

1  
2 ej.

11246

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.  
DIVISION DE UROLOGIA**

**HEMOSTASIA DE LOCULO PROSTATICO  
POR CIRUGIA ABIERTA**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE LA  
ESPECIALIDAD DE UROLOGIA  
P R E S E N T A  
DR. NICOLAS MOISES ADAME PINACHO.**

**TUTOR:  
DR. LAUREANO MARTINEZ PESCHARD  
SERVICIO DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA PAB. 105  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.**

**MEXICO 1998.**

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ASISTENTE CENTRALIZADO



SECRETARIA DE SALUD

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

268804



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 esta 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.

**HEMOSTASIA DE LOCULO PROSTATICO POR  
CIRUGIA ABIERTA**

**AUTOR:**

**DR. NICOLAS MOISES ADAME PINACHO.**

**SERVICIO DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA  
"DR. AQUILINO VILLANUEVA"  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.**

## **DEDICATORIA:**

DEDICO CON TODO MI CORAZON ESTE TRABAJO A QUIEN ME GUIO Y DEJO SENTADAS LAS BASES DE MI DESEMPEÑO EN MI VIDA Y ESE ES A MI PADRE ASI COMO A MI MAMA QUIEN SIEMPRE ESTUVO A MI LADO PARA DARME UN CONSULELO O UNA PALABRA DE ALIENTO, DE IGUAL FORMA QUIERO HACER MENCION DE MIS HERMANOS A QUIENES DEBO DE IGUAL FORMA ESTE DESEO DE SUPERACION QUE ME HA ACOMPAÑADO DURANTE MI VIDA.


A PATRICIA MI QUERIDA ESPOSA LA CUAL ME HA ACOMPAÑADO DURANTE MI CARRERA Y QUE SIEMPRE HA SIDO FUENTE DE ALEGRIA Y EMPUJE . FINALMENTE A TODOS AQUELLOS QUE CON SU CUERPO DIERON FE DE MIS LIMITACIONES, MIS PACIENTES.

**AGRADECIMIENTOS:**

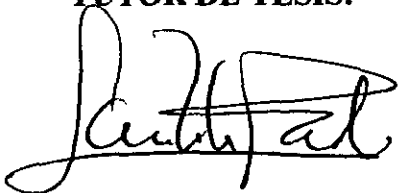
ES PARA MI UNA GRAN SATISFACCION  
AGRADECER A TODOS AQUELLOS QUE CON SU EXPERIENCIA  
Y DEDICACION IMPRIMIERON EN MI ESE DESEO DE  
SUPERACIO , MIS MAESTROS

DESEO AGRADECER EN ESPECIAL AL DR.  
LAUREANO MARTINEZ PESCHARD POR SU TIEMPO Y  
DEDICACION PARA ESTA TUTORIA.

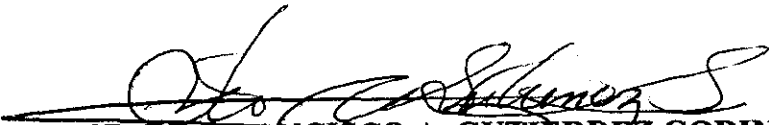
**JEFE DE SERVICIO DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA  
"DR AQUILINO VILLANUEVA" DEL HOSPITAL  
GENERAL DE MEXICO O.D.**

  
**SR. DR. FRANCISCO A. GUTIERREZ GODINEZ.**

**TUTOR DE TESIS:**

  
**SR. DR. LAUREANO MARTINEZ PESCHARD.**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN UROLOGIA**

  
**SR. DR. FRANCISCO A. GUTIERREZ GODINEZ.**

## INDICE

	Pag.
Introduccion.....	8
Objetivos.....	10
+Primarios	
+Secundarios	
Tipo de Estudio.....	11
Material.....	11
+Poblacion y Duración	
+Criterios de Inclusión	
+Criterios de Exclusión y Eliminación	
Metodologia.....	13
Resultados.....	14
Conslusiones.....	15
Anexo 1.....	16
Figura 1.....	17
Graficos.....	18
Indicación.....	18
Antecedente Quirurgico Inmediato.....	19
Tipo de Sangrado.....	20
Procedimiento Agregado.....	21
Enfermedades Coexistentes.....	22
Indicación de Cirugia Inicial.....	23
Diagnostico Histopatológico.....	24
Ant. Quirurgico y STU.....	25
Tipo de Crecimiento.....	26

<b>Tecnica en Prostatectomia abierta.....</b>	<b>27</b>
<b>Posible Causa de Sangrado.....</b>	<b>27</b>
<b>Variables HLPDA.....</b>	<b>29</b>
<b>Hallazgos.....</b>	<b>30</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>31</b>



## I.- INTRODUCCION.

Desde la realización de las primeras adenomectomías en 1894 por Fuller (1) el principal problema consistía en la realización de una hemostasia cuidadosa que evitara la pérdida importante de sangre, que en algunos casos tenía como consecuencia una alteración abrupta del volumen sanguíneo circulante, consecuentemente mal tolerada en pacientes añosos y que condicionaba una evolución torpida en aquellos pacientes.

Es por esto que la historia de la cirugía prostática ha estado acompañada de abundantes adelantos técnicos; todos estos son un reflejo del deseo de todo urólogo por tener una evolución en sus pacientes más adecuada con una pérdida cada vez menor de sangre. Hoy por hoy existen múltiples ocasiones en que lo anterior no ha sido posible y por lo tanto se tienen que utilizar técnicas para que se limite la hemorragia posterior al procedimiento quirúrgico. Para tal efecto múltiples autores han ideado técnicas quirúrgicas que tienen por objeto cohibir dicho sangrado generado en el remanente, de próstata su cápsula o lóculo, tales esfuerzos se han visto reflejados en estudios como los realizados por Gregoir (2) quien en su trabajo describe en forma exhaustiva la anatomía vascular de la próstata y nos describe la aplicación de dos puntos que involucran la unión entre el cuello vesical y parte de la cápsula prostática por donde pasa la arteria vesical inferior ; así mismo sugiere la realización de la trigonización .

