LAS CONSIGUIENTES COMPLICACIONES POS - OPERATORIAS.

LA CITOSCOPIA FUE INDISPENSABLE ANTE DE INICIAR LA CIRUGIA PARA CO RREGIR O APROBAR LOS DATOS DE LA CITOSCOPIA REALIZADA EN LA CONSULTA EXTERNA. fig. dos

PREVIO AL INICIO DE LA RESECCION SE IDENTIFICARON LAS SEÑALES DE - ORIENTACION "LANDMARKS" ORIFICIOS URETERIALES, CUELLO, VESICAL, VERUM MONTANUM, DISTANCIA VERUM MONTANUM- CUELLO CERVICAL, ESFINTER EXTERNO. UNA VEZ REALIZADO TODO ESTO SE RESECA EL LOBULO MEDIO CUANDO EXISTE, ESTO FACILITA LA MOVILIDAD DEL RESECTOSCOPIO OBTENIENDO MAYOR - VISIBILIDAD DEL CAMPO.

LOS PRIMEROS CORTES SE HICIERON EN EL SURCO QUE FORMA EL LOBULO MEDIO CON LOS LATERALES, FULGURANDO LOS VASOS DECUBERTOS CON EL FIN DE INTERRUPTIR EN LO POSIBLE LA IRRIGACION DE ESTE LOBULO. fig. tres

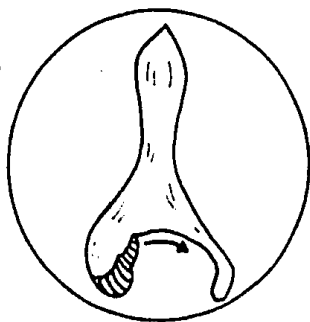


Fig.3. INICIACION DE LA RESECCION DEL LOBULO MEDIO EN EL SURCO QUE FORMA ESTE CON EL LOBULO LATERAL DERECHO.

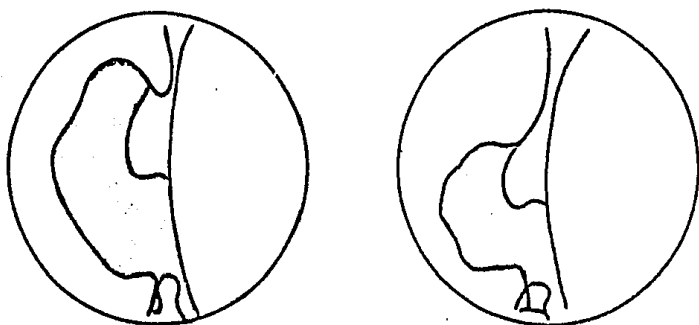


Fig.4. INICIACION DE LA RESECCION DEL LOBULO LATERAL DERECHO ENTRE LAS 7 Y LAS 8 DEL RELOJ (CIRCULO DERECHO), EN EL IZQUIERDO, SE APRECIA LA PROGRESION DE LA DE LA OPERACION.

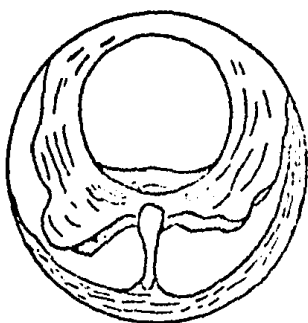


Fig. 5. DIBUJO ESQUEMATICO QUE MUESTRA EL TEJIDO DEJADO A LOS LADOS DEL VERUMONTANUM PARA SER RECESADO AL FINAL DE LA OPERACION.

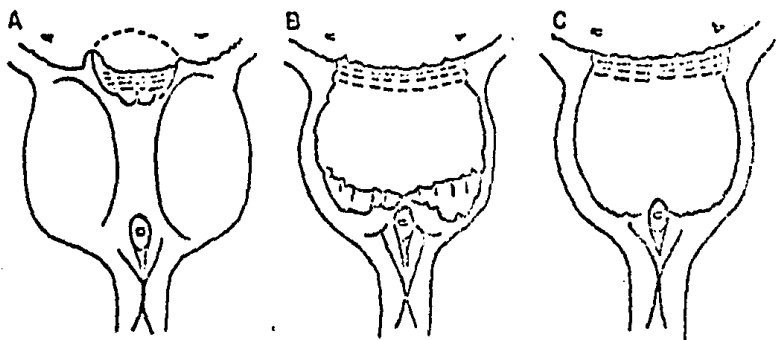


Fig. 6. LAS 3 ETAPAS DE LA RESECCION TRANSURETRAL: A) LOCALIZACION DE LOS PUNTOS DE REFERENCIA; B) RESECCION DE LA MAYORIA DEL ADENOMA; C) RESECCION DEL TEJIDO APICAL A UNO Y OTRO LADO DEL VERUMONTANUM.

