



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Centro Hospitalario "20 de Noviembre"
I. S. S. S. T. E.

**"REFLUJO VESICO-URETERAL
EN CIRUGIA PROSTATICA"**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN UROLOGIA
P R E S E N T A

DR. LUIS ROBERTO COLUNGA REYNA

Asesor: DR. FRANCISCO GATELL TRUJILLO



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	4
JUSTIFICACION	5
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	7
COMENTARIO	16
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	24

- I N T R O D U C C I O N -

Fue en 1827 cuando el Dr Amussat en Francia llevó a cabo la primera prostatectomía parcial retróptica. Aunque en estas fechas los recursos quirúrgicos y anatómicos eran muy primitivos, este hecho marcó el inicio de la cirugía prostática, que en la actualidad ocupa el primer lugar de las intervenciones llevadas a cabo en varones arriba de la quinta década de la vida.

Las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo inicialmente por lo general eran con resultados poco satisfactorios, explicando esto por una enucleación incompleta de la glándula y no fue sino hasta 1895 en que Eugene Fuller reportó 6 casos sucesivos donde todo el tejido era enucleado, siendo los resultados excelentes.

Los grandes adelantos conseguidos a partir de 1900 permitieron que esta intervención fuera muy segura y como única técnica para cirugía prostática durante los primeros 30 años del siglo XX.

La búsqueda de técnicas quirúrgicas que tuvieran una menor morbilidad para el paciente, en especial en relación a la cirugía transuretral, se había desarrollado desde principios del siglo XIX, pero con resultados poco satisfactorios. No fue sino la existencia de 3 descubrimientos en forma separada y cuya conjunción llevó a la creación del moderno cistoscopio, que esta cirugía se realizó con gran seguridad. Estos descubrimientos fueron la lámpara incandescente inventada por Edison en 1879; la corriente de alta frecuencia descubierta en 1888 por Hertz y la invención de la camisa -

fenestrada, diseñada en 1909 por Hugh Young, quién creo el primer instrumento de corte diseñado para exicisión de tejido del cuello vesical.

La reunión de estos tres descubrimientos llevó al Dr Davis a informar su experiencia de 230 casos en re-sección transuretral de próstata en 1931 con resultados muy satisfactorios.

A partir de esta fecha y hasta la actualidad el - desarrollo que ha alcanzado la cirugía endoscópica ha - sido enorme, llegando en la actualidad a ocupar un lugar preponderante dentro de la cirugía prostática y reservando la prostatectomía suprapúbica solo para aquellas glándulas de gran tamaño.

A pesar de los adelantos logrados hasta la actualidad, existen una serie de eventos y complicaciones que deben tenerse en cuenta en estos pacientes.

La cirugía prostática llevada a cabo por cualquiera de las dos vías produce una interrupción de la musculatura trigonal, principalmente a nivel del cuello vesical o por arriba de él. Ya en 1963 Tanago mostró la importancia de la musculature del trígono para mantener una adecuada función de la unión vésico-ureteral; también mostró como las alteraciones a dicho nivel son causa frecuente de reflujo vésico-ureteral. Este mismo autor ha - sido capaz de provocar en animales de experimentación - reflujo vésico-ureteral, llevándolos a un estado de hipertrofia trigonal muy similar al que se produce en humanos que cursan con crecimiento de la glándula prostática.

Rees ha mencionado la presencia de reflujo-vesicoureteral posterior a resección de tumores vesicales - localizados en trigono o sobre los orificios ureterales.

Reportes previos muestran que el reflujo-vesicoureteral no ocurre en hombres normales, pero se asocia con problemas urinarios obstructivos bajos en 0-14 % (6). Los estudios de los Doctores Zonana y Doce no han comprobado en sus revisiones de cirugía prostática la presencia de reflujo pre o post-operatorio.

Quisimos estudiar la incidencia de este problema en pacientes que se han sometido a cirugía de la próstata y simultaneamente hacer una revisión de otros - datos que giran alrededor de este problema; teniendo - estos principios en cuenta y dado que un problema de - difícil manejo, posterior a cirugía prostática, es la infección urinaria que con poca frecuencia relacionamos con reflujo vésico-ureteral.

- O B J E T I V O S -

Enfocamos nuestra atención hacia aquellos pacientes con problema urinario obstructivo bajo, secundario a crecimiento prostático y que se sometieron a cirugía, por vía transuretral o suprapúbica.