Otro gran esfuerzo es el aportado por Hector Bensimon( 3) , quien nos dice que el pedículo vesicoprostático se encuentra localizado en el tejido graso que se encuentra en la cara lateral de la vejiga y cara lateral de próstata motivo esto de que el aplicar un par de puntos de catgut crómico del No.1 a nivel de la unión vesicoprostática así como el empaquetamiento con gasas momentaneo de la fosa prostática cohibirá el sangrado. Maxwell Malament (4) años antes describía una técnica quirúrgica en la cual se procedía a aplicar los puntos antes descritos por Gregoir pero su innovación consistía en la realización de una sutura en bolsa de tabaco en el cuello vesical previa colocación de una sonda transuretral en la cual quedaba completamente cerrada la celdilla prostática, se exteriorizan los extremos de dichos puntos de nylon del No.2 .hasta la piel donde se ligan y se dejan por un periodo de 24 a 48 hrs para ser retirados posteriormente cortando uno de los extremos que salían por la piel , las opciones continuaron creciendo y para 1982 Vincent J.O'Conor (5) sugiere la aplicación de dos puntos de catgut crómico del No. 0 que tienen por objeto plicar la cápsula en su porción posterior, aquella que se encuentra en contacto con la fascia de Denonvilliers, ya que observó que un mecanismo de hemostasia está condicionado por la contracción de la cápsula . Este mismo fundamento fue utilizado por Harris- Hryntschak (6) algún tiempo antes de lo descrito por O'Conor, ya que lo sugerido por estos autores es la sutura del loculo prostático aplicando puntos en forma transversal, con la consecuente contracción quirúrgica de la próstata, consistente en lo siguiente : se da un punto transversal que pasa por el extremo superior del lecho prostático y 1 cm más abajo los puntos transversales salen bastante lejos en dirección distal y cogen los bordes de la celda en una anchura no menor a 1.5 cm y en todo su espesor. La hemostasia puede ser óptima y persistente, quedando con esta maniobra un lecho muy estrecho. Para esto se requerirán de 2 a 4 puntos transversales, estos puntos se sugiere sean dados con catgut crómico del No. 0. Y es así como encontramos una opción igualmente útil, descrita por los doctores Lurz y Lurz (7) que evita la pérdida de sangre en un tiempo corto , como es el taponamiento de la cavidad prostática en aquellos casos en el que la hemorragia es copiosa y que requiere una medida de gran seguridad y rapidéz y esto es el principio mas conocido en la práctica quirúrgica, ocluir el vaso sangrante de forma mecánica y el taponamiento es una forma de ocluir multiples vasos sangrantes o un sangrado en capa en un sólo procedimiento rápido y eficaz.

## **II.- OBJETIVOS**

**Objetivo primario :** Valorar el grado de eficacia de la hemostasia de lóculo prostático por cirugía abierta en casos de sangrado incoherible posterior a cirugía prostática a cielo abierto o endoscópica.

**Objetivo secundario:** 1.- Determinar la existencia de factores pronósticos para desarrollar sangrado incoherible que requerirá hemostasia de lóculo prostático por cirugía abierta

2.- Evidenciar factores pronósticos para la presentación de sangrado posterior a cirugía prostática.

### **III.- Tipo de Estudio:**

Transversal  
Prospectivo  
Descriptivo  
Comparativo.

### **IV.- Material :**

#### **1.- POBLACION Y DURACION :**

Se realizó un seguimiento de todos los pacientes que presentaron sangrado incoherente posterior a prostatectomía tanto endoscópica como por cirugía a cielo abierto por las diferentes técnicas quirúrgicas realizadas en el Servicio de Urología y Nefrología "Dr. Aquilino Villanueva" del Hospital General de México y que fueron sometidos a reintervención por cirugía abierta para cohibir el sangrado, en un periodo que abarca desde el 1 de octubre de 1995 al 30 de septiembre de 1998.

#### **2.- CRITERIOS DE INCLUSION:**

A.- Todo paciente con sangrado incoherente a maniobra convencionales con el antecedente de cirugía prostática.

B.- Pacientes que cumplieron con los criterios de ingreso a la cirugía previa y que contaran con expediente clínico completo ( valoración cardiovascular, reportes de exámenes de laboratorio y hojas de enfermería, reporte anestésico, historia clínica completa y que presentara reporte de cirugía inicial)

C.- Toda la información pertinente se vació en una hoja de captura de datos (Anexo I) con metodología prospectiva y vaciado a su vez a un programa Acces Microsoft.

### 3.- CRITERIOS DE EXCLUSION Y ELIMINACION:

A. - Pacientes con sangrado incoherente posterior a cirugía radical de próstata.

## V.- Metodología:

A todos los pacientes con sangrado incoherente se les realizó un procedimiento quirúrgico estandarizado que consistió en los siguientes pasos:

1.- **Abordaje:** Con el paciente en la sala de quirófano y bajo el efecto de anestesia se procedió a incidir por la línea media y a disecar el espacio prevesical realizando una cistotomía media.

2.- **Revisión :** En esta fase se procedió a evacuar los coágulos y a realizar pinzamiento con Allis a nivel de las 5 y 7 del horario cistoscópico en cuello vesical procediendo a colocar un tapón momentáneo de gasas en el loculo prostático.

3.- **Hemostasia:** Se procede a realizar la aplicación de puntos a nivel de las 5 y las 7 variando el tipo de punto (Harris, Boeminghaus, Bensimon) y es en este momento en el que se retiran las gasas que se encontraban en el lóculo y se procede a dejar el taponamiento de gasas definitivo previa colocación de sonda transuretral y en algunos casos se realiza la aplicación de puntos de Hryntschak con lo cual se ocluye el lóculo prostático.

4.- **Cierre:** Este se procede a dar en dos planos en vejiga previa colocación de sonda de talla se colocan uno o dos penrose y se continua con el cierre de aponeurosis en la forma convencional al igual que la piel .  
Ver figura uno.

De igual forma se procedió a realizar la captura de datos (Anexo 1) en el posoperatorio inmediato , para posteriormente vertir los resultados un programa de computadora Access Microsoft , donde se analizaron las variables numericas con medidas de tendencia central y las ordinales con frecuencias relativas.

## VI.-Resultados:

Se incluyeron en este estudio 74 pacientes los cuales presentaron una edad que fluctuó entre 54 a 92 años con un promedio de 70.7 años. En este grupo de pacientes, en los cuales se observó que la indicación más frecuente de realización de hemostasia fueron los siguientes parámetros: la indicación más frecuente fue el sangrado arterial incoherente, la cirugía previa que más causa sangrado que requiriera el taponamiento es la resección transuretral de próstata siendo ocupado en segundo término la prostatectomía abierta y en tercer plano y con un porcentaje muy bajo la resección del cuello vesical. El tipo de sangrado que originó más procedimientos fue el que se origina en el postoperatorio mediato (Entre 1 a 6 hrs) ocupando en segundo término el sangrado transoperatorio, y que aquellos pacientes que se sometieron a algún otro procedimiento como podría ser la UTI o la cistolitotripsia no presentan un riesgo significativamente mayor que aquellos que no se les realizaba ningún otro procedimiento. Dentro del apartado de enfermedades coexistentes podemos hacer mención que las dos más frecuentes son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus que pudieran condicionar alteraciones vasculares que causaran el sangrado. La indicación para ser sometidos a la primera cirugía fue en un 80% de los casos la sintomatología obstructiva urinaria baja manifiesta por prostatismo, y el resultado histopatológico que más se presentó es la hiperplasia de la próstata pero tanto en este caso como en el caso de aquellos que tenían cáncer prostático se veían asociados a prostatitis crónica esto pudiera estar condicionado a el uso de la sonda transuretral que presentó un porcentaje de 48% en aquellos que se sometieron a taponamiento y que presentaron prostatitis crónica y que presentaron bacteriuria.

