

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HIPERTROFIA NODULAR PROSTATICA

(Revisión de Tratamiento Quirúrgico, de Enero de 1979, a
Diciembre de 1980, en el Hospital Modular de Chiquimula)

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a seated woman, likely the Virgin Mary, holding a child. Above her is a crown and a shield. To the left is a castle tower, and to the right is a lion rampant. Below the central figure is a knight on horseback. The seal is surrounded by Latin text: 'CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COAGITEMALENSIS' at the top and 'SCIENTERAS ORBIS PLUS ULTRA' at the bottom.

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

CARLOS EDUARDO GONZALEZ AVILA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

- 1- INTRODUCCION
- 2- OBJETIVOS
- 3- HIPOTESIS
- 4- MATERIAL Y METODO
- 5- RECURSOS
- 6- GENERALIDADES
- 7- PATOLOGIA
- 8- TRATAMIENTO
- 9- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- 10- CONCLUSIONES
- 11- RECOMENDACIONES
- 12- BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS

INTRODUCCION

La Hipertrofia Nodular Prostática es una entidad clínica - muy importante para personas masculinas después de la cuarta década de la vida y que, cuando desencadena su variada sintomatología necesita de una actuación inmediata para aliviar al paciente de sus problemas y, en determinadas circunstancias resolverlos definitivamente y en otros para ayudar al diagnóstico de enfermedades relacionadas con la próstata que sean de pronóstico más sombrío.

Creo importante hacer una revisión de casos de tratamiento quirúrgico que fue empleado en el Hospital Modular de Chiquimula, así como analizar el número de casos de enero de 1979 a diciembre de 1980, además de la edad, estado civil, primeros síntomas, principales signos al examen físico de ingreso, datos de laboratorio y anatomía patológica.

OBJETIVOS

Contribuir al estudio de las enfermedades prostáticas en Guatemala.

Contribuir haciendo una investigación que sea útil para el cuerpo Médico-estudiantil interesados en esta entidad patológica.

Conocer la prevalencia de la Hipertrofia Nodular prostática en el Hospital Modular de Chiquimula.

Conocer los principales síntomas y signos de los casos en estudio.

Conocer los hallazgos al examen físico de ingreso, la impresión clínica de ingreso y egreso.

Determinar los métodos de tratamiento efectuados y compararlos con la terapéutica seguida actualmente.

Proponer en base a los resultados obtenidos un criterio de manejo en los pacientes afectados.

HIPOTESIS

Basándome en que el presente trabajo pretende efectuar una descripción de las principales características de una entidad clínica, su ocurrencia y lugar en tiempo determinados y su tratamiento quirúrgico, NO se dirigirá la investigación a rechazar o aceptar una determinada hipótesis.

MATERIAL Y METODO

El material del presente trabajo de investigación lo constituyen los casos de Hipertrofia Nodular Prostática registrados en el Hospital Modular de Chiquimula en el período comprendido de enero de 1979 a diciembre de 1980.

Se revisó literatura pertinente en relación con la Hipertrofia Nodular Prostática, principalmente tesis de graduación sobre el mismo tema pero realizados en otros hospitales del país, principalmente departamentales.

Se analizó los registros de pacientes hospitalizados por esta causa y se obtuvieron las historias clínicas de los pacientes con este diagnóstico.

Se clasificaron, analizaron y tabularon los datos obtenidos haciendo al final conclusiones y recomendaciones.

RECURSOS

Humanos: Médico Asesor
Médico Revisor
Personal de Archivo y estadística del Hospital Modular de Chiquimula.
Personal de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC e IGSS.

Físicos: Hospital Modular de Chiquimula.
Historias Clínicas del mismo.
Bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas USAC e IGSS.

GENERALIDADES

EMBRIOLOGIA:

La próstata inicia su desarrollo alrededor de los 85 días de la vida intrauterina. Por esta época aparecen invaginaciones epiteliales en 5 puntos diferentes de la uretra profunda embrionaria, tomando forma circular y más tarde formando luces y ramas, produciendo los tubos que constituyen el núcleo de la próstata.

HISTOLOGIA:

Es un órgano túbulo alveolar compuesto. Al corte presenta espacios glandulares de tamaño variable revestidos de epitelio cilíndrico que varía en altura, constando de una capa de células, observándose ocasionalmente pequeñas células cuboides basales a lo largo de la membrana basal, que producen el aspecto de estratificación. Todas las glándulas poseen membrana basal definida y están separadas por estroma fibromuscular abundante.

