

## Prostatectomía según Hryntschak. Análisis Retrospectivo de 100 Casos

DR. AVELINO HERNÁNDEZ LEÓN\*

DR. ROBERTO CHAVERRI SOTO\*\*

DR. JOSÉ PÉREZ QUISMET

DR. FERNANDO ROSABAL G.

### INTRODUCCION:

La prostatectomía suprapúbica es probablemente la más usada técnica en la cirugía del adenoma prostático.

La hemorragia post-operatoria ha sido siempre el más grave problema de este tipo de cirugía.

En 1955 HRYNTSCHAK describió una técnica de prostatectomía transvesical y de la cavidad prostática usando suturas transversales profundas, de material absorbible, alrededor de un catéter uretral. A pesar de la popularidad y de la simplicidad de la modificación de Hryntschak, esta técnica tardó en ser aceptada en algunos centros, especialmente de Norte América (6-7-9).

El presente trabajo está basado, como complemento de la anterior publicación sobre 30 casos efectuada en 1967, en el análisis retrospectivo de 100 casos tratados con la técnica de Hryntschak.

### MATERIAL Y METODO

Durante un período de 5 años (1966-1971) 100 pacientes han sido tratados con la técnica de Hryntschak (1-2).

Los síntomas principales fueron: a) Prostatismo, b) Retención urinaria aguda y c) Retención urinaria crónica.

La edad media fue de 71.5, el paciente más joven fue de 49 y el más viejo de 87. Hubieron 20 pacientes con más de 80 años.

Los pacientes con prostatismo tenían una edad media de 64 años, mientras que aquellos con retención aguda una media de 73.

---

\* Servicio de Urología. Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

\*\* Servicio Cirugía. Hospital México.

## TECNICA

La técnica de prostatectomía fue idéntica a la descrita por Hryntschak (1-2). En ningún paciente fue usado el drenaje suprapúbico (cistostomía) ni irrigación vesical continua post-operatoria.

*Descripción:*

- a) Posición del enfermo: en Trendelenburg acentuado.
  - 1) Incisión hipogástrica mediana longitudinal.
  - 2) Presentación de cara súpero-anterior de la vejiga.
  - 3) Abertura alta de la vejiga.
  - 4) Enucleación del adenoma buscando el plano correcto mediante la incisión circular alrededor del cuello vesical con el bisturí eléctrico.
  - 5) Tratamiento del nicho prostático: terminada la enucleación, se coloca el separador vesical trivalvo y como medida de seguridad se usa indigo-carmín intravenoso o se cateterizan los orificios ureterales. Una vez expuesto el hueco prostático se procede a la colocación de puntos hemostáticos, previa colocación por la uretra de una sonda calibre 22-24.

Los puntos hemostáticos son trasversos, a 1 cm. de los bordes de la mucosa simétricamente en número de 2 a 4 en forma de "U", uno abajo y de uno a tres por encima de la sonda donde emerge en la vejiga. Con estos puntos se suspende completamente la hemorragia.
  - 6) Sutura vesical en sujete circular (la clásica "bolsa de tabaco") extra-mucosa y reforzada con 1-2 puntos.
  - 7) Sutura de los planos superficiales previo drenaje del espacio retro-púbico.

Resultado final: Orinas claras.

## CASOS

Nº expediente	Edad	Peso próstata	Días de sonda	Reintervención	Fístula	Complicaciones	Control Cons. Ext.
1-91-00340	76	7 gr.	14	no	no	no	bien
1-03-00801	80	16 "	9	"	"	"	no
1-08-01541	86	15 "	10	"	"	"	bien
1-97-00705	77	49 "	17	"	"	"	"
1-00-00713	70	27 "	18	"	"	"	"
1-98-00702	63	18 "	8	"	"	"	"
1-02-00771	69	54 "	9	"	"	"	"
1-98-00708	79	26 "	11	"	"	"	"
1-16-01514	68	16 "	10	"	"	"	"
1-94-00295	67	38 "	8	"	"	"	"
1-09-01641	65	21 "	7	"	"	"	"
1-14-00322	68	12 "	10	"	"	"	"
1-92-00338	74	18 "	19	"	si	Abseco de pared	"
1-14-00221	60	34 "	7	"	no	no	"
1-22-00805	83	8 "	8	"	"	"	"
1-97-00371	81	19 "	9	"	"	"	"
1-02-00517	74	12 "	19	"	si	"	"
1-86-00641	74	80 "	23	"	"	"	"
1-17-01241	89	31 "	8	"	no	"	"
1-00-00416	64	92 "	10	"	"	"	"
1-85-0057	71	7 "	27	"	si	"	"
1-07-00066	68	47 "	19	"	no	Supuración	"
1-98-00028	79	23 "	8	"	"	no	"
1-01-00927	76	26 "	11	"	"	"	"
1-15-02463	61	10 "	8	"	"	"	"
1-02-00202	64	63 "	10	"	"	Sangrado	"
1-01-00704	67	3 "	9	"	"	Epididimitis	"
1-03-00752	66	20 "	8	"	"	Orquiepididimitis	"
1-03-00872	73	52 "	18	"	si	no	"
1-98-00191	69	10 "	10	"	no	"	"
1-07-00763	82	9 "	11	"	"	Tromboflebitis femor.	no
1-94-00189	71	22 "	9	"	"	no	bien
1-06-01007	67	11 "	10	"	"	"	"
1-10-01502	78	20 "	22	"	"	"	"
1-06-00217	70	35 "	9	"	no	"	"
1-93-00103	69	35 "	11	"	"	"	"
1-09-00115	68	54 "	10	"	"	"	"
1-08-01004	75	13 "	9	"	"	"	"
1-03-71504	72	33 "	9	"	"	"	"
1-86-00164	76	30 "	10	"	"	"	"
1-14-00254	71	24 "	8	"	"	"	"
1-15-00852	74	30 "	11	"	si	Infección herida	"
1-98-00492	75	12 "	9	"	no	no	"
1-96-0039	67	27 "	10	"	"	Oquiepididimitis	"
255494	50	33 gr.	10	"	"	no	no
247798	76	14 "	12	"	"	"	"
255241	87	12 "	11	"	"	"	bien
236618	80	39 "	11	"	"	"	no
257048	77	72 "	17	no	si	Sangró al día 12	bien
192899	70	43 "	10	"	no	no	no