El tipo de crecimiento de la próstata mostro una distribución que se puede evidenciar en la grafica 10. Cuando se realizó prostatectomía abierta la técnica que se asocia mayor a sangrado fue la transvesical. Siendo buscado en el acto quirúrgico la causa sin contrar esta en un 48% de los casos, como es descrito en la fase de metodología se colocaron puntos de Harris en el 100% de los que fueron sometidos a Hrynschak y varió el porcentaje de aplicación de puntos hemostáticos siendo los de Bensimon y los de Harris los más frecuentemente usados. Dicho procedimiento quirúrgico presentó un tiempo quirúrgico promedio de 95 minutos requiriéndose transfundir al paciente en un 82% de los casos llegando a requerir desde una unidad hasta 10 en casos extremos con una mortalidad global de el procedimiento de 7%.

## **VII.- Conclusiones:**

1.- Con lo anterior podemos concluir que el procedimiento es seguro y eficaz para cohibir el sangrado posterior a cirugía prostática

2.- El realizar una Técnica quirurgica añadida a la prostatectomía no aumenta significativamente la posibilidad de presentar sangrado incoherente.

3.-En aquellos casos en que se evidencie bacteriuria positiva se debe de valorar el caso ya que presentaron un porcentaje mayor de taponamientos que aquellos que no presentaban aun con tratamiento previo.

4.-La técnica de resección prostática se debe depurar con el objeto de reducir tiempos quirúrgicos y hacer énfasis en la hemostasia ya que un porcentaje alto se presentó con sangrado arterial que creemos pudiese ser evidenciado en dicho acto quirúrgico.

5.-La posibilidad de sangrado se ve reducida al paso de las horas de tal suerte que pasadas 6 hrs del procedimiento inicial el sangrado es sumamente raro.



HOJA DE CAPTURA DE DATOS

H.U.L.P.C.A.

No. caso: \_\_\_\_\_

I. FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ # EXP.: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

II. INDICACION HLPCA.

A. SANGRADO P.O.: \_\_\_\_\_ B. SANGRADO POST-TRAUMATICO: \_\_\_\_\_  
1. COMPROMISO HEMODINAMICO: \_\_\_\_\_ 2. SANGRADO ARTERIAL INCOHERCIBLE  
\_\_\_\_\_ 3. SANGRADO VENOSO INCOHERCIBLE \_\_\_\_\_ 4. OTRA: \_\_\_\_\_

III. ANTECEDENTE QUIRURGICO INMEDIATO.

A. RTUP: \_\_\_\_\_ RTUCV: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_  
B. TIPO: 1. TRANSOP.: \_\_\_\_\_ 2. P.O. INM.: \_\_\_\_\_ 3. P.O. MED.: \_\_\_\_\_  
4. P.O. TARDIO: \_\_\_\_\_ (TRANSOP: MISMO TIEMPO QX; INM:  $\leq$  1 hr; ME-  
DIATO  $>$  1 hr -  $\leq$  6 hrs.; TARDIO  $>$  6 hrs.)  
C. PROCEDIMIENTO AGREGADO: 1. RTUP: UTI: \_\_\_\_\_ MEATOTOMIA: \_\_\_\_\_ CIS-  
TOLITOTRIPSIA: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ 2. PA: CISTOLITOTOMIA: \_\_\_\_\_  
OTRO: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

IV. ENFERMEDADES COEXISTENTES.

HTAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ EPOC \_\_\_\_\_ EVC \_\_\_\_\_ ARRITMIA \_\_\_\_\_ CAI \_\_\_\_\_ EAP \_\_\_\_\_  
OTRAS: \_\_\_\_\_  
NINGUNA: \_\_\_\_\_

V. INDICACION CIRUGIA INICIAL.

PROSTATISMO \_\_\_\_\_ HEMATURIA \_\_\_\_\_ IVU RECURRENTE \_\_\_\_\_ LIT. VESIC. \_\_\_\_\_  
RAO \_\_\_\_\_ UROPAT. OBST. \_\_\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_

VI. EXPLORACION FISICA.

A. TACTO RECTAL: GRADO CRECIM. (1-1.5-2-2.5-3) \_\_\_\_\_ SOSPECHA DE MA  
LIGNIDAD \_\_\_\_\_ DATOS PROSTATITIS: \_\_\_\_\_ B. GIORDANO: DER \_\_\_\_\_ IZQ \_\_\_\_\_

VII. LABORATORIALES.

HB \_\_\_\_\_ LEUCOS \_\_\_\_\_ PLAQ. \_\_\_\_\_ CREAT. \_\_\_\_\_ UREA \_\_\_\_\_ APE \_\_\_\_\_  
LEUCOCITURIA \_\_\_\_\_ BACTERIURIA \_\_\_\_\_ ERITROCITURIA \_\_\_\_\_

VIII. UROCULTIVO.

NO DISPONIBLE \_\_\_\_\_ NEGATIVO \_\_\_\_\_ POSITIVO: BACTERIA \_\_\_\_\_ NO.  
DE COLONIAS \_\_\_\_\_ TX PREINGRESO: NO \_\_\_\_\_ SI (MEDICAMENTO) \_\_\_\_\_

IX. HISTOPATOLOGICO.

No. BIOPSIA: \_\_\_\_\_ A. HPB: ESTROMAL \_\_\_\_\_ FIBROMUSC. \_\_\_\_\_ MUSC \_\_\_\_\_  
FIBROADENOMATOSA \_\_\_\_\_ FIBROMIOADENOMATOSA \_\_\_\_\_ B. CANCER \_\_\_\_\_  
GLEASON \_\_\_\_\_ C. PROSTATITIS: AGUDA \_\_\_\_\_ CRONICA \_\_\_\_\_ COMB. \_\_\_\_\_

X. ANTECEDENTES UROLOGICOS.

A. CIRUGIAS UROLOGICAS PREVIAS:

MOTIVO \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ MISMO INT. \_\_\_\_\_

MOTIVO \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ MISMO INT. \_\_\_\_\_

MOTIVO \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ MISMO INT. \_\_\_\_\_

B. STU A PERMANENCIA (AL MOMENTO DE INGRESO Y ANTES DE CIRUGIA I-  
NICIAL) NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ TIEMPO ANTES \_\_\_\_\_

XI. VARIABLES CIRUGIA PROSTATICA PRESANGRADO.

A. RTUP. 1. TIPO CRECIMIENTO: LOBULO MEDIO \_\_\_\_\_ BILOBULAR \_\_\_\_\_ TRI-  
LOBULAR \_\_\_\_\_ 2. ELEMENTO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ 3. CALIBRE RESECTOSCO-  
PIO \_\_\_\_\_ ASA \_\_\_\_\_ 4. TEJIDO RESECADO \_\_\_\_\_ 5. TIEMPO QX \_\_\_\_\_  
6. ANESTESIA \_\_\_\_\_ 7. SANGRADO \_\_\_\_\_ 8. STU \_\_\_\_\_ FR 9. TRACCION DE  
STU \_\_\_\_\_ 10. HORA FINALIZACION DE CIRUGIA \_\_\_\_\_  
11. REFULGURACION: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