Las glándulas de la próstata incluyen dos grupos con diferencias funcionales y origen embriológico distinto. El grupo anterior está en asociación íntima con la uretra y se le conoce como glándulas periuretrales. En etapas posteriores de la vida son asiento de la hipertrofia nodular benigna. El grupo posterior constituye la porción principal de la próstata y son asiento en etapa ulterior de la vida de carcinoma de la próstata.

La histología de la próstata no persiste inmutable toda la vida. Después de los 40 años de edad, se descubren cambios atribuibiles al envejecimiento. Entre los 40 y 60 años de edad, se

han descrito una serie de alteraciones que se consideran preseniles. Consisten principalmente en atrofia del músculo liso del estroma, acompañada de aumento relativo del tejido fibroso colágeno. Además el epitelio cilíndrico disminuye de altura y las yemas papilares se hacen menos notables. La atrofia es de distribución irregular no afectando todas las regiones de la próstata. - Se cree que estos cambios asimétricos afectan principalmente a la masa externa que experimenta atrofia en tanto que la masa interna puede sufrir en realidad hiperplasia.

ANATOMIA:

Es una glándula mixta, rudimentaria en el niño, de crecimiento rápido en la pubertad alcanzando su máximo a los 25 años, y luego en la vejez crece de nuevo constituyendo la hipertrofia prostática.

De forma cónica ligeramente aplastada, de adelante a atrás de base superior, de vértice inferior, pesando más o menos 20 gramos, de color blanquecino o ligeramente rosado y de una consistencia ligeramente firme.

Presenta una cara anterior, una cara posterior, dos laterales, una base y un vértice.

La cara anterior más corta que la posterior relacionada con el esfínter externo de la uretra y con la sínfisis pubiana por el plexo de Santorini.

La cara posterior está inclinada abajo y adelante, escotada por arriba y corresponde al recto del que está separada por la aponeurosis prostatoperitoneal.

Las caras laterales son convexas de adelante a atrás, inclinadas de arriba abajo y de fuera adentro. Están cubiertas por las aponeurosis laterales de la próstata y corresponden a cada lado por su intermedio a la aponeurosis pélvica y al músculo del ano.

La base es irregular y presenta una eminencia transversal que la divide en dos partes; una anterior, que corresponde a la vejiga; otra posterior que corresponde a las vesículas seminales.

El vértice situado algo por encima de la aponeurosis media del perineo. Corresponde por detrás al codo formado por las porciones ampollar y anal del recto. Una distancia media de 3.5 cms las separa del orificio anal.

Por todo lo anterior se puede observar que la próstata está contenida en un compartimiento cuya pared superior está formada por la vejiga, la pared inferior por la aponeurosis media del perineo, la pared posterior por la aponeurosis prostatoperitoneal, la pared anterior por la expansión pre-prostática de la aponeurosis media del perineo y las paredes laterales por las aponeurosis laterales de la próstata.

No comprende solamente el tejido glandular prostático, sino que engloba una serie de órganos; a saber, la porción inicial de la uretra, el esfínter liso y el esfínter estriado de la uretra, el utrículo prostático y los conductos eyaculadores.

La constitución anatómica está constituida por un armazón conjuntivo muscular (stroma) que encierra en sus compartimientos al tejido glandular.

El estroma está formado por tejido conjuntivo provisto de fibras elásticas mezcladas con fibras musculares lisas que forman una envoltura o cápsula prostática. En ella caminan abundantes vasos sanguíneos y de su superficie interior se desprenden tabi-

ques que en su parte anterior convergen y se condensan para formar el núcleo central. Por éste pasan la uretra, los conductos eyaculadores y el utrículo prostático.

En las cavidades que limitan los tabiques fibroconjuntivos, que de la cápsula van al núcleo, están contenidas las formaciones glandulares. Son glándulas acinotubulosas, más grandes en la parte posterior que en la anterior, en número de 30 a 40, que poseen un conducto excretor que desemboca en la pared postero-inferior de la uretra prostática, a los lados del verumontanum.