Continuación

CASOS							
N° expediente	Edad	Peso próstata	Días de sonda	Reintervención	Fístula	Complicaciones	Control Cons. Ext.
235961	69	18 "	8	"	"	"	bien
174807	74	90 "	12	"	no	"	"
68024	78	60 "	12	"	"	"	"
194765	83	75 "	10	"	"	"	"
195168	70	42 "	8	"	"	"	"
1922991	68	53 "	13	"	"	"	"
199840	69	80 "	14	"	"	"	"
199943	69	49 "	7	"	si	"	"
195910	75	92 "	11	"	no	"	"
152124	72	35 "	8	"	"	"	"
196821	82	102 "	12	"	"	"	"
193946	76	93 "	14	"	si	"	"
196122	72	112 "	9	"	no	"	"
194425	73	30 "	10	"	"	"	"
145359	68	10 "	11	"	"	Epididimitis	"
202055	74	65 "	12	"	"	no	"
205337	80	80 "	11	"	"	"	"
207514	69	68 "	12	"	"	"	"
200503	67	82 "	11	"	"	"	"
206463	83	40 "	13	"	"	"	"
199346	85	78 "	15	"	"	"	"
209234	69	40 "	12	"	"	"	"
209062	72	30 "	10	"	"	"	"
212416	77	50 "	10	"	"	"	"
24506	74	30 "	9	"	"	"	"
66013	64	60 "	7	"	"	"	"
195001	71	50 "	8	"	"	"	"
113003	58	40 "	9	"	"	"	"
285528	66	60 "	7	"	"	"	"
10200763	66	80 "	10	"	"	"	"
1080213	58	80 "	7	"	"	"	"
193662	63	70 "	9	"	"	"	no
236826	79	63 "	10	"	"	"	"
249963	70	16 "	11	"	"	Hematoma superf. herida	"
122222	65	52 "	9	"	"	no	bien
220894	67	14 "	8	"	"	"	"
230223	66	16 "	16	"	"	Adheso herida 8 día	"
229136	66	57 "	10	"	"	no	"
246742	60	45 "	12	"	"	"	"
248358	81	46 "	17	"	si	"	"
38076	83	63 "	10	"	no	"	"
235073	80	87 gr.	12	"	si	"	"
208244	74	39 "	10	"	no	"	"
202514	64	73 "	22	Revisión hemostasia 12º día	si	Sangrado	"
80048	49	100 "	9	no	no	no	"
28903	68	65 "	10	"	"	Orquiepididimitis izq.	"
237574	78	25 "	9	"	"	no	"
215487	77	48 "	11	"	si	"	no
219251	65	71 "	11	"	no	"	bien
218590	67	30 "	17	"	si	Hematuria 12º día	no

## RESULTADOS:

El análisis y crítica de una técnica quirúrgica, en lo que a cirugía prostática se refiere, debe tener en cuenta, a nuestro juicio, varios factores que modifican aspectos tan importantes como son la vida del paciente, el riesgo quirúrgico, las complicaciones y las secuelas posibles de la técnica misma.

En 1967, publicamos la primera comunicación de los primeros 30 casos de prostatectomía según el método de Hryntschak, operados en el país (3).