B. P.A. 1. TIPO DE CRECIMIENTO: LOBULO MEDIO \_\_\_\_\_ BILOBULAR \_\_\_\_\_  
TRILOBULAR \_\_\_\_\_ 2. TECNICA: TRANSVESICAL \_\_\_\_\_ VESICOCAPSULAR \_\_\_\_\_  
RETROPUBICA 3. PESO ADENOMA: \_\_\_\_\_ 4. TIEMPO QUIRURGICO \_\_\_\_\_  
5. ANESTESIA \_\_\_\_\_ 6. SANGRADO \_\_\_\_\_ 7. HORA FINALIZACION \_\_\_\_\_

XII. ACCIDENTE CIRUGIA INICIAL.

NO \_\_\_\_\_ SI: PERFORACION CAPSULAR \_\_\_\_\_ APERTURA SENOS VENOSOS \_\_\_\_\_  
LESION TRIGONO \_\_\_\_\_ FALSA VIA SUBTRIGONAL \_\_\_\_\_ LESION MEATO URETE-  
RAL \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

XIII. SIGNOS VITALES PRE HLPCA

TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ ESTIMACION SANGRADO P.O. \_\_\_\_\_

XIV. POSIBLE CAUSA DEL SANGRADO.

ACCIDENTE CIRUGIA INICIAL \_\_\_\_\_ CRISIS HIPERTENSIVA \_\_\_\_\_  
MAL MANEJO P.O.: OBST. CISTOCLISIS \_\_\_\_\_ TRACCION STU \_\_\_\_\_  
NO CAUSA EVIDENTE: \_\_\_\_\_

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

H.U.L.P.C.A.

No. caso: \_\_\_\_\_

XV. VARIABLES HLPCA.

1. HORA DE INICIO \_\_\_\_\_ SITIO: \_\_\_\_\_ 2. ANESTESIA \_\_\_\_\_  
3. MANIOBRA HEMOSTATICA: HARRIS \_\_\_\_\_ BENSIMON \_\_\_\_\_ SURGETE CV \_\_\_\_\_  
HRYNTSCHAK \_\_\_\_\_ PUNTO TRANSFICTIVO SENO VENOSO \_\_\_\_\_ TAPON \_\_\_\_\_  
NO. DE GASAS \_\_\_\_\_ ELECTROFULGURACION CV Y/O TRIGONO \_\_\_\_\_  
4. HALLAZGOS TRANS.: SANGRADO ARTERIAL \_\_\_\_\_ SANGRADO VENOSO \_\_\_\_\_  
SANGRADO TODO EL LOCULO \_\_\_\_\_ LESION TRIGONO \_\_\_\_\_ LESION MEATO URE-  
TERAL \_\_\_\_\_ SANGRADO CV \_\_\_\_\_ "ASASO" \_\_\_\_\_ SITIO \_\_\_\_\_  
5. TIEMPO QUIRURGICO \_\_\_\_\_ 6. SANGRADO \_\_\_\_\_ 7. P.O. INMEDIATO:  
URO \_\_\_\_\_ TMI \_\_\_\_\_ 8. MAT. SUTURA HARRIS Y/O BENSIMON \_\_\_\_\_  
CALIBRE STU \_\_\_\_\_ CALIBRE TALLA \_\_\_\_\_ NO. PENROSE \_\_\_\_\_

XVI. MANEJO POSTOPERATORIO.

A. RETIRO TAPON (HRS. PO) \_\_\_\_\_ B. RETIRO TALLA \_\_\_\_\_ C. RET PEN-  
ROSE \_\_\_\_\_ D. RESANGRADO? \_\_\_\_\_  
E. BH P.O.: HB \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ LEUCOS \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

XVII. COMPLICACIONES (INMEDIATAS Y/O MEDIATAS)

INTOX HIDRICA \_\_\_\_\_ INFECCION DE HERIDA \_\_\_\_\_ EVISCERACION \_\_\_\_\_  
COAGULOS INTRAVESICALES \_\_\_\_\_ FISTULA VESICOCUT \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
OTRAS: \_\_\_\_\_

XVIII. SEGUIMIENTO.

FECHA ULTIMA VISITA \_\_\_\_\_ MESES P.O. \_\_\_\_\_  
INCONTINENCIA URINARIA TOTAL \_\_\_\_\_ ECV \_\_\_\_\_ EU \_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_\_  
OTRA COMPLIC.: \_\_\_\_\_

XIX. MORTALIDAD.

NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

FECHA EGRESO: \_\_\_\_\_ EIH: \_\_\_\_\_

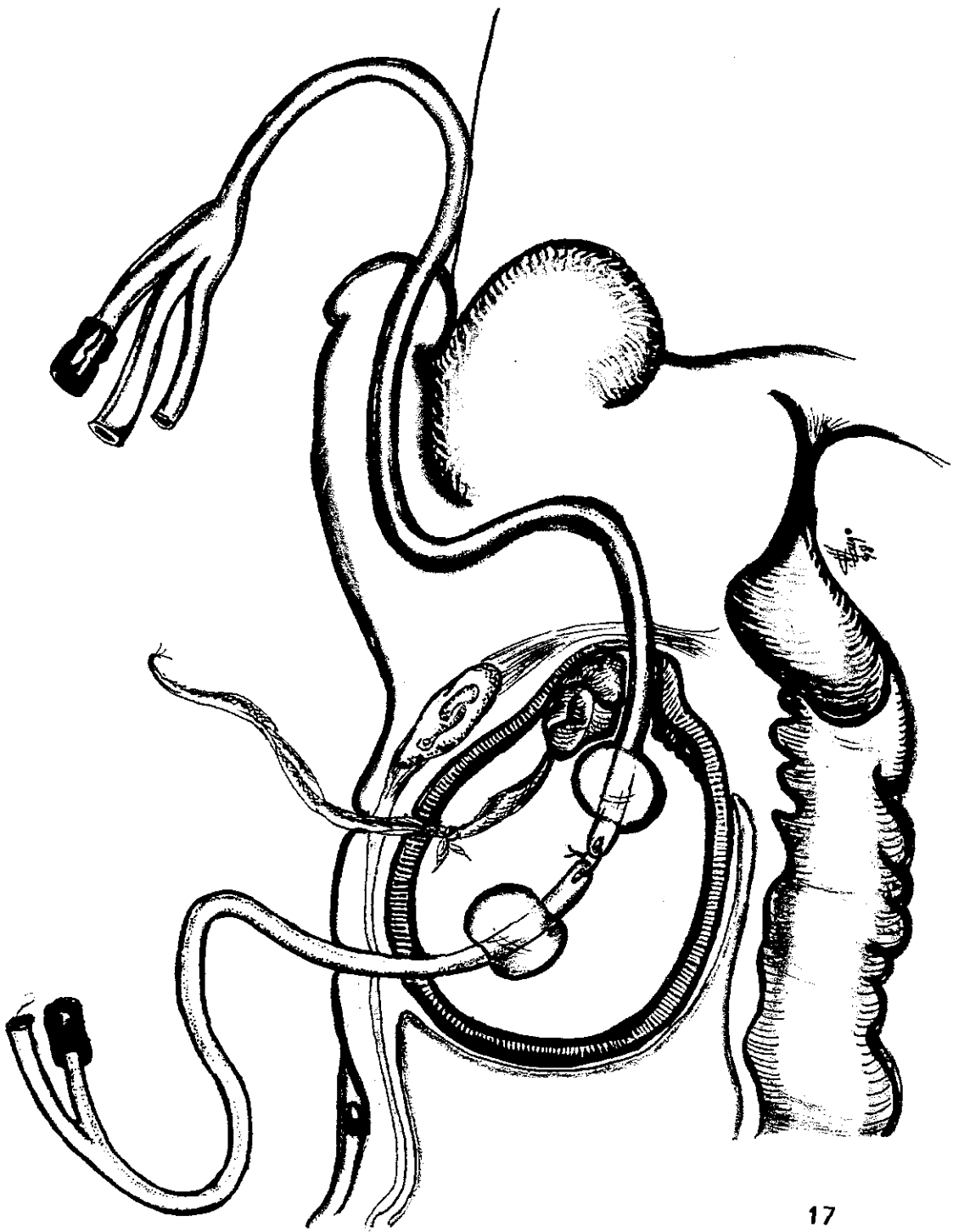
TRANSFUSION: \_\_\_\_\_ # UNIDADES \_\_\_\_\_