Los tubos excretores están constituidos por una pared de tejido conjuntivo, sobre la cual descansa un epitelio de células cilíndricas. La porción acinosa, de forma alargada u ovoidea, está constituida por una pared de tejido conjuntivo denso, sobre el cual descansa sin basal propiamente dicha, un epitelio cilíndrico.

La irrigación prostática viene de la arteria vesical inferior, de la hemorroidal media y de la pudenda interna.

Las venas nacen de los acini y salen por toda la superficie de la cápsula prostática, principalmente por sus caras laterales. Desembocan en los plexos venosos periprostáticos. Estos se distinguen en plexo anterior o de Santorini y plexos laterales. Drenan a las ilíacas internas.

Los linfáticos van a los ganglios ilíacos externos e hipogástricos.

Los nervios proceden del ganglio hipogástrico, terminando en las fibras musculares del estroma (fibras motoras), mientras otros inervan los acini.

Recibe también ramas procedentes de la tercera y cuarta raíz del plexo sacro que se mezclan a las del plexo hipogástrico,

o abordan aisladamente a la próstata, formando antes de penetrar en ella un plexo periprostático.

FISIOLOGIA:

Segrega un líquido alcalino muy claro de aspecto lechoso. Durante la eyaculación la cápsula de la glándula prostática se contrae simultáneamente con las contracciones del conducto deferente y vesículas seminales, de manera que el líquido fluido y lechoso que contiene ácido cítrico, fosfatasa ácida y espermina, se une a la masa del semen.

La característica alcalina esencial del líquido prostático puede ser muy importante para una buena fertilización del huevo, pues el líquido del conducto deferente es relativamente ácido debido a la presencia de productos terminales del metabolismo de los espermatozoos, y, en consecuencia, inhibe la fertilidad de los mismos. También es sabido que las secreciones vaginales son de tipo muy ácido pH de 3.5 a 4.0. El espermatozoos no logra su mejor motilidad hasta que el pH de los líquidos vecinos se eleva hasta aproximadamente 6 a 6.5.

En consecuencia, es probable que el líquido prostático neutralice la acidez de los demás líquidos después de la eyaculación, y aumente considerablemente la motilidad y fertilidad de los espermatozoos.

El epitelio de la próstata es el que elabora la fosfatasa ácida, la cual ejerce su máxima actividad en pH de 5.0 y parece ser producido en pequeñas cantidades que normalmente no se descubren en la sangre por su baja concentración o por la escasa absorción. Sin embargo, en caso de proliferación neoplásica o de diseminación metastásica de tumores prostáticos, la fosfatasa ácida pueda elaborarse en cantidad suficiente para descubrirla en el suero sanguíneo, lo que brinda una prueba clínica útil en el descubrimiento del carcinoma prostático.

HIPERTROFIA NODULAR PROSTATICA

PATOLOGIA:

El crecimiento de la glándula prostática es comunmente llamada hipertrofia benigna aunque histológicamente la hiperplasia predomina. Ocurre generalmente antes de los 50 años de edad y la incidencia aumenta con la edad. La próstata normal del adulto pesa alrededor de 20 gramos. La próstata hipertrofiada es usualmente dos, tres, o cuatro veces más grande, siendo común encontrar próstatas de más de 200 gramos.

A pesar de la frecuencia en varones mayores de 80 años solamente en un 5 por ciento se necesita el tratamiento quirúrgico para aliviar la obstrucción uretral, y en los demás la lesión tiene poca importancia clínica.

ETIOLOGIA:

Se desconoce la causa de la hiperplasia nodular, pero los datos reunidos hablan en contra de que el trastorno sea esencialmente neoplásico, una reacción a la inflamación crónica, o consecutiva a involución arterioesclerótica. Parece intervenir como factor predisponente o agravante algún tipo de desequilibrio hormonal. A diferencia de lo que ocurre en el carcinoma de la próstata que se origina en la corteza del órgano, la hipertrofia nodular nace de los acinos glandulares en la vecindad inmediata de la mucosa de la uretra prostática, por lo que es más lógico denominarla adenoma periuretral. A medida que la hiperplasia aumenta, las glándulas son comprimidas periféricamente. Entre ambos se desarrolla un plano de despegamiento conocido como cápsula quirúrgica, que permite al cirujano enuclea un adenoma periuretral, desde el interior de la próstata al efectuar la opera-

ción abierta o sea la prostatectomía suprapúbica.