Incluimos los pacientes con crecimiento prostático benigno o maligno, aunque se descartan los que ya tuvieran un estadio tumoral avanzado con invasión de los uréteres.

El principal objetivo fué la demostración de reflujo vésico-ureteral previo a la cirugía prostática, así como posterior a ella, para establecer su relación con problemas infecciosos urinarios.

Dado que durante el estudio se pudieron obtener otros datos de importancia en relación a estos pacientes, creimos interesante hacer un análisis y comentario de los mismos.

- JUSTIFICACION -

Dentro de la práctica diaria de la Urología, los problemas obstructivos bajos secundarios a crecimiento prostático ocupan el primer lugar y en relación a esto la cirugía de esta glándula es la que realizamos mas frecuentemente.

A pesar de que actualmente contamos con una gran variedad de antibióticos, los problemas infecciosos de las vías urinarias posterior a la cirugía y que no se explican por la obstrucción, son difíciles de tratar. Muchas veces son secundarios a tejido residual o estenosis, pero queda un buen número fuera de estos grupos y que son tratados medicamente por largo tiempo sin llegar a un diagnóstico preciso. Es en este grupo de pacientes donde se justifica llevar a cabo un estudio mas a fondo y sobre todo pensar en la posibilidad de que pudiese existir reflujo vésico-ureteral.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se estudiaron 30 pacientes que acudieron al servicio de Urología con problema urinario obstructivo bajo y en los cuales se sospechó que era secundario a crecimiento de la glándula prostática. Todos ellos entraron a un protocolo de estudio que incluyó la práctica de tacto rectal, examen general de orina, urocultivo, biometría hemática, química sanguínea, urografía excretora, cistografía y cistoscopia. Todos estos estudios sirvieron también para determinar el grado de crecimiento glandular y decidir la vía de abordaje quirúrgico. Posterior a la cirugía fueron revisados un mes después; en este cita fueron vistos con cistografía, examen general de orina y urocultivo de control; también en todos ellos se revisó el resultado histopatológico.

Los estudios endoscópicos se practicaron con un pen endoscopio ACMI, con lente For-Oblícuo. El estudio se realizó sin ningún tipo de preparación y solo con aplicación local por vía intrauretral de lidocaína en jalea, aproximadamente cinco minutos antes de realizar el estudio. Una vez terminado el examen el paciente era egresado a su domicilio, instruyéndolo en la ingesta abundante de líquidos y toma de antisépticos urinarios.

Posterior a la cirugía 6 pacientes no acudieron a control a la consulta externa y otros cuatro no completaron los requisitos para entrar al protocolo de estudio, por lo que solamente incluimos 20 pacientes.

RESULTADOS

EDAD- (tabla 1). Podemos observar que la mayoría de nuestros pacientes se encontraban entre la séptima y octava década de la vida (90 %), con un promedio de 70.8 años. Realmente son pocos los pacientes que se encuentran por arriba o bajo estas edades.

Tabla 1

DISTRIBUCION POR EDADES

Grupos de edad	# de casos	Porcentaje
55-60 años	1	5
61-65 años	4	20
66-70 años	6	30
71-75 años	3	15
76-80 años	5	25
81-85 años	1	5
\bar{X} : 70.8 años	20	100

SINTOMATOLOGIA DE INGRESO- (tabla 2). Podemos observar que el 55 % de los pacientes presentan obstrucción urinaria baja y que un 35 % de los enfermos acuden hasta que se presenta, retención urinaria completa. Es importante mencionar que la hematuria es el síntoma de presentación en un 10 % de los pacientes, lo cual nos obliga a descartar un proceso neoplásico en esta edad.

Tabla 2

SINTOMATOLOGIA DE INGRESO

Síntoma	# de enfermos	Porcentaje
Obstrucción urinaria		
baja	11	55
Retención urinaria		
completa	7	35
Hematuria	2	10

DIAGNOSTICO DE INGRESO (tabla 3). 19 de los pacientes (95 %) tuvieron diagnósticos de hiperplasia - benigna. fueron clasificados como grado I el 20 % de los pacientes, grado II el 60 % y grado III el 20 %. El paciente portador de cáncer se incluyó dentro del grado I.