CIRUJANO 1er QX \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

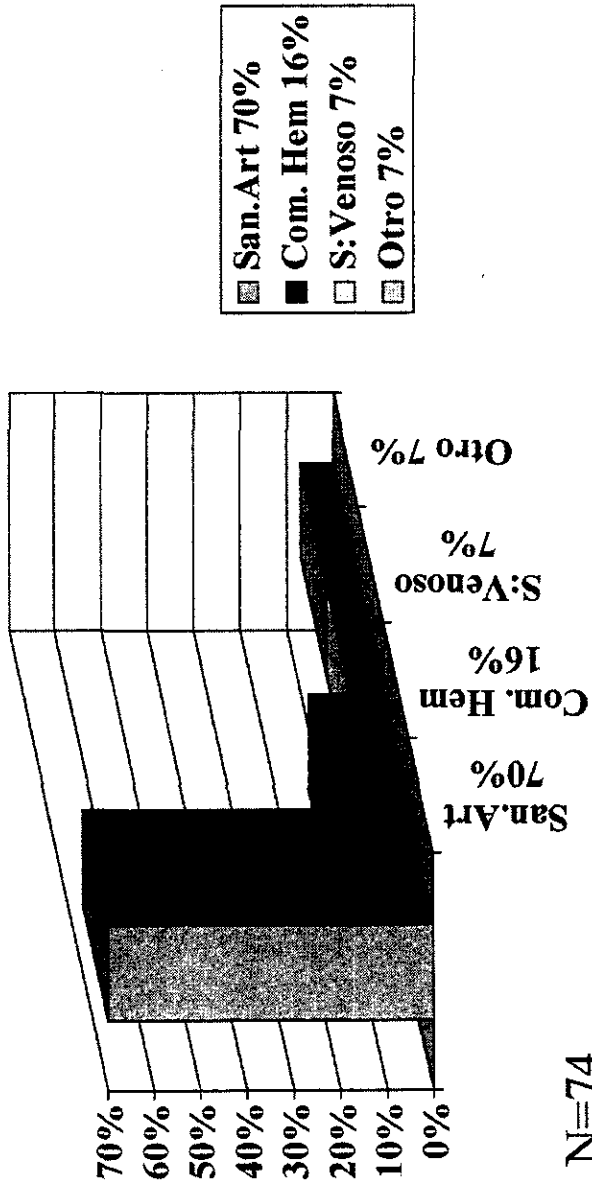
TEL. \_\_\_\_\_

DR. MARTINEZ PESCHARD  
UROLOGO  
6/II/98



# HLPCA

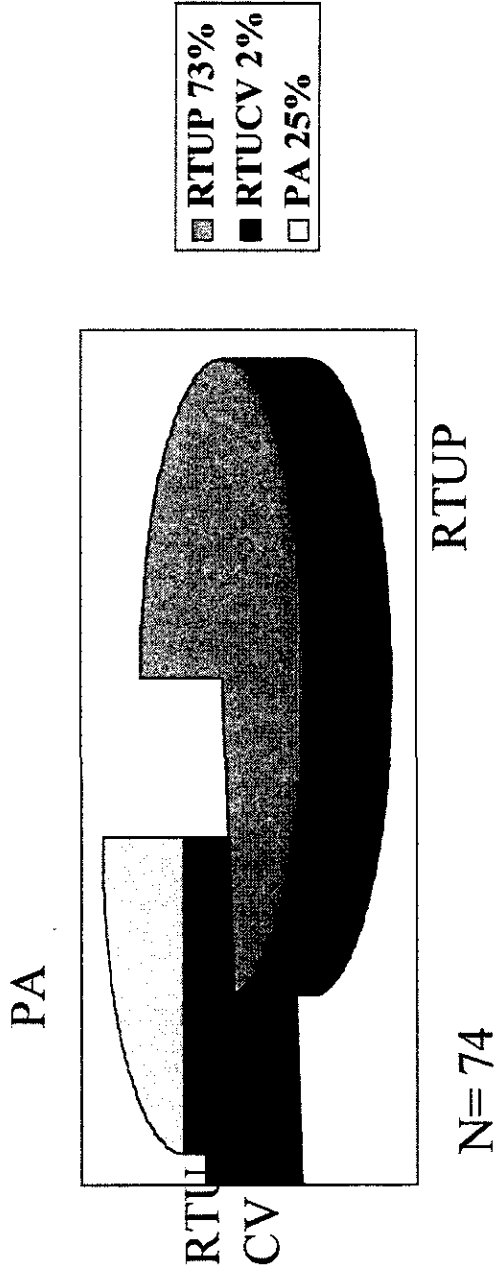
## Indicación



N=74

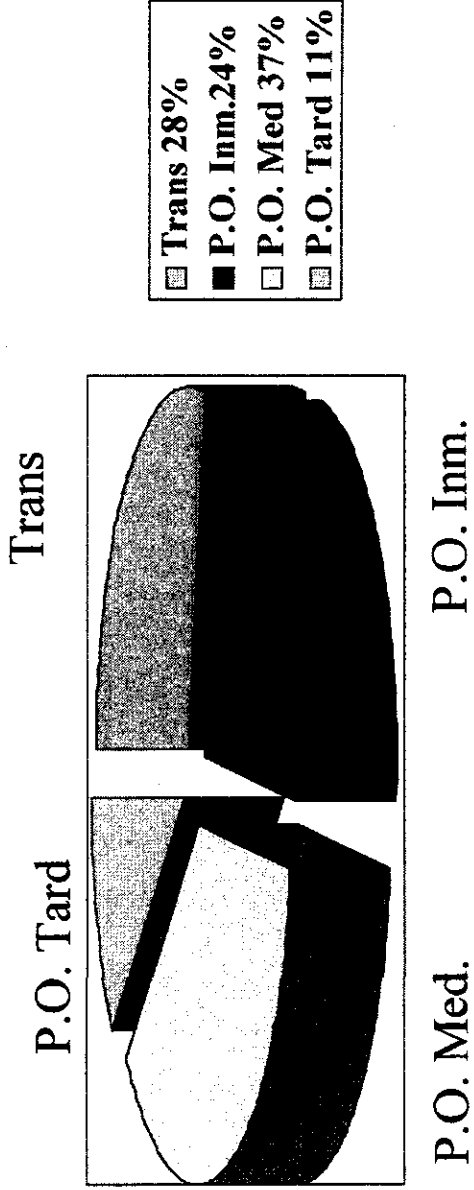
# HLPCA

## Antecedente Quirúrgico Inmediato



# HLPCA

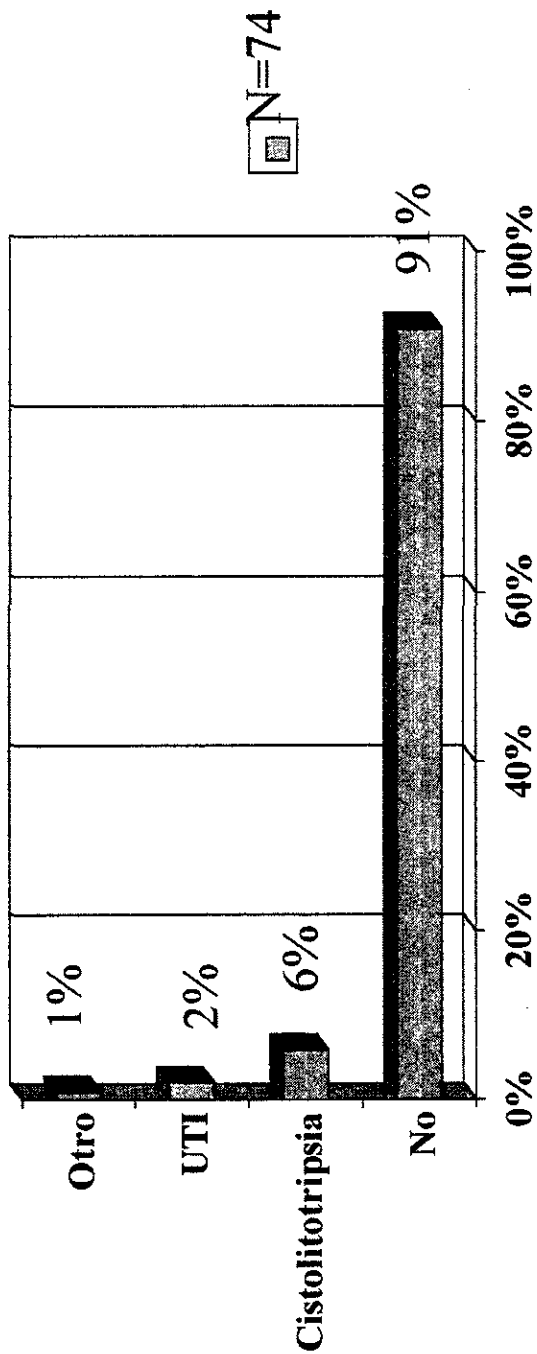
## Tipo de Sangrado



N= 74

