

Prostatectomía Según el Método de Hryntschak Presentación de los Primeros 30 Casos Operados en Costa Rica

Por

Dr. Avelino Hernández León * Dr. Fernando de la Fuente P. **

GENERALIDADES

La hemorragia trans y post-operatoria ha sido siempre el más grave problema de la cirugía prostática.

La multiplicidad de vías de acceso a la próstata y de técnicas descritas enseña que ninguno de los operadores han quedado satisfechos y que muy pocas de ellas ofrecen condiciones de seguridad post-operatoria.

Muchas divergencias han existido siempre en el tratamiento del nicho prostático; la mayoría empleaba el tamponamiento, otros ensayaron métodos químicos, otros aconsejaban la compresión manual temporal del nicho, la colocación de sondas provistas de balones para hacer hemostasia por compresión, el uso de coagulantes sintéticos locales, irrigaciones vesicales permanentes, etc. HRYNTSCHAK con su método de la hemostasia quirúrgica del nicho prostático obtiene una supresión de la hemorragia casi completa, evitando así el uso de los procedimientos hemostáticos aproximativos antes mencionados.

Es por este motivo que hemos considerado importante presentar esta comunicación sobre la mencionada técnica y los resultados de los primeros 30 casos efectuados en Costa Rica.

* Urologo Hospital San Juan de Dios.

** Residente Hospital San Juan de Dios.

HISTORIA

En 1901, FREYER, de Inglaterra, divulgó su técnica de enucleación prostática suprapública, llegando a alcanzar tal éxito que el nombre de FREYER adquirió sinonimia con el de la técnica.

La prostatectomía suprapública ha tenido tres períodos de evolución:

- 1) Descubrimiento del método de FREYER en 1901.
- 2) Era de la prostatectomía en dos tiempos desde el 1910 hasta el 1938-40.
- 3) HARRIS, en 1929, inaugura el método moderno de la hemostasia quirúrgica del nicho prostático.

Inspirado en las ideas de HARRIS, TEODORO HRYNSCHAK, distinguido urólogo austriaco que nació en Viena en 1889, modificó la técnica de HARRIS y la hizo mas accesible y mas completa.

TECNICA ORIGINAL DE HRYNTSCHAK

- a) Posición del enfermo: en Trendelemburg acentuado.
1. er tiempo: Incisión hipogástrica mediana longitudinal.
 - 2.º " Presentación de cara súpero-anterior de la vejiga.
 3. er " Abertura alta de la vejiga.
 - 4.º " Enucleación del adenoma buscando el plano correcto mediante la incisión circular alrededor del cuello vesical con el bisturí eléctrico.
 - 5.º " Tratamiento del nicho prostático: terminada la enucleación se coloca el separador vesical trivalvo y como medida de seguridad se usa indigo-carmin intravenoso o se cateterizan los orificios ureterales. Una vez expuesto el hueso prostático se procede a la colocación de los puntos hemostáticos, previa colocación por la uretra de una sonda calibre 22-24. Los puntos hemostáticos son transversos, 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.o " Sutura vesical en sujete circular (la clásica "bolsa de tabaco") extramucosa y reforzada con 1-2 puntos.
- 7.o " Sutura de los planos superficiales previo drenaje del espacio retropúbico.

NOTA: No se deja ninguna irrigación vesical. No se usan tampoco tamponamientos de fibrina sintética.

Nº Expediente	Edad	Peso de Próstata	Tiempo Operatorio	Hemorragia Post Operatoria	Complicaciones	Control Lejano
174807	74	90 gr	1 hora 30'	moderada	ninguna	excelente
68024	68	60 gr	1 hora 15'	moderada	ninguna	—
194765	83	75 gr	1 hora 15'	no hubo	ninguna	muy bueno
195168	70	42 gr	1 hora 15'	no hubo	ninguna	bueno
1922991	68	53 gr	1 hora 15'	no hubo	ninguna	—
199840	69	80 gr	1 hora	moderada	ninguna	muy bueno
199943	69	49 gr	1 hora	no hubo	Fístula Suprapúbica	excelente
195910	75	92 gr	1 hora	moderada	ninguna	Eslerosis C. vesical
152124	72	35 gr	1 hora 20'	moderada	ninguna	muy bueno
196821	82	102 gr	1 hora 25'	moderada	ninguna	—
193946	76	83 gr	1 hora	severa	Fístula Suprapúbica	—
196122	72	112 gr	1 hora	moderada	ninguna	—
194425	73	30 gr	1 hora	moderada	ninguna	—
145350	68	19 gr	1 hora	no hubo	Orquiepidid	—
202055	74	65 gr	1 hora	moderada	ninguna	muy bueno
205337	80	90 gr	1 hora	severa	ninguna	muy bueno
207514	69	68 gr	1 hora	moderada	ninguna	bueno
200503	67	82 gr	55'	moderada	ninguna	bueno
206463	83	40 gr	55'	moderada	ninguna	excelente
199346	85	78 gr	1 hora	moderada	ninguna	muy bueno
209234	69	40 gr	55'	moderada	ninguna	—
209062	72	30 gr	55'	moderada	ninguna	muy bueno
212416	77	50 gr	1 hora	no hubo	ninguna	bueno
24506	74	30 gr	1 hora	no hubo	ninguna	bueno
66013	64	60 gr	55'	no hubo	ninguna	—
1950014606	71	50 gr	1 hora 20'	no hubo	ninguna	bueno
11300362	58	40 gr	1 hora	no hubo	ninguna	—
285528	66	60 gr	1 hora 15'	no hubo	ninguna	—
-10000763	66	80 gr	1 hora 10'	no hubo	ninguna	muy bueno
-1080213	59	80 gr	1 hora	no hubo	ninguna	bueno