La hiperplasia nodular benigna se clasifica según la localización de las glándulas hipertrofiadas. Los más comunes son los agrandamientos del lóbulo medio y del lateral.

SINTOMATOLOGIA:

Los síntomas aumentan en la medida que aumenta la estenosis de la uretra, produciéndose esfuerzo y dificultad para iniciar la micción, reducción de la presión y calibre del chorro de orina y nicturia. El progreso de la sintomatología por lo general es lento.

La infección se presenta comunmente con la estasis y la retención de orina residual, pudiendo presentarse hematuria y ocasionalmente uremia como un resultado de la presión antidrómica prolongada y la hidronefrosis bilateral. La determinación del Nitrógeno No Proteico puede proporcionar la única pista de la enfermedad obstructiva asintomática de lento progreso. La orina residual puede medirse por sondeo después de la micción.

DIAGNOSTICO:

Los métodos de diagnóstico son sencillos teniendo en cuenta la historia clínica. El tacto rectal debe hacerse con el paciente arrodillado o flexionado en posición codo-rodillas. El pulpejo del dedo, lubricado y enguantado, la percibe con facilidad, siendo en los sujetos sanos del tamaño de una castaña, con un surco longitudinal en su dorso, de consistencia uniforme y elástica a tensión, límites bien precisos y movilidad escasa, con una longitud media de 3 centímetros, llamando la atención su indolen-

cia. Su expresión da salida a unas gotas blancas a nivel del meato uretral. El aumento de volumen, dolor, movilidad y todo esto acompañado de la historia clínica nos deben dar el diagnóstico.

Hay que tener en cuenta que otras causas de obstrucción uretral incluyen estenosis uretral, cálculo vesical, tumor vesical vejiga neurógena o carcinoma de la próstata.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la Hipertrofia Nodular Prostática es quirúrgico. El sondeo vesical únicamente es paliativo. Los grandes adenomas deben ser extirpados por una intervención quirúrgica, pudiendo ser extirpados los pequeños por prostatectomía transuretral.

La antibioticoterapia es bastante útil para combatir las infecciones sobreagregadas hasta que se elimina la obstrucción. Con antiespasmódicos se obtiene alivio sintomático.

TECNICA USADA:

Paciente con anestesia raquídea.- Asepsis y colocación de campos.- Incisión, transversal o longitudinal, mediana suprapúbica, de 5 a 6 centímetros de longitud.- Hemostasia de vasos sangrantes.- Incisión de fascia.- Divulsión de músculos rectos.- Incisión de pared anterior de vejiga, ya sea en sentido vertical o transversal. Localización y disección roma con los dedos índice y medio, de los lóbulos prostáticos hipertrofiados y extracción manual de la próstata.- Compresión del lecho prostático, hasta que ceda o disminuya la hemorragia.- Colocación de vejiga de hule de la sonda de Foley en el lecho prostático; la sonda de Foley la llevan los pacientes colocada al llegar a sala de operaciones.- Se coloca sonda de Pezzer dentro de la vejiga, la cual se exterioriza por otra herida en la cara anterior de la vejiga.- Sutura de la pared vesical en dos planos con material absorbible; Catgut crómico 0, Dexón 00.- Se coloca Pen Rose en el espacio retropúbico.- Colocación de puntos de afrontamiento en músculos rectos.- Sutura de fascia con algodón 00.- Sutura de tejido celular subcutáneo con Catgut simple 00.- Sutura de piel con algodón 00 ó 000.- El Pen Rose y la sonda de Pezzer se esterilizan por una herida contralateral. Se efectúa luego vasectomía bilateral.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

REVISION DE CASOS:

Se hace un estudio estadístico haciendo énfasis en edad, residencia, estado civil, primeros síntomas, motivo de consulta, síntomas y signos al ingreso, diagnóstico de ingreso y egreso, enfermedades sobreagregadas, tiempo de hospitalización y otros parámetros relacionados con la Hipertrofia Nodular Prostática.

CLASIFICACION POR EDAD:

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
45-50	1	2.63
51-55	5	13.16
56-60	7	18.42
61-65	11	28.94
66-70	5	13.16
71-75	4	10.53
76-80	4	10.53
81-85	0	0.00
86-90	1	2.63
TOTAL	38 casos.	100.00

El cuadro anterior evidencia y confirma que la Hipertrofia Nodular Prostática es una enfermedad que se manifiesta principalmente después de los 50 años de edad, estando la mayoría de los casos comprendidos entre las edades 55 a 65 años.

