

PROBLEMAS CLÍNICOS EN EL PROSTATICO

Por los Dres. ERNESTO A. RÓTTJER y LUIS MARIA BREA

1. — Consideraciones geriátricas generales:

Es recién en el curso de nuestro siglo, que la geriatría ha sido considerada como una rama importante de la medicina, y sobre todo en estos últimos años recibe un vigoroso impulso dado por la medicina Europea y la de Estados Unidos. Esto ha traído como consecuencia una revisión integral de la patología del viejo, y como deducción lógica, modificaciones en el criterio terapéutico, ya sea, clínico o quirúrgico.

En la patología senil debemos establecer fundamentalmente, que existen:

1. *Enfermedades que son comunes a toda edad*; imprimiéndole la vejez caracteres especiales.

2. *Procesos mórbidos particulares o propios de la vejez*; aunque se entiende que no hay entidades patológicas privativas exclusivamente de la edad avanzada.

3. *Disfunciones o achaques*, que no alcanzan a configurar una enfermedad propiamente dicha, y que son comunes en la senectud: presbicia, amnesia senil, temblor, disminución de la agudeza visual, etc.

La hipertrofia de la próstata o más correctamente, el adenoma de próstata, es uno de los procesos más frecuentes de la vejez; es por consiguiente, con la arterioesclerosis, ya localizada o generalizada; la hipertensión arterial esencial; el enfisema toracógeno o pulmonar senil; el carcinoma de próstata; la gota; demencia senil; enfermedad de Parkinson; catarata; glucoma; etc.; una afección correspondiente al grupo 2. de la división, es decir es una afección propia de la vejez.

Confirmando esta conclusión proyectaremos un cuadro estadístico de R. A. Moore de St. Louis (1952).

INCIDENCIA DE LA HIPERTROFIA DE PROSTATA CON LA EDAD

Edades	Nº de próstatas examinadas	% con hipertrofia de próstata
21-30	24	0
31-40	28	4
41-50	23	30
51-60	65	37
61-70	77	67
71-80	63	68
81-90	24	75
Total:	304	

El siguiente cuadro nos muestra la Incidencia de la hipertrofia de próstata por encima de los 61 años de edad.

Edad	Normal	%	¿Agrandada?	Franco agrandamiento	%	Nº de casos
61-65	725	56	302	159	17	1186
66-70	423	49	259	99	18	761
71-75	192	38	148	77	27	417
76-80	72	33	53	45	34	170
81-85	30	37	16	23	38	69
85	2	48	2	4	24	8
Total: 1454			780	407		2641
Por % 48,8			26,2	13,6		

En 407 casos el agrandamiento prostático se confirmó por los urólogos y no habiendo indicación operatoria 221 casos (7,3 %) fueron operados. Es un grupo diferente del de los 407 anteriores. Los 407 no operados estuvieron bajo observación médica, comprobándose: 68,5 % vivieron o murieron sin presentar trastornos prostáticos; el 27,5 % murió habiendo tenido cierta intervención en el deceso su afección prostática y el 4 % murió únicamente debido a su afección prostática. La evidencia del control a posteriori de los 407 casos, si bien no constituye un argumento para el tratamiento quirúrgico de la próstata agrandada sugiere la necesidad de rever los casos y de estar más pronto a operar de lo que se ha hecho en el pasado.

AFECCIONES CLINICAS ASOCIADAS AL PROCESO QUIRURGICO

Pulmonares	25
Tuberculosis	13
Enfisema fibroso	9
Bronquiectasias	1
Asma bronquial	2
Cardíacas	49
Insuficiencia cardíaca actual	4
Insuficiencia cardíaca anterior	4
Oclusión coronaria antigua	4
Hipertensión	22
Arterioesclerosis	9
Lues	2
Reumatismo	4
Avitaminosis trastornos nutritivos	33
Alcoholismo crónico	5
Diabetes	3
Cirrosis de Laennec	5

Así como el cuadro anterior sirve para orientarnos acerca de los procesos que, probablemente, puede presentar un paciente añoso con hipertrofia de próstata, el cuadro siguiente de Carp L. (1951) nos es sumamente útil para valorar los procesos clínicos que un anciano operado puede presentar.