COMENTARIO

Al analizar estos 30 casos hemos tomado en cuenta los siguientes puntos que consideramos son los más importantes en la valoración de una técnica:

- 1) Peso de la próstata.
- 2) Tiempo operatorio.
- 3) Hemorragia post-operatoria
- 4) Complicaciones.
- 5) Condiciones miccionales post-operatorias.
- 6) Mortalidad.
- 7) Controles lejanos.

1) PESO DE LA PROSTATA:

El peso de la próstata fue muy variable, oscilando desde próstatas muy pequeñas (10 gr.) hasta glándulas grandes de 112 gr., por lo que consideramos justificado el uso de la técnica en cualquier volumen prostático.

Gr.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 y más
Casos	1	—	4	5	3	5	1	7	2	2

2) TIEMPO OPERATORIO:

El tiempo operatorio medio fue de 65 minutos, lo que se puede considerar como un tiempo medio habitualmente normal para una prostatectomía.

3) HEMORRAGIAS POST-OPERATORIAS:

Clasificamos las hemorragias en precoces (durante las primeras 48 horas) y tardías (al momento de retirar la sonda), en los siguientes esquemas:

HEMORRAGIAS POST- OPERATORIAS

a) PRECOZ	N° de casos
Ausente	9
Moderada	19
Severa	2
b) TARDIA	no hubo

Definimos: "Ausente", orinas claras en las primeras horas post-operatorias.

"Moderada", orinas oscuras en primeras 48 horas.

"Severa", hematuria que amerite irrigación vesical.

4) COMPLICACIONES:

Se clasificaron como generales y locales.

LOCALES	N° de casos: 3
Orquiepididimitis	1
Fístula suprapúbica	2
GENERALES	Ningún caso

5) CONDICIONES MICCIONALES POST-OPERATORIAS:

Valoradas al retirar la sonda.

BUENAS	NO ENTERAMENTE SATISFACTORIAS
28 casos	2 casos (Incontinencia relativa)

La incontinencia se resolvió en pocos días.

6) MORTALIDAD:

No se presentó ningún caso de muerte en los 30 casos operados.

7) CONTROLES LEJANOS:

Solo 18 pacientes han vuelto al control post-operatorio, de los cuales solo un caso ha presentado problemas de disuria por aparente esclerosis del cuello vesical.

Considerando que los restantes 12 deben estar bien, pues no han vuelto, creemos poder afirmar que el peligro de la estrechez post-operatoria es mínimo.

N de casos operados	30
Estrechez post-operatoria	1

CONCLUSIONES

En base a la experiencia proporcionada por estos primeros 30 casos operados con la técnica descrita, creemos poder afirmar:

- 1) La técnica de HRYNTSCHAK puede ser aplicada en todos los casos de hipertrofia prostática.
 - 2) La hemorragia trans y post-operatoria se elimina casi totalmente con esta técnica.
 - 3) Las complicaciones locales y generales son nulas.
 - 4) El peligro de estrechez post-operatoria es insignificante (Uno en 30 casos).
 - 5) Al disminuir la hemorragia, disminuye el principal peligro operatorio (ningún caso de muerte en 30 Pacientes operados).
 - 6) Los cuidados post-operatorios del personal de enfermería se ven reducidos a un control "normal", al no efectuarse irrigación vesical, ni cuidados especiales.
 - 7) Representa una gran ventaja económica, al no usarse las grandes cantidades de suero para irrigación vesical.
-