INDICACIONES

LA SELECCION DE ENFERMOS PARA LA RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA SE BASA EN PARAMETROS COMO:

RIESGO ELEVADO, EDAD AVANZADA, CARDIOPATIAS, CARCINOMA DE PROSTATA, CON TRACTURA DE CUELLO VESICAL, OBESIDAD.

EL VOLUMEN DE LA GLANDULA ES UN FACTOR VARIABLE PARA CADA CIRUJANO - DEPENDIENDO DE LA DESTREZA PARA ESTE TIPO DE OPERACION.

LA SUBESTIMACION DE LA HIPERPLASIA PROSTATICA OBSTRUCTIVA ES EL ER - ROR DE PEORES CONSECUENCIAS TANTO PARA EL ENFERMO COMO PARA EL CIRU - JANO.

CUANDO EL CRECIMIENTO DE UNA GLANDULA REBASA SU CAPASIDAD DE RESEC - CION DEBE RECURIR A OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS CON LOS QUE ES TE MAS FAMILIARIZADO.

EL PROBLEMA PARA ESTABLECER UN BUEN DIAGNOSTICO ESTA EN LOS ERRORES DE APRECIACION DEL VOLUMEN DE LA GLANDULA, A QUE PUEDEN INDUCIR LOS - MEDIOS DIAGNOSTICOS COMO EL TACTO RECTAL, UROGRAFIA EXCRETORA, URETRO - CISTOGRAFIA Y LA CISTOSCOPIA.

EXISTE UN CRITERIO UNIVERSAL EN CUANTO AL METODO DE ELECCION DE LA - R.T.U. EN CARCINOMA PROSTATICO, ASI COMO PARA TUMORES VESICALES SUPER FICIALES.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONTRA INDICACIONES

LA UNICA ABSOLUTA ES LA IMPOSIBILIDAD PARA PASAR EL INSTRUMENTO LO QUE OCURRE EN LA ESTENOSIS URETRAL INFRANQUEABLE.

LAS RELATIVAS SON CALCULOS GRANDES VESICALES O PROSTATICOS, DEFORMIDAD DE LA CADERA GRAVE, DIVERTICULOS VESICALES.

EN CASO DE ESTENOSIS INFRANQUEABLE SE CUENTA CON ALGUNOS RECURSOS - COMO DILATACION FORSADA DE URETRA, URETROTONIA INTERNA Y URETROTONIA EXTERNA PERINEAL.

MATERIAL Y METODOS

SE PRESENTA UN ANALISIS DE LAS R.T.U. DE PROSTATA REALIZADAS DE ENERO A DICIEMBRE DE 1964.

LA MAYORIA FUERON SOMETIDOS A CIRUGIA EN LOS PRIMEROS 60 DIAS DE INICIADO SU ESTUDIO.

SE EFECTUARON 40 R.T.U. DE PROSTATA EN ESTE PERIODO, EN PACIENTES CON UN PROMEDIO DE EDAD DE 71 AÑOS. EL PACIENTE DE MENOR EDAD TENIA 53 AÑOS Y EL MAYOR 81.

EN TODOS LOS PACIENTES SE EFECTUO HISTORIA CLINICA AL INICIO DE SU ESTUDIO ENCONTRANDO SE ANTECEDENTES DE: TABAQUISMO EN EL 75% (30) -- ESTILISMO EN EL 70% (28). DIABETICOS 12.5% (5). CARDIOPATAS 15% (6), DLE NORRACIA EN EL 10% (4). NEFROPATIAS 10% (4).

DE LOS SIGNOS MAS FRECUENTES PRESENTADOS POR LOS PACIENTES SE ENCUENTRAN LA POLIURIA EN EL 95% (38). SIGUIENDO EN IMPORTANCIA LA DISMINUCION DEL CALIBRE, PLUJO URINARIO Y GOTEO TERMINAL EN EL 90% (36). EL SINTOMA MAS FRECUENTE FUE LA DISURIA EN EL 75% (30) DE LOS PACIENTES. SOLAMENTE EL 25% (10) PRESENTARON R.A.O. Y HEMATURIA MACROSCOPICA. A TODOS LOS PACIENTES SE LES SOMETIO A EXAMENES DE LABORATORIO PRE OPERATORIOS.

R.G.O. EL 35% (13) PRESENTO HEMATURIA MICROSCOPICA, LEUCOCITURIA Y BACTERIURIA EN EL MISMO PORCENTAJE.