RESIDENCIA

Chiquimula	Honduras	El Salvador
31 casos, 81.58%	5 casos, 13.16%	2 casos, 5.26%

Demuestra el anterior cuadro que de los pacientes tratados por problemas prostáticos, casi la quinta parte (18.42%) son extranjeros que buscan asistencia médica en nuestros hospitales ya que se les brinda adecuada atención médico-quirúrgica.

ESTADO CIVIL	CASOS	PORCENTAJE
Casado	10	26.32
Unido	22	57.90
Viudo	4	10.52
Soltero	2	5.26
TOTAL	38 casos	100.00

El cuadro anterior nos indica que la gran mayoría de los pacientes tuvieron o tienen actividad sexual activa y aunque esto no está considerado en la etiología de la enfermedad, es de considerar si no podría ser causa de Hipertrofia Prostática.

EXAMEN FISICO DE INGRESO:

De los 38 pacientes estudiados a solamente 23 se les hizo tacto rectal en emergencia (o por lo menos que fue descrito en papeleta) lo que hace un 60.53%. Asimismo 15 pacientes presentaron globo vesical evidente que equivale a un 39.47%. Tres pacientes presentaron otros síntomas de ingreso, y 5 pacientes ingresaron sin describir examen físico (13.16%).

PRIMEROS SINTOMAS

PRIMEROS SINTOMAS	CASOS	PORCENTAJE
Polaquiuria y disuria	7	18.42
Polaquiuria y nicturia	6	15.79
Polaquiuria	5	13.16
Estranguria	5	13.16
Polaquirua, fiebre y dolor lumbar	1	2.63
Retención urinaria	2	5.26
Poliuria, nicturia y hematuria	2	5.26
Hematuria	1	2.63
No definido	9	23.69
TOTAL	38 casos	100.00

El cuadro anterior nos demuestra que el porcentaje más alto nos lo da el parámetro, "no definido", lo que nos indica que en la papeleta clínica, no se anotan los datos de las historias clínicas dadas por el paciente, siendo dable recomendar hacer Historias clínicas concisas pero completas, además por la misma razón el tiempo de evolución no es dable y no es posible computarlo.

MOTIVO DE CONSULTA	CASOS	PORCENTAJE
Retención urinaria	19	50.00
Estranguria y dolor hipogástrico	6	15.80
Polaquiuria y nicturia	3	7.90
Polaquiuria	2	5.26
Hematuria, polaquiuria y nicturia	2	5.26
Referido Cateterizado	2	5.26
Prostatectomía anterior	1	2.63
Náusea, vómitos y diarrea	1	2.63
Fiebre, dolor y calos en codo derecho	1	2.63
Pérdida de conocimiento por ingesta - de alcohol y epamin	1	2.63
TOTAL	38 casos	100.00

La gran mayoría de los pacientes (92.11%) consultaron por motivos relacionados con la enfermedad, y el resto de pacientes se les dio tratamiento relacionado a su problema de consulta y el hallazgo de problemas prostáticos, fue hecho en los servicios generales del Hospital.

SONDA DE PEZZER:

Se encontró un promedio de 5.2 días para el retiro de la sonda de pezzer, tomando en cuenta para su retiro la desaparición de la hematuria.

SONDA DE FOLEY:

El cierre de la fístula vésico cutánea por donde emergía la sonda de Pezzer fue el parámetro tomado en cuenta para el retiro de la sonda de Foley, encontrándose un promedio de 15.24 días con límites mínimo de 8 días y un máximo de 33 días, éste último paciente por haber presentado una persistencia de la fístula vésico-cutánea.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION:

El promedio de días de hospitalización fue de 30.26 días con límite mínimo de 3 días, (paciente que rehusó intervención quirúrgica) y un máximo de 84 días, naturalmente este paciente no fue operado de inmediato porque presentaba un cuadro de Artritis séptica y se le mejoraron las condiciones generales de ingreso para luego ser sometido a intervención prostática. Más de la mitad de los pacientes (55.26%) estuvieron hospitalizados entre 11 a 30 días.