# HILPCA

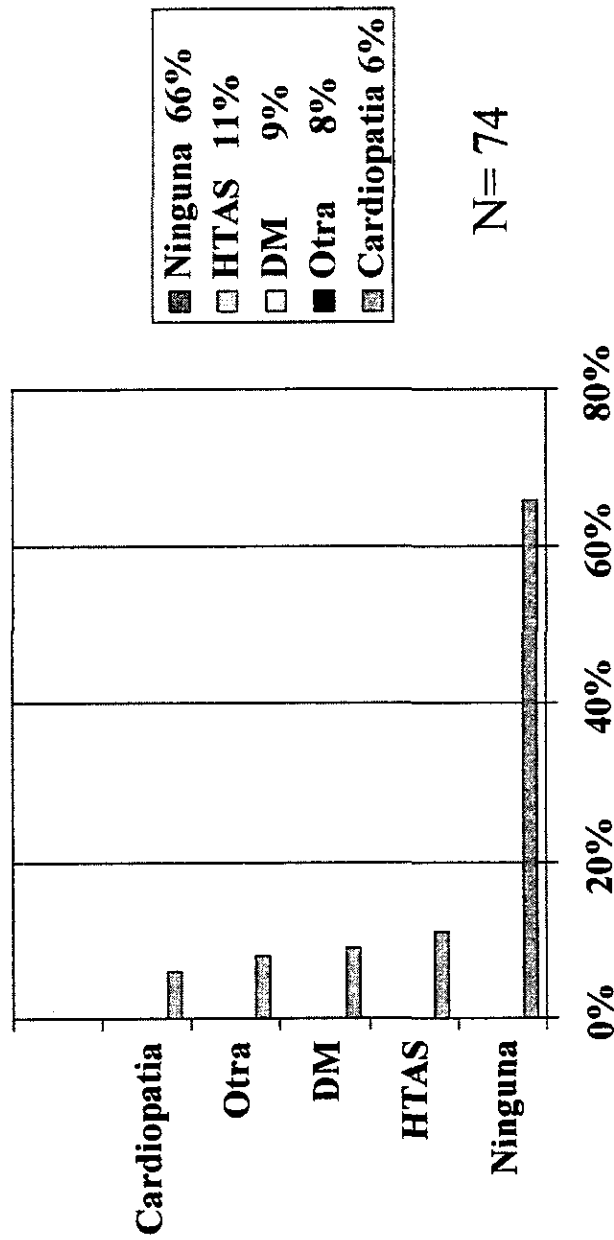
## Procedimiento Agregado





# HLPCA

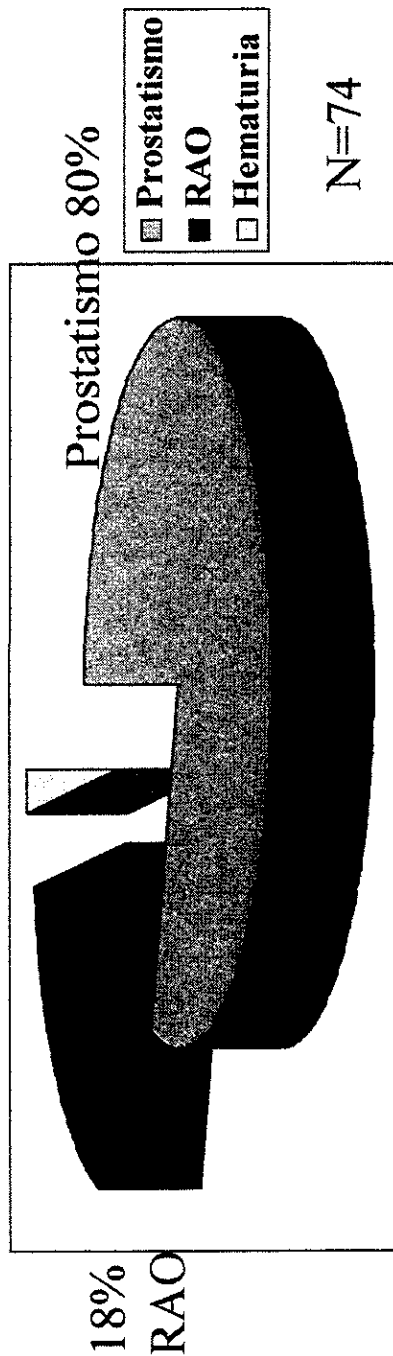
## Enfermedades Coexistentes



# HLPCA

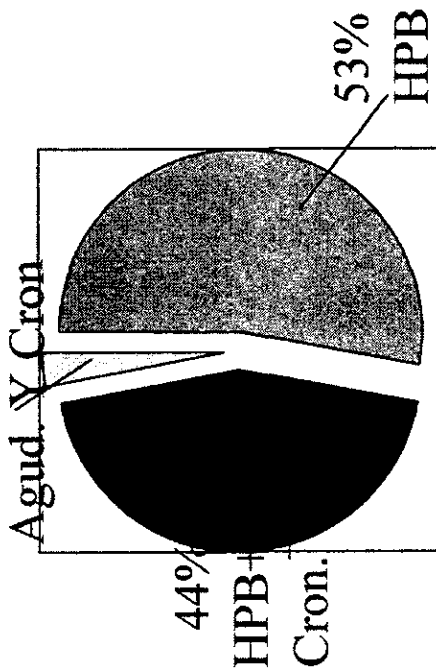
## Indicación de Cirugía Inicial

2% Hematuria

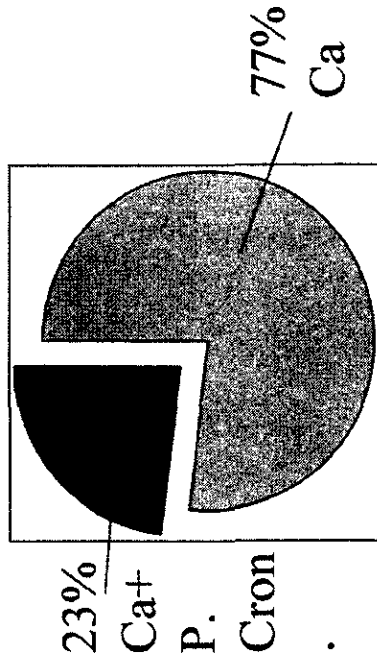
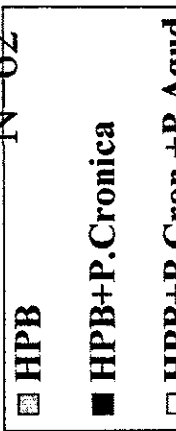


# HILPCA

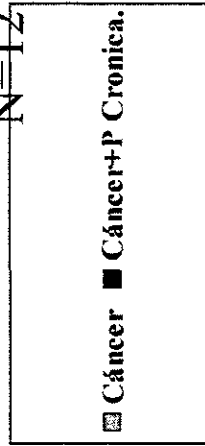
## 3% HPB + pDx. Histopatológico



N=62