Tabla 3

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Diagnóstico	# de enfermos	Porcentaje
-Hiperplasia prostá- tica benigna.		
Grado I	3	15
Grado II	12	60
Grado III	4	20
-Cáncer prostático		
Grado I	1	5

VALORACION INTEGRAL PRE-OPERATORIA (tabla 4). Encontramos que un 20 % de los enfermos presentaron alteraciones metabólicas (diabetes mellitus), siguiendo en orden de frecuencia la hipertensión arterial (15%), alteraciones pulmonares (5 %) y alteraciones vasculares (insuficiencia venosa de miembros inferiores) en el 5 %.

Tabla 4

VALORACION INTEGRAL PREOPERATORIA

Alteración o aparato afectado	# de enfermos	Porcentaje
Metabólicas	4	20
Hipertensión arterial	3	15
Pulmonares	1	5
Vasculares	1	5

También es importante mencionar que 35 % de los enfermos tenían cirugía previa (tabla 5). La litotripsia y hernioplastia se practicó en un 10 %, osteosíntesis y amputación de un dedo también un 5 % cada uno.

Tabla 5

INTERVENCIONES PREVIAS

Tipo de intervención	# de enfermos	Porcentaje
Litotripsia	2	10
Hernioplastia	2	10
Prostectomía	1	5
Osteosíntesis	1	5
Amputación un dedo	1	5
	7	35

RIESGO CARDIACO (tabla 6). Dada la edad de estos pacientes, estos fueron valorados de su riesgo quirúrgico en relación al aparato cardiovascular. Solo uno de ellos tenía riesgo elevado, coincidiendo en este paciente - diabetes Mellitus e hipertensión arterial; 2 pacientes (10 %) con riesgo grado II y el restante 85 % con riesgo gdo. I.

Tabla 6
RIESGO QUIRURGICO CARDIOLOGICO

Riesgo	# de enfermos	Porcentaje
Grado I	17	85
Grado II	2	10
Grado III	1	5
	20	100

UROGRAFIA EXCRETORA (tabla 7). A todos los pacientes se les practicó urografia excretora, solo evaluamos en el tracto urinario superior (la vejiga se valoró en la cistografía); la alteración mas frecuente fué la presencia de uréteres en anzueto (20 %), quiste renal unilateral en un caso (5 %), una exclusión renal unilateral (5 %) y un caso de hidronefrosis unilateral (5 %).

Tabla 7
DATOS DE LA UROGRAFIA EXCRETORA

Alteración	# de enfermos	Porcentaje
Uréteres en anzueto	4	20
Quiste renal	1	5
Exclusión renal	1	5
Hidronefrosis	1	5
	7	35

ALTERACIONES URINARIAS. Es de interés mencionar en este punto la importancia del examen general de orina, ya que este fué anormal en el 100 % de los pacientes en el preoperatorio (tabla 8), destacando la mezcla de leucocitos, bacterias y eritrocitos en el 50 % de los enfermos, leucocituria solo en el 30 %, bacteriuria en el 15 % y eritrocituria solo en un 5 %.

Llama la atención la diferencia con el post-operatorio, que solo el 50 % presentaron anomalías, no habiendo mezcla de ellos; el 30 % se encontró con leucocituria, eritrocituria en el 15 % y bacteriuria solo en el 5 %.

Tabla 8

ANORMALIDADES DEL EXAMEN DE ORINA

Alteración	Pre-operatorio		Post-operatorio	
	# enfs.	%	# enfs.	%
Leucocituria	6	30	6	30
Eritrocituria	1	5	3	15
Bacteriuria	3	15	1	5
Alteraciones Mixtas	10	50	0	0
	20	100	10	50

RESULTADOS DEL UROCULTIVO. (tabla 9), 8 enfermos (40 %) presentaron urocultivo positivo en preoperatorio; hablamos de mas de 100 000 cols por cc para considerarlo positivo. El germen mas frecuente fué E. coli en 6 pacientes, estafilococo en un caso y pseudomona también en un caso. Esto contrasta con un solo urocultivo positivo en el pos-operatorio, siendo en este caso E. coli el germen causal.