En aquella ocasión consideramos que el tiempo sería también un magnífico juez en la crítica de esta técnica. Hoy, cuatro años después, con mucha satisfacción, podemos valorar 100 casos y concluir por los magníficos resultados que, a nuestro juicio, tienen el mérito de asegurar que la técnica de Hryntschak ha revolucionado la cirugía prostática al disminuir casi hasta el mínimo la mortalidad y complicaciones de esta tan delicada cirugía geriátrica.

La mortalidad, que incluye los pacientes que murieron antes de la dimisión del Hospital, fue totalmente ausente. El peso de la próstata fue muy variable, desde glándulas muy pequeñas (menos de 10 gr.) hasta unas de más de 100 gr.

La hemorragia secundaria precoz, definida como aquella que se presenta en los primeros dos días de post-operatorio, fue mínimo: 1 caso (1%).

La hemorragia tardía fue aquella que se presentó más allá del 6º, 8º día: 3 casos (3%).

Sólo un paciente debió ser reintervenido en 12º día por sangrado importante (1%).

La sutura vesical fue siempre efectuada en primera instancia y 15 pacientes presentaron fístula supra-púbica (15%). De estos, el porcentaje de pacientes en la 6ª década que presentaron fístula fue de 20%, mientras en la 8ª década fue del 80%.

La infección de la herida después de la prostatectomía se presentó en cuatro pacientes (4%) y generalmente se asoció a fístula. La frecuencia de epididimitis y orquiepididimitis fue de cinco casos (5%).

La vasectomía no se practicó en ningún caso.

En la mayoría de nuestros pacientes la sonda fue retirada entre el 8º y 10º día, con una media de 9 días.

Debido a las fístulas y a las infecciones de herida, 16 pacientes presentaron como media 17 días de sonda.

## DISCUSION

La sutura del cuello vesical y de la cavidad prostática con la técnica de Hryntschak se puede considerar como la más efectiva, de las técnicas descritas, en el control de la hemorragia, obteniéndose resultados tan seguros que sólo en un 1% se necesitó reintervención para dominar una hemorragia importante.

La relativa baja incidencia de fístulas suprapúbicas reduce considerablemente el período de convalecencia, en relación a otras técnicas, especialmente con aquéllas que usan drenaje suprapúbico.

El índice de mortalidad ausente de nuestra serie de casos puede casi asegurar que la técnica ofrece un gran margen de seguridad, que no ofrecen otras técnicas.

El control lejano de 100 casos puede descartar completamente la pretendida posibilidad que la sutura del cuello vesical pudiese determinar "contractura" o "esclerosis", como ciertos autores pretendieron insinuar.

#### CONCLUSION

La técnica de prostatectomía descrita por Hryntschak ofrece una simple y realizable solución al problema de hemorragia post-operatoria.

En tema de mortalidad y de complicaciones, la técnica supera a otras técnicas descritas.

#### RESUMEN

Se presenta una revisión y crítica de 100 casos operados de prostatectomía mediante la técnica descrita por Hryntschak.

Se concluye que la técnica representa la solución ideal actual de los problemas de la cirugía prostática.

#### SUMMARY:

It is presented a review and criticism of one hundred cases under surgical treatment of prostatectomy by the Hryntschak's technic.

It proves to be the present ideal solution for problems of prostatic surgery.

#### BIBLIOGRAFIA :

- 1.—HRYNTSCHAK, T.  
Suprapubic Prostatectomy With Primary Closure of the Bladder by an Original Method. Authorized translation by N. S. R. Maluf. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1955.
- 2.—HARRIS, S. H.  
Suprapubic prostatectomy with closure. *Brit. J. Urol.*, I: 285, 1929.
- 3.—HERNÁNDEZ, A., DE LA FUENTE, F.  
*Revista Médica de Costa Rica*. Año XXXIV, Tomo XXIV, N° 401, 1967.
- 4.—MACKY, W.  
Hryntschak prostatectomy: experiences with 300 consecutive cases. *Brit. J. Urol.*, 33:19, 1961.
- 5.—PARTON, L. I.  
Hryntschak prostatectomy-improved results with a modified technique. *New Zeal. Med. J.*, 66:661, 1967.
- 6.—BECK, A. D. AND GAUDIN, H. J.  
The Hryntschak prostatectomy. I. A review of 1,346 cases. *J. Urol.*, 103:637, 1970.
- 7.—BECK, A. D.  
The Hryntschak prostatectomy. II. A late review of 179 cases. *J. Urol.*, 103:778, 1970.
- 8.—DE LA PEÑA, A. AND ALCINA, E.  
Suprapubic prostatectomy: a new technique to prevent bleeding. *J. Urol.*, 88:86, 1962.
- 9.—BIRDSALL, J. C., POORE, G. C., BURROS, H. M. AND LIANG, D. S.  
Progress in suprapubic prostatectomy. *J. Urol.*, 68:729, 1952.
- 10.—SALVARIS, M.  
Retropubic prostatectomy: an evaluation of 1200 operations. *Hed. J. Aust.*, 1:370, 1960.