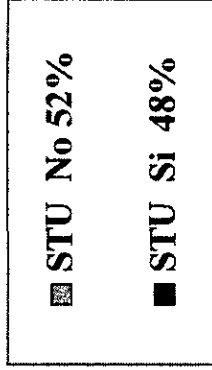
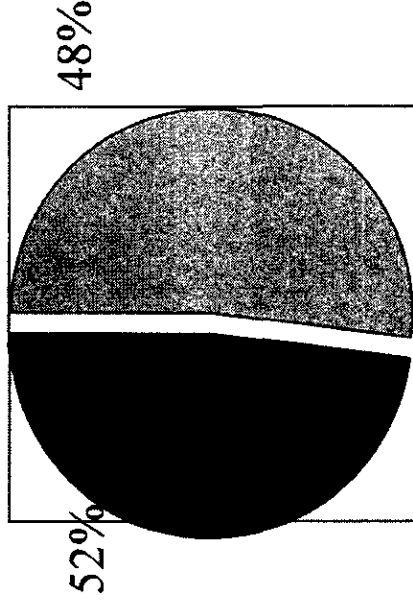
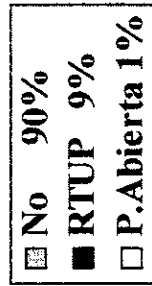
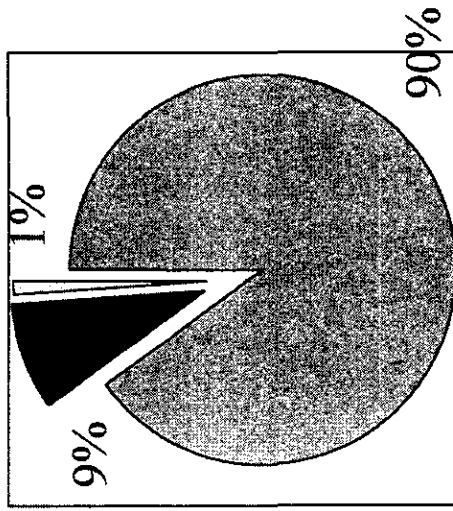


N=12



# HLPKA

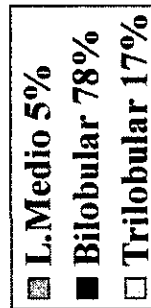
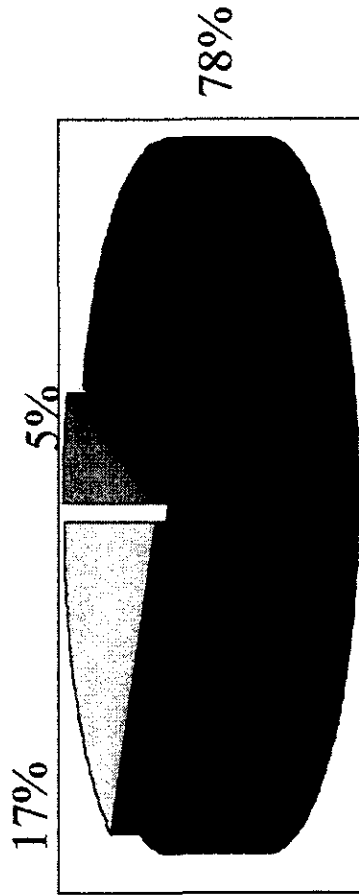
## Ant. Quirúrgico y Sonda Transuretral



N=74

# HILPCA

## Tipo de Crecimiento



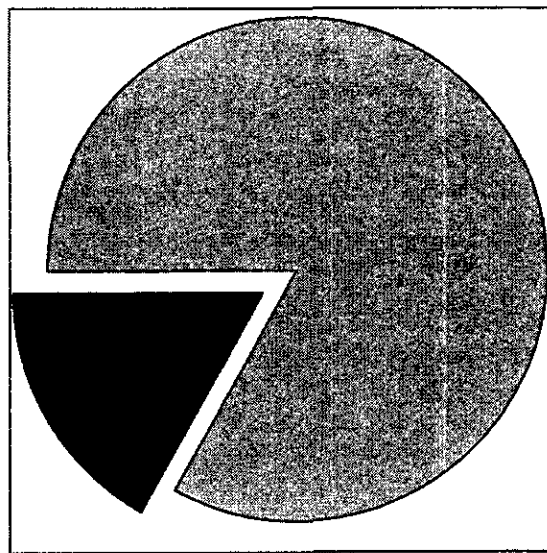
Tejido Resecado Promedio: 33.2 gr

Min: 12 gr. Max: 100 gr.