Tabla 9

UROCULTIVOS POSITIVOS
(mas de 100 000 cols por cc)

	Número	Porcentaje
Pre-operatorio	8	40
E.coli	6	
Estafilococo	1	
Pseudomona	1	
Post-operatorio	1	5
E. coli	1	

CISTOGRAFIA. Se practicó este estudio en forma separada de la urografia excretora, dado que la presencia de reflujo vésico-ureteral era nuestra variable principal a demostrar. En ningún paciente se demostró la presencia del mismo tanto en el periodo pre como en el post-operatorio; los datos mas importantes de mencionar fueron; en el pre-operatorio, la presencia el 75 % de levantamiento de piso vesical; el 30 % mostró divertículos vesicales y 20 % trabeculación vesical (tabla 10). En comparación con la cistografia post-operatoria como ya se mencionó, ningún caso mostró reflujo vésico-ureteral; en todos los estudios se encontró ensanchamiento de uretra protética; solo un caso (5 %) mostró trabeculación, asimismo, un caso mostró divertículos, (tabla 11).

Tabla 10

ANORMALIDADES PREOPERATORIAS DE CISTOGRAFIA

Anormalidad	# de enfermos	Porcentaje
Levantamiento de piso vesical	15	75
Leve	4	
Moderado	5	
Importante	6	
Trabeculación	4	20
Divertículos	6	30

Tabla 11

ANORMALIDADES POSTOPERATORIAS DE CISTOGRAFIA

Anormalidad	# de enfermos	Porcentaje
Ensanchamiento de uretra prostática	20	100
Trabeculación	1	5
Divertículos	1	5

ESTUDIO ENDOSCOPICO. (tabla 12). El estudio cistoscópico se practicó para valorar el grado de crecimiento prostático y descartar patología vesical o uretral. Se realizó en forma pre-operatoria en todos los pacientes; el grado de crecimiento se valoró por la distancia cuello-veru. El 60 % de los enfermos tuvieron una distancia de 3 cms, 25 % de 4 cms y el 15 % de 2 cms.

Tabla 12

VALORACION CISTOSCOPICA PREOPERATORIA

Distancia cuello-veru	# de enfermos	Porcentaje
2 cms.	3	15
3 cms.	12	60
4 cms.	5	25

TIPO DE CIRUGIA. (tabla 13). Un 70 % de las intervenciones se realizaron por vía transuretral y el 30 % restante por vía suprapúbica (transvesical y retropúbica).

Tabla 13

TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA

Tipo de cirugía	# de enfermos	Porcentaje
Transuretral	14	70
Suprapúbica	6	30
Transvesical	4	
Retropúbica	2	

PESO DEL MATERIAL RESECAJO. (tabla 14). Todos los pacientes tuvieron una cantidad de tejido menor de 50 grs; la distribución de peso fué uniforme y el promedio se encontró en 26.45 grs.

Tabla 14
PESO EN GRAMOS DE LA GLANDULA PROSTATICA

Peso	# de enfermos	Porcentaje
1-10 gramos	4	20
11-20 gramos	4	20
21-30 gramos	2	10
31-40 gramos	6	30
41-50 gramos	4	20
<hr/>		
X : 26.45	20	100

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS. (tabla 15). Dado el tiempo de seguimiento de los pacientes, solo se valoraron las complicaciones transoperatorias; 4 de ellos (20%) presentaron sangrado de moderado a severo que corrigió con la transfusión sanguínea; en dos casos (10 %) hubo perforación de la cápsula que no requirió de ningún tratamiento específico a excepción de la sonda transuretral; un paciente presentó fibrinólisis, que fué la complicación mas severa, requiriendo de la colocación suprapúbica de la ponencia en lóculo prostático. Es importante mencionar, que de los 4 pacientes que requirieron de transfusión 3 de ellos fueron pacientes sometidos a cirugía suprapúbica.

Tabla 15
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

Complicación	# de enfermos	Porcentaje
Sangrado	4	20
Perforación capsular	2	10
Fibrinólisis	1	5

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO. (tabla 16). De los 20 pacientes estudiados solo en uno de ellos se tuvo el diagnóstico de malignidad en el estudio histopatológico; el restante 95 % tuvieron el diagnóstico de benignidad.

Tabla 16

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

Diagnóstico	# de enfermos	Porcentaje
Hiperplasia benigna	19	95
H. glandular	9	
H. adenomatosa	5	
H. fibromuscular	4	
H. fibroadenomatosa	1	
Cáncer de próstata	1	5

DIAS DE ESTANCIA. (tabla 17). La cirugía con menor promedio de estancia hospitalaria fué la resección transuretral con 5.3 días; la cirugía suprapúbica tuvo un promedio de 9 días.