Causas de muerte en pacientes de más de 60 años de edad
(dentro del mes de la operación, cirugía general).

Diagnóstico	Causa principal	Causa contribuyente
Bronconeumonía	28	10
Dilatación cardíaca	27	3
Peritonitis	18	1
Tromboembolismo	7	2
Sepsis	7	1
Pielonefritis	6	15
Oclusión coronaria	3	2
Anestesia	2	-
Absceso pulmón	1	-
Carcinoma metastásico	1	12
Úlcera de decubito	-	5
Tuberculosis pulmonar	-	3
Bronquiectasia	-	2
TOTAL	100 casos	

Desde hace algunos años efectuamos en el Hospital Militar el estudio y tratamiento de los enfermos, en equipo, lo cual nos ha permitido recoger alguna experiencia sobre los problemas con que se enfrenta el mismo y en el caso especial del prostático, los problemas que pueden sucitarse en el pre y post-operatorio.

Podemos así establecer que es muy frecuente en la patología geriátrica, tener que atender pacientes que podríamos decir son portadores de varias enfermedades a la vez. Tienen lo que diríamos polienfermedades.

No es infrecuente tener pacientes que además del adenoma de próstata tiene litiasis vesicular; enfisema atrófico o senil; hipertensión arterial esencial; afecciones coronarias a forma de insuficiencia de irrigación. A pesar de esto la sintomatología de cada una de dichas afecciones transcurren, por lo general solapadamente y en muchas ocasiones son descubiertas al realizar el estudio exhaustivo y sistemático de dichos pacientes. Por otra parte la sumación de dichas afecciones, en general, no traen en forma franca trastornos en el estado general que nos haya imposibilitado, una vez realizado un tratamiento pre-operatorio, efectuar con éxito la prostatectomía, y en ocasiones, como en un caso, la extirpación trajo una mejoría en las cifras tensionales Mx. y Mn. que han perdurado hasta la actualidad, después de 2 años de operado.

Recapitulando diríamos: que la enfermedad prostática enfrenta al médico con los siguientes problemas fundamentales.

- a) Valoración de la capacidad funcional renal.
- b) Valoración de la capacidad funcional broncopulmonar.
- c) Valoración de la capacidad funcional hepática.
- d) Valoración de la capacidad funcional cardiovascular.
- e) Valoración del estado metabólico, estado de nutrición y del medio interno.

Antes de entrar en los detalles de las distintas valoraciones creemos interesante comentar algunas características generales del organismo senil y de su reacción al traumatismo quirúrgico.

La característica fisiológica más notable de la vejez es la falta de reservas funcionales (Bastai y Dogliotti). Mientras en estado de reposo, la función de los distintos aparatos de la economía, pueden no mostrar alteración funcional alguna, cuando son sometidos a exigencias, en nuestro caso, una operación, aparece en cierto grado de descompensación.

La reacción sistemática a la injuria, reacción de alarma o adrenopituitaria es mucho menor en el viejo que en los jóvenes, por lo tanto después de una operación tienen menos dolor, menos astenia, menos fiebre. A menudo parece que no se les hubiera operado; pero son más susceptibles a las complicaciones por esa menor reacción sistemática.

a) *Capacidad funcional renal.*

Se creía antes que la función renal disminuía con el avance de la edad. Sin embargo se han efectuado estudios de la misma, en distintas edades sin descubrir diferencias significativas al menos con los métodos ordinarios de investigar dicha función (Miller, Mac Donald y Shock, 1951).

En el prostático pueden presentarse con respecto al riñon tres casos diferentes: 1º) El riñon es sano y la afección prostática no ha traído fenómenos secundarios de obstrucción que repercutan sobre el funcionalismo renal; no existe problema. 2º) A la afección de la próstata, acompaña como enfermedades agregadas renales más comunes en el viejo: la glomerulonefritis crónica o la nefrosclerosis, no así la glomerulonefritis aguda, enfermedad rara a medida que la edad avanza.