# HLPCA

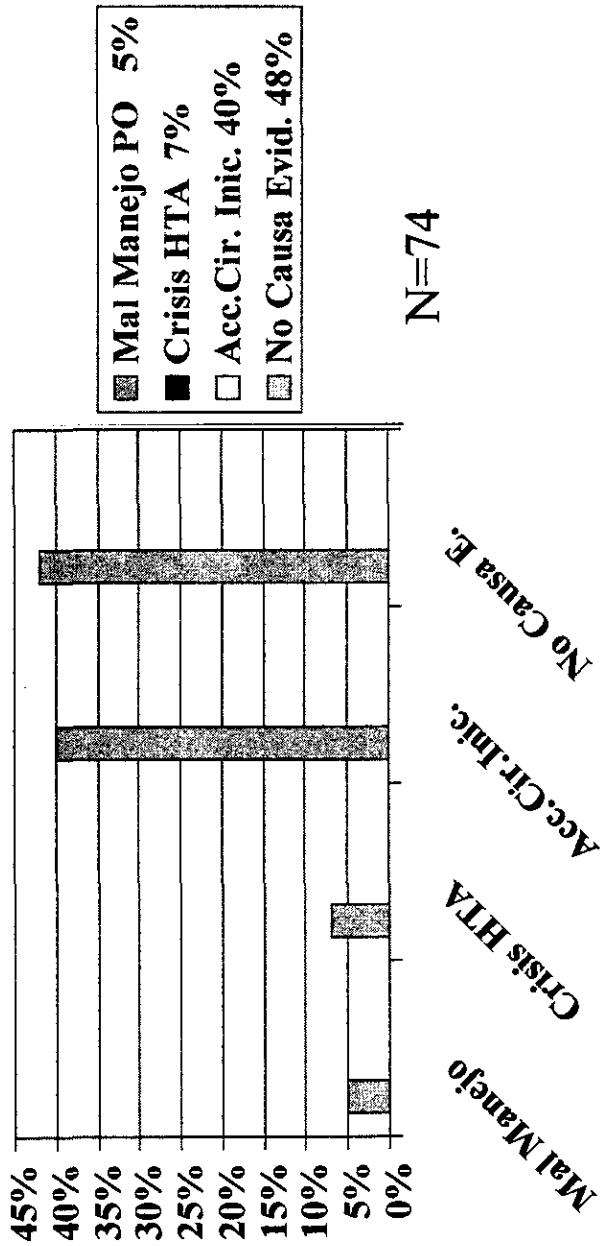
## Técnica en Prostatectomía Abierta

17%



N=18

# HLP Posible Causa de Sangrado

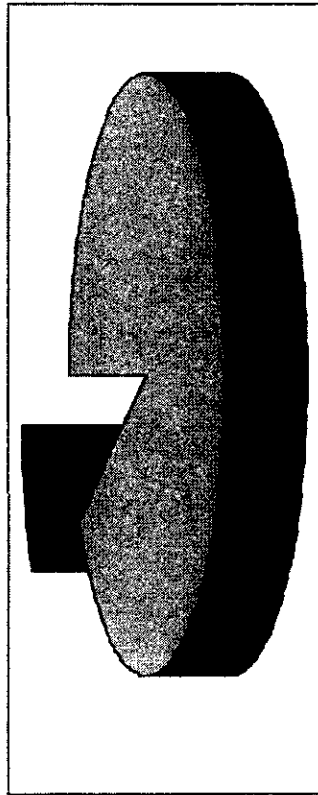


# HLPCA

## Variables HLPCA

Harris 100%

8%



■ TAPON  
■ HRYNTSCHAK

92%

Harris 42%

Bensimon 55%

Punto transfectivo 3%

N=74

No Gasas: Min: 2, Max::10,

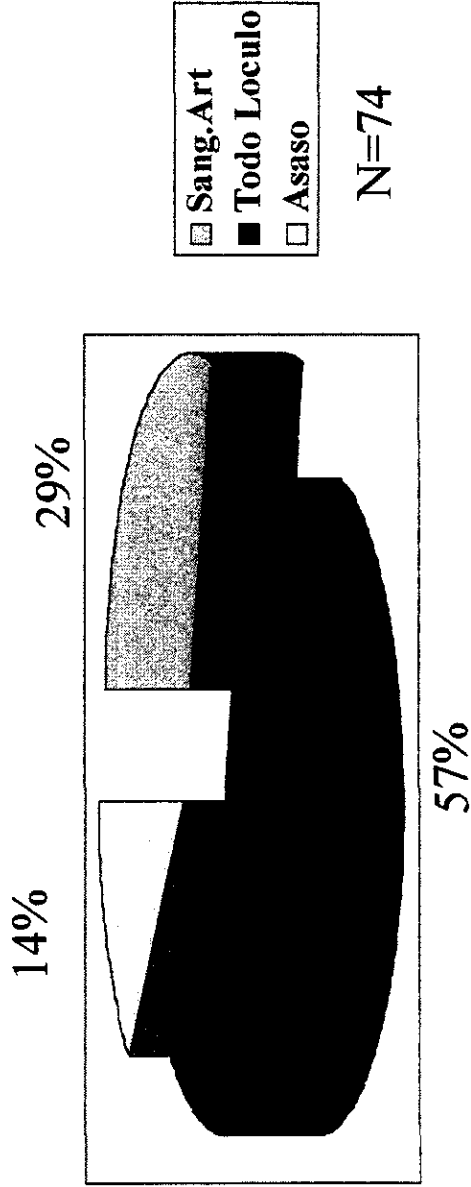
Promedio: 5

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



# HLPKA

## Hallazgos



Tiempo quirúrgico: Min 35min, Max:300min,  
Promedio:95min.

## **VIII.- Bibliografia:**

- 1.- Fuller.E.Six. Successful and successive cases of prostatectomy. J. Cutan & Genito- Urin. dis. 1895. 13: 229.**
- 2.- W.Gregoir. Hemostatic Adenectomy. Urol. Int . 1969,24:426-438.**
- 3.- Bensimon H. Hemostatic Retropubic prostatectomy , J- Urol 1973, 110: 326-327.**
- 4.- Malament M. Maximal Hemostasis in Suprapubic Prostatectomy . Surg gin & obst Jun 1965 : 1307-1312.**
- 5.- O'Conor. An Aid for hemostasis in open prostatectomy: Capsular plication. J. Urol. 1982: 127: 448.**
- 6.- Hrynstschak T, Suprapubic Prostatectomy. sringfield, ill: CharlesC. Thomas 1955.**
- 7.-Lurz y Lurz .Tratado de tecnica operatoria. 1a. ed. Ed. Labor 1969.tomoVIII, pp 429-438.**