Tabla 17

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

Cirugía practicada	Promedio de días
Resección transuretral	5.3
Prostatectomía suprapúbica	9.0

C O M E N T A R I O S

El análisis de cada uno de los datos obtenidos nos ha llevado a importantes conclusiones.

En cuanto a la edad podemos ver que el 90 % de los enfermos se encuentran entre la VII y VIII décadas de la vida, lo cual debe hacer tomar precauciones en cuanto al riesgo quirúrgico, aunque una vez hecha la valoración cardiológica el 85 % de los enfermos tuvieron riesgo quirúrgico grado I; estos hallazgos correlacionan bien con la mayoría de reportes que señalan entre el 47 al 72 % de los enfermos en este grupo de edad (Zonana, Doce, Graham, Sach).

Podemos observar que dentro de la sintomatología de ingreso un 55 % de los enfermos presentaron datos urinarios obstructivos crónicos y el 35 % de ellos acudieron a consulta hasta que desarrollaron retención urinaria. Estas cifras son muy similares a las presentadas por el Dr Zonana, el cual menciona el 55.2 y 41.2 % respectivamente; además, es de interés mencionar que dos pacientes sin datos previos de Obstrucción urinaria presentaron hematuria macroscópica; este hallazgo no se menciona en otras series. Su relevancia está dada por que la presencia de este dato en pacientes de edad, nos debe siempre hacer descartar la presencia de un proceso maligno a cualquier nivel de las vías urinarias.

En relación al diagnóstico de ingreso destaca que 80 % de los pacientes estuvieron clasificados como crecimiento grado I-II y el 20 % restante grado III. Este dato obtenido por la clínica se corrobora por el estudio endoscópico, ya que 75% de los enfermos tuvieron una distancia cuello-vera entre 2 y 3 cms y solo un 25 % fué distancia de .4 cms.

Es de vital importancia el comentario de los hallazgos de las alteraciones urinarias. En cuanto al examen general de orina vemos que el 100 % de los pacientes tenían alteraciones del mismo en el preoperatorio, destacando que 50 % de ellos tenían mezcla de leucocituria, eritrocituria y bacteriuria, 30 % leucocituria y bacteriuria solo el 15 %. En el período postoperatorio solo el 50 % de los enfermos mostró anormalidades, destacando como mas importante la leucocituria que se presentó en el 30 %. Sometiendo estos resultados al análisis estadístico por prueba de Chi cuadrada podemos ver que comparando los resultados pre y postoperatorio existe una diferencia altamente significativa, con una p .001.

En cuanto al resultado del urocultivo, 8 enfermos (40 %) presentaron infección urinaria pre-operatoria, destacando que el 75 % de ellos el germen fué *E. coli*, *estafilococo* y *pseudomona* en un 12.5 % respectivamente. Solo un paciente mostró urocultivo positivo en el postoperatorio, siendo *E. coli* el germen causal. Sometiendo también estos resultados al análisis estadístico se encuentra una diferencia significativa entre los dos períodos con una p .01. Los diversos reportes de infección urinaria en pacientes con problema prostático van del 8.3 al 23 %, aunque Lonana reporta un 27.3 %.

La urografia excretora se llevó a cabo en todos los pacientes, mostrando anormalidades en el 35 %; como principal hallazgo se encontró la presencia de uréteres en anzuelo en el 20 %, quiste renal solitario, exclusión renal unilatefal e hidronefrosis con un 5 % cada uno. Como vemos los datos obtenidos no son de gran importancia; ya Marshall también describe su desacuerdo en el uso rutinario de este estudio, argumentando para ello los pocos datos que se obtienen, su morbilidad, la prolongación en la estancia y el costo para el paciente y/o la institución.

Algunos estudios han mencionado la utilidad de la cistografía en la valoración de los pacientes con crecimiento prostático (Doce, Wadskier), la cual en la actualidad ha ido cayendo en desuso, probablemente por la aplicación endoscópica practicada a la mayoría de pacientes. Los datos más importantes obtenidos fueron, la presencia de levantamiento del piso vesical, apreciado en el 75 % de los enfermos, divertículos vesicales se apreciaron en el 30 % de los casos y trabeculación solo en el 20 %. Ninguno de ellos mostró reflujo véstico-ureteral. Es de interés mencionar que en los controles post-operatorios solo el 5 % mostró trabeculación y divertículos vesicales y en cambio el 100 % evidenciaron gran ensanchamiento de uretra prostática; tampoco hubo reflujo véstico-ureteral. Wadskier menciona la presencia de reflujo solo en un paciente en su control de prostatectomías; explicando dicho fenómeno por una lesión del uréter inferior secundario a tracción durante la sutura del cuello.