UROCULTIVO.- FUE POSITIVO EN EL 25% (10) DE LOS EXAMENES, SIENDO MAS FRECUENTE EL CULTIVO AS. COLI EN EL 98% DE LOS CASOS.

A LA EXPLORACION, EL TACTO RECTAL REPORTADO FUE:

I GRADO 50% (20), II GRADO 37.5% (15), III GRADO 12.5% (5).

LAS CARACTERISTICAS DEL ADENOMA PROSTATICO FUERON DESCRITAS COMO BENIGNAS EN EL 85.0% (34) Y PROBABLE CA PROSTATICO EN EL 15% (6).

EN TODOS LOS CASOS EN QUE SE SOSPECHO CA. PROSTATICO SE REALIZO BIOPSIA TRANSRECTAL, DE LAS BIOPSIAS TOMADAS RESULTARON POSITIVAS (4) 10% SE SOLICITARON FOSFATAZAS ACIDA Y ALCALINA ASI COMO FRACCION PROSTATICA EN TODOS LOS PACIENTES QUE SE SOSPECHO CA. PROSTATICO ENCONTRANDOLAS ELEVADAS EN EL 20% (10).

A TODOS LOS PACIENTES SE LES REALIZO UROGRAFIA EXCRETORA SIN ENCONTRAR OTRA PATOLOGIA ASOCIADA DE IMPORTANCIA. SOLAMENTE EN EL 15% DE LOS PACIENTES SE IDENTIFICARON DATOS INDIRECTOS DE PROCESOS INFLAMATORIOS ANTERIORES EN RIÑON Y VEJIGA, ASI COMO ELEVACION DEL PISO VESICAL.

ASI MISMO SE CONTABA CON GRUPO Y RH. SANGUINEO CON DOS UNIDADES DE SANGRE TOTAL CURSADAS PREVIAMENTE A LA CIRUGIA.

PATOLOGAS ASOCIADAS MAS FRECUENTES:

ABSCESO PROSTATICO EN EL 10% (4)

LITIASIS PROSTATICA 5%(2)

RIESGO QUIRURGICO CARDIOVASCULAR.

GRADO II 60% (22) GRADO III 25%(10) GRADO IV 15% (6).

A TODOS LOS PACIENTES SE LES REALIZO UROGRAFIA EXCRETORA SIN ENCONTRAR OTRA PATOLOGIA ASOCIADA DE IMPORTANCIA. SOLAMENTE SE IDENTIFICARON EN EL 15% DE LOS PACIENTES DATOS INDIRECTOS DE PROCESO INFLAMATORIOS ANTERIORES EN RIÑON Y VEJIGA, ASI COMO ELEVACION DEL PISO VESICAL.

ASI MISMO SE CONTABA CON EL GRUPO Y RH. SANGUINEO, CON DOS UNIDADES DE SANGRE TOTAL CURSADAS PREVIAMENTE A LA CIRUGIA.

PATOLOGIA ASOCIADA MAS FRECUENTE

ABSCESO PROSTATICO EN EL 10% (4)

LITIASIS PROSTATICA 5% (2)

RIESGO QUIRURGICO CARDIOVASCULAR.

GRADO II 60% (22) GRADO III 25% (10) GRADO IV 15% (6) .

EL LIQUIDO DE IRRIGACION EN TOBOS LOS CASOS FUE AGUA DESTILADA ESTERIL EL PROMEDIO DE TEJIDO RESECADO FUE DE 25 grs. CON UN MINIMO DE 2 grs. Y UN MAXIMO DE 50 grs. EL TIEMPO PROMEDIO DE RESECCION FUE DE 40 min. (tabla uno).

EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO ESTA CONSTITUIDO POR ADENOMAS PROSTATICO EN UN 87% (34), CARCINOMA PROSTATICO EN UN 13% (6). DE LOS CUALES SE REPORTARON COMO ESTADIO "C" TRES, ESTADIO "D" DOS, Y EN SITU "A" EN UNO. (tabla dos).

ENTRE LOS INCIDENTES DE MAYOR IMPORTANCIA ESTA LA RESECCION INCOMPLETA EN EL 10% (4) SIGUIENDO EN IMPORTANCIA LA PRESENCIA DE VESIGGA ESPASTICA EN EL 5% (2). (tabla tres).

ACCIDENTES.

PERFORACION DE LA CAPSULA PROSTATICA EN EL 10% (4).

SANGRADO PROFUSO EN EL TRANSOPERATORIO EN EL 15% (6). (tabla cinco).