El promedio de días de hospitalización alto es debido a dos principales razones: mal estado general debido a varios factores como socio-económico, cultural, ingreso de emergencia etc, y la otra razón es de las enfermedades sobreagregadas que presentan los pacientes.

COMPLICACIONES POST-OP	CASOS	PORCENTAJE
Herida Op. infectada	5	13.16
Dehiscencia herida Op.	7	18.42
Fístula vésico-cutánea	5	13.16
TOTAL	17	-----

El porcentaje de complicaciones del total de pacientes es de 44.74%, en realidad bastante alto, y debe considerarse el buen manejo que debe tener el paciente post-op, el escaso personal, la posible contaminación de sala de operaciones etcétera.

DIAGNOSTICOS SOBREGREGADOS: CASOS

Infeción urinaria	14
Parasitismo intestinal	3
Artritis reumatoidea degenerativa	1
Divertículo vesical	1
Hipertensión arterial	1
Cambios de conducta (senilidad?)	1
Artritis séptica	1
D.C.A. más anemia secundaria	1
Quiste testicular	1
Uretrolitiasis	1
Gran mal	1

Más de la tercera parte de los pacientes (36.84%) presentaron Infeción urinaria, condición que confirma lo expuesto en generalidades de la enfermedad de la fácil infección urinaria de estos pacientes por estasis urinaria.

Es de hacer notar que el 68.42% de los pacientes presentan otra enfermedad, lo que indica además, el tiempo de hospi-

talización alto que se encontró. Naturalmente todos los pacientes fueron tratados para su curación y/o alivio de sus problemas

ANESTESIA	CASOS	PORCENTAJE
Epidural	35	92.11
General	2	5.26
No operado	1	2.63
TOTAL	38 casos	100.00

En las fichas clínicas no se encontró el motivo por lo que dos pacientes fueron intervenidos con anestesia general, no pudiendo así sacar conclusiones.

ANTIBIOTICOS EMPLEADOS	CASOS	PORCENTAJE
Ampicilina, Sulfametoxasole y Piridium	2	5.26
Ampicilina y Sulfametoxasole	16	42.10
Ampicilina y piridium	5	13.16
Ampicilina	10	26.32
Sulfametoxasole	5	13.16
TOTAL	38 casos	100.00

Se usaron con más intensidad Ampicilina y Sulfametoxasole ya que son drogas altamente bactericidas, y además el Piridium como coadyuvante ya que siendo éste un antiséptico urinario ayuda a la acción de la terapia antimicrobial. Se encuentra el problema en el tratamiento médico de que no existe un patrón de tratamiento y en algunas ocasiones se abusa de la antibioticoterapia. En los registros clínicos no se observan notas por las cuales se decide cambiar de antibiótico, siendo lamentable ya que una terapia antibiótica apropiada es indicada con una observación clínica en cada caso particular.

TRATAMIENTO QUIRURGICO	CASOS	PORCENTAJE
Prostatectomía S.P. y Vasectomía	33	86.85
Cistostomía	1	2.63
Cistostomía y Dilatación uretral	1	2.63
Prostatectomía S.P., Vasectomía y uretrolitotomía	1	2.63
Prostatectomía S.P., Vasectomía y resección de quiste testicular, más apendisectomía profiláctica.	1	2.63
Rehusó intervención quirúrgica	1	2.63
TOTAL	38 casos	100.00

La técnica quirúrgica empleada fue la descrita anteriormente, y pequeños problemas quirúrgicos fueron resueltos sin ningún problema.

CONDICION DE EGRESO	CASOS	PORCENTAJE
Curado	37	97.37
Alivio sintomático	1	2.63

Los pacientes tratados por Hiperplasia Nodular Prostática fueron tratados con éxito de sus problemas a pesar de alto porcentaje de complicaciones post-op, pero estos problemas fueron resueltos en su oportunidad en clínicas de Consulta Externa.

ANATOMIA PATOLOGICA

Aunque en los registros clínicos de los pacientes se indica que se mandó muestra para estudio anatomopatológico, además de que es orden establecida por la Dirección Hospitalaria solamente se encontraron 31 resultados dando un Diagnóstico de Hipertrofia Prostática Benigna o Hiperplasia Nodular Benigna o Hipertrofia Nodular Prostática. Esta cantidad nos da un porcentaje de 81.58. Dicho estudio anatomopatológico se efectúa en la ciudad capital por lo que las circunstancias por lo que se extraviaron algunos resultados puede deberse a diversas y variadas causas.