En el momento actual la tendencia mundial ha llevado a aumentar las cirugías endoscópicas en relación a las técnicas abiertas; nosotros realizamos un 70 % de la cirugía por vía transuretral. Las cifras que reportan Graham, Marshall y Zonana son de 66, 71 y 65 % para la cirugía transuretral y de 34, 28 y 35 % para la suprapúbica respectivamente.

Como es lo habitual en los reportes de las complicaciones de la cirugía prostática, el más importante fue la hemorragia, que se presentó en el 20 % de los casos, 10 % presentaron perforación de la cápsula y el 5 % fibrinolisis; Zonana reporta un porcentaje de hemorragia transoperatoria del 8.5 % y lesiones de uretra en el 2.9 % de los pacientes.

No tuvimos mortalidad peri-operatoria, la cual en la serie de marshall fué del 2.3 %.

Es notorie la diferencia en el tiempo de estancia que presenta los pacientes con ambas cirugías; en la endoscópica el promedio fué de 5.3 días y lo fué de 9 para la cirugía suprapúbica. Nuestros promedios son menores que en algunas otras series, ya que Zonane y Graham reportan periodos de estancia muy similares, con promedio de 8.5 y 12.3 días para cirugía endoscópica y abierta respectivamente.

Para la cirugía suprapúbica Doce informa un promedio de 7 días en el 90 % de los enfermos.

C O N C L U S I O N E S

Las operaciones de la glándula prostática son intervenciones delicadas en razón a las características de los pacientes a los que se practica, dependientes de su edad, estado metabólico, alteraciones cardiovasculares, respiratorias, etc, a lo que se agrega el propio estado del árbol urinario alterado por la obstrucción y ectasia que por largo tiempo ha soportado, a lo cual se suma con relativa frecuencia la infección.

El post-operatorio inmediato o tardío se ve interrumpido a menudo por la presencia de complicaciones que tienen por denominador común el significar la interrupción de la normalidad del proceso posterior a la intervención, provocado así molestias al paciente y cirujano que lo intervino.

Todo lo anterior tiene mas importancia si se toma en cuenta que el crecimiento de la glándula prostática constituye en todos los servicios de urología el mas frecuente motivo de hospitalización. Todas estas consideraciones nos han permitido llegar a las siguientes conclusiones.

1- Los síntomas de obstrucción urinaria baja no recibe atención adecuada, ni se les da el valor que pueden llegar a tener, por lo cual muchos pacientes acuden a consulta cuando se presenta la retención urinaria completa, constituyendo esta una emergencia.

2- La presencia de hematuria debe alertar al clínico sobre todo en los pacientes de edad, a fin de descartar un proceso neoplásico a cualquier nivel de las vías urinarias.

3- No se debe esperar a que el paciente presente el cuadro de retención urinaria completa para proporcionarle los beneficios del tratamiento quirúrgico, ya que en estos casos la morbilidad es mayor.

4- El examen general de orina está en estrecha relación con la alteración del flujo urinario.

5- El tacto rectal es un método confiable para establecer sospecha de cáncer prostático, por lo cual en cualquier paciente arriba de los 40 años debe formar parte de su estudio médico integral.

6- Los estudios endoscópicos y radiológicos permiten valorar la patología prostática y sus repercusiones secundarias en el resto del tracto génito-urinario y descartar patología agregada para así emplear el mejor procedimiento quirúrgico en estos pacientes.

7- La vía endoscópica es el mejor procedimiento para el tratamiento quirúrgico de la obstrucción urinaria provocada por crecimientos prostáticos pequeños o moderados.

8- La cirugía abierta debe utilizarse en crecimientos prostáticos de mayor tamaño.

9- En la resección transuretral las complicaciones más frecuentes son ocasionadas por defectos técnicos, principalmente por lesiones ocasionadas con el resectoscopio.