La litiasis renal en comienzo no es frecuente en la vejez, pero es relativamente común encontrar litiasis renales con alteraciones inflamatorias en el riñon y obstrucciones pelviureterales crónicas, que anulan su función. El pronóstico en este 2º grupo es grave y es donde la indicación operatoria radical se pospone dada la alteración funcional; en este caso respondiendo a alteraciones renales, orgánicas irreductibles.

El tercer grupo comprende aquellos enfermos que la alteración renal es debida a la enfermedad prostática, cuando se complica con fenómenos secundarios de obstrucción.

En estos enfermos, el drenaje vesical a permanencia para compensar la obstrucción urinaria, los antibióticos para combatir la infección existente y la medicación dietética bien equilibrada, aseguran una recuperación funcional renal franca, espectacular a veces que garantiza el normal funcionamiento de un riñon que hasta ese momento era portador de serias lesiones, aunque reversibles. Por último tenemos el convencimiento que no constituye nunca una contraindicación operatoria, una taza más o menos alta de urea resistente a los tratamientos antes indicados, con creatinina normal.

Efectivamente, la taza de urea ligera o francamente elevada, sin un correspondiente aumento de la cifra de creatinina en sangre nos indican claramente su origen extrarrenal, mejor dicho la naturaleza post renal en nuestros casos, en particular.

Tan es cierto que por el contrario hemos observado su vuelta a cifras normales después de extirpado el adenoma prostático.

Es bien sabido que la intervención precoz nos pone a cubierto de las complicaciones y del desequilibrio funcional irreversible.

En el prostático la capacidad funcional renal está comprometida en relación directa al tiempo de evolución y de la magnitud de los fenómenos secundarios, a la obstrucción urinaria. La azohemia, la concentración fortuita de la urea en la orina, la densidad de la misma y en especial la urografía excretora, como expresión dinámica de la función renal y estática de su repercusión en el árbol urinario, son los elementos de que nos valemos para establecer el grado de agresión de la capacidad de la función renal.

Las pruebas funcionales renales con sustancias propias o extrañas al organismo son a nuestro criterio de poca utilidad por lo falaz de sus resultados y lo engorroso de su utilización, no siempre al alcance del médico práctico.

En cambio damos importancia al dosaje correcto de la creatinina en sangre, cuya sobretasa nos habla con evidencia de una insuficiencia renal.

b) *Valoración de la capacidad funcional broncopulmonar.*

La frecuencia mayor en los estados bronco pulmonares del viejo, corresponde en particular a las bronquitis crónicas, las bronquiectasias y al enfisema atrófico senil o toratógeno.

Enfisema: El E. determina funcionalmente un desplazamiento de la posición media respiratoria en el sentido de la inspiración, y una menor movilidad respiratoria, que a veces alcanza a grados marcados. Ello agregado a la reducción de la superficie respiratoria debido a la desaparición de alveolos y capilares hacen que la saturación de la sangre en oxígeno sea deficiente. Este trastorno asociado a la disminución de la capacidad vital que en grado mayor o menor acompaña al mismo, es el responsable de las dificultades cardiorrespiratorias de estos pacientes.

Bronquitis de la vejez: Se presenta de ordinario en pulmones enfisematosos. La bronquitis entonces se desarrolla en condiciones anatómicas desfavorables; el pulmón no puede comprimirse al máximo, lo cual facilita el acúmulo de secreciones y dificulta su expulsión, sobretodo si los esputos son muy viscosos y abundante. Es un hecho interesante que en las autopsias los bronquios están llenos de secreción purulenta, aunque en vida apenas hubiesen espectorado los enfermos; de ordinario las bronquitis agudas o crónicas cursan sin fiebre con temperaturas subfebriles. Todas estas enfermedades agregadas a la prostática, susceptibles de complicarse en el pre y post-operatorio, deben ser despistadas a tiempo por el internista, para poder indicar el tratamiento antibiótico más adecuado, aumentar por medio de ejercicios respiratorios en lo posible la capacidad pulmonar, y convenir con el anestesista, la anestesia más tolerable y menos perjudicial para cada caso en particular.

Brevemente creemos de sumo interés insistir en el valor de la gimnasia respiratoria reductora destinada fundamentalmente a mejorar la faz respiratoria de la respiración, que es la más perturbada en este tipo de pacientes seniles.