EN EL 10% (4) DE LOS PACIENTES EL SANGRADO POS OPERATORIO SE PROLONGO POR MAS DE CINCO DIAS, EN UNO DE ELLOS FUE NECESARIO HOSPITALIZACION POR QUINCE DIAS DEVIDO AL SANGRADO QUE PRESENTABA ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE SE TRATABA DE UN PACIENTE CON CA. PROSTATICO ESTADIO "D" EL CUAL RESPONDIÓ AL MANEJO CON ESTROGENOS A ALTAS DOSES - 7.5 mg. CADA 24 hra.

LA HEMATURIA TARDIA SE PRESENTO EN UN PACIENTE SIN REPERCUSSIONES DE IMPORTANCIA. (tabla cuatro).

ACCIDENTES.

PERFORACION DE LA CAPSULA PROSTATICA EN EL 10% (4).

SANGRADO PROFUSO EN EL TRANSOPERATORIO EN EL 15% (6). (tabla cinco).

ES DE LLAMAR LA ATENCION QUE EXISTIO UN SANGRADO MINIMO EN EL 25% - (34) DE LOS PACIENTES REPORTANDOSE COMO SANGRADO MAXIMO 1000 cc EN EL 5% (2) DE LOS PACIENTES RESSECADOS.

EL 90% DE LOS PACIENTES CURSO CON SONDA TRANSURETRAL DURANTE CINCO DIAS, AL TERMINO DE LOS CUALES FUERON EGRESADOS CON CONTROL TOTAL DE LA HEMATURIA POS OPERATORIA.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS SE PRESENTARON EN el 10% (4), EPIDIDIMITIS EN DOS Y DATOS DE SEPSIS EN OTROS DOS. EN EL POS OPERATORIO INMEDIATO. (tabla seis).

COMPLICACIONES DE TECNICA QUIRURGICA.

ABSORCION DE LIQUIDO DE MAS, SE PRESENTO EN DOS PACIENTES 5%. SIN REPERCUSSIONES DE IMPORTANCIA.

LESIONES DE TRIGONO EN UN PACIENTE, LESIONES DE CAPSULA PROSTATICA EN EL 7% DE LOS PACIENTES, SUSPENDIENDO DE INMEDIATO LA I. QUIRURGICA DEJANDO TEJIDO RESIDUAL EN TODOS ELLOS, NO FUE NECESARIO DEJAR DRENAJE SUPRAPUBICO EN NINGUNO.

INCONTINENCIA TRANSITORIA, OCURRIO EN DOS PACIENTES 5% EN NINGUNO FUE PERMANENTE, RESPONDIENDO AL MANEJO MEDICO CONSERVADOR TODOS ELLOS. (tabla cinco).

AFORTUNADAMENTE NUESTROS PACIENTES NO PRESENTARON NINGUNA OTRA COMPLICACION COMO R.A.O. , OBSTRUCCION DE CUELLO, URETRA O MEATO. TUBIMOS UNA DEFUNCION, EN PACIENTE DE ALTO RIESGO EN EL CUAL SE PERFORO LA CAPSULA COMPLICANDOSE CON I.A.M. EN EL POS OPERATORIO INMEDIATO. (tabla siete).

EL SEGUIMIENTO POS OPERATORIO DE ESTOS PACIENTES A SIDO HASTA POR UN MES EN EL 95% DE LOS PACIENTES (18) Y EN EL 90% SE ESTENDIO POR LO MENOS TRES MESES.

PROBABLEMENTE POR EL POCO TIEMPO DE SEGUIMIENTO NO ENCONTRAMOS COMPLICACIONES DE TIPO OBSTRUCTIVO COMO LAS REPORTADAS EN OTRAS SERIES ES POR ESTO NECESARIO QUE LA EVALUACION Y SEGUIMIENTO POS OPERATORIO DE ESTOS PACIENTES SEA FUNDAMENTAL PARA ASI VALORAR LAS COMPLICACIONES TARDIAS OBSTRUCTIVAS QUE SON LAS MAS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

CONCLUSIONES

LOS RESULTADOS OBSERVADOS EN NUESTRA CASUISTICA SON EN GENERAL CONCORDANTES CON LA MAYORIA DE LOS REPORTADOS POR LOS AUTORES NACIONALES Y EXTRANJEROS.