10- El anclaje suprapúbico permite mejor manejo de la patología vesical agregada, así como de la hemostasia transoperatoria y permite una resección más completa del tejido prostático.

11- La mayoría de las complicaciones en la prostatectomía son originadas por defectos técnicos y por lo tanto susceptibles de reducirse en frecuencia.

12- La resección transuretral tiene un tiempo de recuperación menor y por lo tanto reduce la estancia hospitalaria.

13- Es necesario en todos los casos el estudio histopatológico del material resecado, ya que puede haber crecimiento neoplásico no detectado clínicamente.

14- Aunque no se demostró reflujo vésico-ureteral, no descartamos su presencia en pacientes post-operados y crónicamente con urocultivos positivos; además, creemos que este trabajo puede servir de base para el estudio de pacientes que se sometan a resección de tumores vesicales que se localizan en trigono o peri-orificia-rios.

R E S U M E N

Se presenta la revisión de 20 pacientes sometidos a cirugía prostática, con énfasis en la presencia de reflujo vésico-ureteral, como causa de infección en el período post-operatorio.

90 % de los pacientes se encontraban entre VII y VIII décadas de la vida; encontramos que 45 % de los enfermos presentaban otra alteración además de su problema prostático, en especial diabetes e hipertensión arterial. 55 % de los enfermos se presentaron con datos obstructivos bajos y un 35 % tuvo retención urinaria completa.

Encontramos alterado el examen general de orina en el 100 % de los enfermos. La cirugía endoscópica se llevó a cabo en el mayor número de enfermos, y estos pacientes tuvieron un menor índice de días hospitalizados.

No se demostró la presencia de reflujo vésico-ureteral en ningún paciente, tanto en período pre como en post-operatorio.

Concluimos que la presencia de reflujo vésico-ureteral posterior a cirugía prostática es poco frecuente y que en los casos de infecciones crónicas que no responden al tratamiento es una posibilidad que debe tenerse en mente.

B I B L I O G R A F I A

- 1- Amar, A.D. Vésico-ureteral reflux in patients with obstructive prostatic disease.
J. Urol. 133:194, 1985.
- 2- Amar, A.D. Vésico-ureteral reflux: a 10-year study of 280 patients.
J. Urol. 109:999, 1973.
- 3- Bastable, J.R.G. Continuous irrigation of the bladder after prostatectomy: It's effect on post-prostatectomy infection.
Br. J. Urol (1977) 49, 689-693.
- 4- Docs, V.F. Prostatectomía transvesical con técnica abierta.
Rev. Mex. de Urol. 36:431, 1976.
- 5- Graham, A.G. Scottish prostatas: a 6-year review.
Br. J. Urol. (1977) 49: 679-682.
- 6- Kogan, S.J. Postoperative course of vesico-ureteral reflux associated with being obstructive prostatic disease.
J. Urol. 112:322, 1974.
- 7- Marshall, V. Is urography necessary for patients with acute retention of urine before prostatectomy?
- 8- Nesbit, R.M. Una historia de la resección transuretral prostática.
Rev. Mex. de Urol. 35:349, 1975.

- 9- D'Conor, V.J. Suprapubic and retropubic prostatectomy. Campbell's Urology 4th. ed. Edited by W.B. Saunders Co. Vol. III, Chapt. 76, 2299, 1979.
- 10- Rees, R.W. The effect of transurethral resection of the intravesical ureter during the removal of bladder tumors.
Br. J. Urol. 41:2, 1969.
- 11- Sach, R. Prostatectomy: It's safety in an Australian teaching hospital.
Br. J. Urol. (1977) 64, 210-214.
- 12- Shah, P.J.R. Short-term antibiotic prophylaxis and prostatectomy.
Br. J. Urol. 53:339, 1981.
- 13- Tanago, E.A. The anatomy and function of the ureterovesical junction.
Br. J. Urol. 35:151, 1963.
- 14- Tanago, E.A. Trigonal hipertrophy: a cause of Ureteral obstruction.
J. Urol. 93:678, 1965.
- 15- Wadskier, L.F. Secuelas de la adenomectomía suprapúbica. Análisis.
Rev. Mex. de Urol. 30 (4): 257, 1970.
- 16- Zonana F.E. Cirugía prostática. Experiencia en el Hospital Militar.
Rev. Mex. de Urol. 41:213, 1981.