CONCLUSIONES

- 1- Se confirma que la Hipertrofia Nodular Prostática es una enfermedad que se manifiesta principalmente después de los 50 años de edad; solamente un caso se observó abajo de esa edad.
- 2- Los pacientes extranjeros que buscan asistencia en nuestros hospitales son tratados sin ninguna discriminación y en este caso alcanzaron casi la quinta parte del total (18.42%).
- 3- La descripción del examen físico de ingreso adolece de muchas fallas para poder hacer un estudio detallado. La descripción del tacto rectal principalmente en la mayoría de los casos es muy vaga.
- 4- La Polaquiuria es el síntoma inicial predominante, acompañado de otros desórdenes urinarios, aunque el principal motivo de consulta es la retención urinaria (50.00%).
- 5- El tiempo de hospitalización es alto debido al mal estado general de los pacientes y a sus problemas sobreagregados.
- 6- Las complicaciones post-operatorias fueron resueltas con éxito aunque el porcentaje de estas fue bastante alto (44.74%).

- 7- La Infección urinaria se presenta en alto grado en estos pacientes dándose 14 casos (36.84%), siendo tratada principalmente con Ampicilina y Sulfamètoxasole. Lamentablemente no se observan notas en las papeletas clínicas que indiquen el uso apropiado de cada antibiótico en cada caso - en particular, en la mayoría de los casos.
- 8- Los pacientes intervenidos recibieron una curación completa de sus problemas prostáticos según las fichas clínicas ya que el seguimiento de los que presentaron complicaciones no se detalla en las mismas.

RECOMENDACIONES

- 1- Siendo el Hospital Modular de Chiquimula un Hospital Escuela, debe dársele más importancia a describir, concisa pero detalladamente las historias clínicas, para poder hacer estudios o descripciones más completas.
- 2- Dotar al Hospital Modular, en lo posible, de un laboratorio anatomopatológico para evitar extravíos de los resultados y obtener diagnósticos precisos más rápidamente.
- 3- Debe efectuarse, de rutina, tacto rectal a todos los pacientes de más de 50 años, con problemas urinarios o no, para descartar Hipertrofia Nodular Prostática.
- 4- Incorporar a las fichas clínicas el seguimiento de los pacientes intervenidos en el Hospital Modular, para así tener una visión más amplia de su post-operatorio.
- 5- Continuar con investigaciones médico-científicas para el mejor conocimiento y solución de la problemática de salud guatemalteca.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Barrera Chilín.
"Prostatectomía Suprapúbica", Hospital Regional de Jutiapa. Trabajo de tesis, 1978.
- 2- Díaz Herrera.
"Prostatectomía Suprapúbica", Estudio en Hospital Nacional de Jalapa. Revisión 1976-1978.
- 3- Figueroa Swanson.
"Tratamiento de Hipertrofia Prostática Benigna", Revisión de 2 años en el Hospital Nacional de Amatitlán, 1976-1977.
- 4- Fuentes Escobar.
"Hipertrofia Prostática Benigna", Tratamiento en Hospital Nacional de Escuintla. 1978.
- 5- Morales Roldán.
"Prostatectomía Supra-retropúbica", Estudio en Hospital Nacional de Zacapa, 1976.
- 6- Quiroz Gutiérrez
Anatomía Humana, Editorial Porrúa, 1972, Novena Edición.


7- Cristhofer, Tratado de Patología Quirúrgica, Décima Edición. Buenos Aires. 1974.


8- Reyes Mansilla, Juan. Médico Residente del Hospital Modular de Chiquimula. Comunicación docente personal, enero 1981.

9- Tomlinson et. al. The Journal of Urology. Radical Prostatectomy, Washington, Nillian and Williams, 1977.

10- Wilson, John, Manual de Cirugía, Segunda Edición, México. El Manual Moderno, 1972.

Br.



CARLOS EDUARDO GONZALEZ AVILA


Asesor
Dr: MARIO GIL CHEW

Dr.

Revisor.


Dr: LUIS E. GONZALEZ MORAN


Director de Fase III

Carlos A. Waldheim.

Dr.


Secretario


Dr. Jaime Gómez

Do.

Dr.

Decano.


Dr. Carlos A. Waldheim.