LA RESECCION TRANS URETRAL DE PROSTATA ES UN METODO DE GRAN UTILIDAD EN NUESTROS DIAS, POR SU ALTO INDICE DE BUENOS RESULTADOS MORVIDAD REDUCIDA, TIPO Y TIEMPO DE ANESTESIA, DISMINUCION IMPORTANTE DE LOS DIAS CAMA, ASI COMO DIAS DE EVOLUCION Y EGRESO DEL PACIENTE, LO QUE REDUCE CONSIDERABLEMENTE LOS COSTOS HACIENDO DE ESTE PROCEDIMIENTO EL RECURSO IDEAL PARA LA CIRUGIA DEL ADENOMA PROSTATICO OBSTRUCTIVO ASI COMO DEL CARCINOMA PROSTATICO.

LA INQUIETUD DE ESTE TRABAJO ES MOTIVAR SU UTILIZACION, PARA LOGRAR MAYOR ABILIDAD EN LA RESECCION Y EN BASE A ELLO LOGRAR LOS NIVELES DE RESECCION DE OTROS AUTORES, Y ASI EN UN FUTURO NO LEJANO REPORTAR LO QUE ELLOS AN LOGRADO 98% DE R.T.U. DE PROSTATA POR 2% DE PROSTATECTOMIA TRANS ABDOMINAL.

TABLA I

GRADO DE ADENOMA Y TEJIDO RESECADO

TAMAÑO

G	I	-----40GRS.	-----50% (20)
G	II	-----70GRS.	-----37.5% (15)
G	III	-----100GRS.	-----12.5% (5)

EL TIEMPO PROMEDIO DE RESECCION -----40 MIN.

PROMEDIO DE TEJIDO RESECADO -----25 GRS.

MINIMO DE TEJIDO RESECADO ----- 7 GRS.

MAXIMO DE TEJIDO RESECADO -----50 GRS.

TABLA II

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

ADENOMA PROSTATICO -----87% 34 PACIENTES

GARCINOMA PROSTATICO-----13% 6 PACIENTES

ESTADIO "C" TRES, ESTADIO "D" DOS,

ESTADIO "A" UNO.

TABLA III

R.T.U. DE PROSTATITA COMPLETA -----93% 37

R.T.U. DE PROSTATITA INCOMPLETA----- 7% 3

TABLA IV

HEMORRAGIAS INMEDIATAS

OPERATORIAS-----	5%
POS OPERATORIAS-----	5%
TARDIAS-----	2.5%

TABLA V

COMPLICACIONES DE TECNICA

PERFORACIONES DE CAPSULA-----	10% (4)
INCONTINENCIA TRANSITORIA-----	5% (2)
LESION DE TRIGONO-----	EN UN PACIENTE
ABSORCION DE LIQUIDO-----	5% (2)

TABLA VI

COMPLICACIONES INPECCIOSAS 10 %

EPIDIDINITIS -----	5% (2)
SEPSIS -----	5% (2)

TABLA VII

MORTALIDAD OPERATORIA

40 PACIENTES -----	R.T.U.P.
I PACIENTE -----	4%

BIBLIOGRAFIA

- 1.= L.Weiss, A.Wein, J.Jacobs.
Use of Nitrofurantoin macrocrystals after Transurethral Prostatectomy
The Journal of Urology September 1983 pag. 479
- 2.=K.T.Tsuang, K.A.Weis and A.T.Evans.
Transurethral Resection of Prostate With Perineal Resection.
The Journal of Urology November 1981 vol. 126 pag. 615
- 3.=Bridges, W.D.Belville, S.J.Insalaco and A.S. Eack.
Stage a Prostatic Carcinoma and repeat Transurethral Resection.
Clinical Urology February 1983 pag. 307
- 4.= Nebust Wu, Forest J.D, Valk W.L.
Transurethral Surgery, In Harrison J.H.Gitte R.F.Perinutter AD et al
(eds); Campbells Urology, Vol. 3 pag. 2361.
Philadelphia, WB Saunders, 1979.
- 5.=William R.Fair
Transurethral Prostatic Electroresection.
Urologic Surgery James F.Glenn Uppincott Third Edition 1983 pag.889
- 6.=I.Fraser, K.Stott, I.Campbell, J.K.Wood.
Routine Cross Matching is not Necessary for a Transurethral Resection
of the Prostate.
Britis Journal of Urology 1984 56=198=201.
- 7.=J.K.Malton, W.L.Wright, R.G.Robinson
The mental problem with the prostate;
Britis Journal of Urology 1984 56 = 207 = 209.
- 8.=Ignacion Purpon
Prostatectomia Trans Uretral Endoscopica
Ed. Queromón 1979.
- 9.=J.P.Blandy
Reseccion Trans Uretral
Ed. Jims 1981
- 10.=Jaime Woolrich Dominguez
Ed. Academia Nacional de Medicina 1977