Igualmente es un recurso terapéutico útil, el empleo de agentes como la Ipeca, destinados a combatir el factor broncoplégico frecuente en los ancianos.

En el post-operatorio cuidar la posición del enfermo en cama y levantamiento precoz para evitar las congestiones bíasicas y los procesos neumónicos, que sabemos son frecuentes en los ancianos; de sintomatología solapada, de curso casi afebril, pero con estados de colapsos en ocasiones que ensombrecen el pronóstico.

Es conveniente en todos los casos hacer una radiografía de tórax; el anciano puede ser portador de una tuberculosis crónica que ha sido asintomática durante toda su existencia, aun formas excavadas; y que el trauma operatorio puede reactivar dando las formas más graves de diseminaciones hematógenas, en estos casos llamadas tardías.

Diremos que siempre es de utilidad la investigación y tratamiento de focos sépticos dentarios y sinusales para evitar complicaciones pulmonares.

c) *Valoración de la capacidad funcional hepática*

La función hepática es tan importante como la renal para la integridad del individuo. Las enfermedades hepáticas más comunes en el viejo y que suelen existir como afecciones agregadas en el prostático son las colecistopatías crónicas litiásicas o no, y las cirrosis de Laennec.

Si bien las primeras son más frecuentes, repercuten menos sobre el estado funcional hepático y general del individuo; mientras la segunda provocan casi siempre grado diverso de insuficiencia hepática y su incidencia como causa de mortalidad aumenta paralelamente con el aumento de la edad.

Es característica de las litiasis en la vejez que en más del 50 % de los casos las mismas transcurren en forma solapada silenciosa, pasando inadvertidas para el clínico.

Gran importancia asignamos a una correcta función del hígado y de las vías biliares, no sólo por el gran valor que tiene en su rol de depurador de las toxinas de la sangre, sino también por su gravitación en el funcionalismo intestinal tan íntimamente relacionada con el filtro renal. Por esto en la mayoría de los prostáticos hemos investigado el estado funcional hepático por intermedio del hepatograma, el cual correctamente realizado nos da la pauta de la capacidad hepática y de las necesidades terapéuticas a esgrimir en el pre y post-operatorio del prostático.

Debemos hacer la salvedad importante, que es necesario en la lectura y valoración de los hepatogramas del viejo, tener en cuenta que sobre todo las reacciones y test de las proteínas pueden arrojar resultados positivos que aumentan en relación bastante estrecha a la edad, en ancianos sin sintomatología patológica alguna. A. Poselli, G. Mars y M. Morpurgo de Milán estudiaron las proteínas séricas de 88 ancianos de 63 a 93 años de edad, aparentemente sanos, por medio de la determinación de la tasa proteínica del suero, del análisis nefelométrico de las fracciones alfa, beta y gamma de las globulinas, de un grupo de nueve reacciones de floculación y en algunos casos por electroforesis.

La protidemia total fué normal o superior a la normal prácticamente en todos los casos; la globulina gamma estaba ligeramente o muy aumentada en el 75 % de los pacientes, guardando la frecuencia e intensidad del aumento relación bastante estrecha con la edad de los mismos. Las reacciones de floculación eran franca e intensamente positivas en un 35 % de los casos, siendo su frecuencia e intensidad proporcional a la edad de los examinados sin ninguna relación directa con síntomas clínicos de afecciones funcionales del hígado. Los autores atribuyen las alteraciones proteínicas halladas a deficiencias funcionales atribuibles a procesos esclerosos de evolución lenta y progresiva, lo más a menudo extendidos a los diferentes sistemas del organismo al mismo tiempo (mesenquimopatías productivas hiperplásticas o fibrosas). Todo lo resultados obtenidos están en relación directa a la edad y por supuesto son

hasta cierto punto respuestas fisiológicas de la edad geriátricas que en ningún momento contraindican la prostatectomía. Se proyectan cuadros:

R E S U L T A D O S

Reacciones	Casos	—	+	++	+++	% de reacciones
Auriccio	88	27	31	20	10	29,3
Bungenberg.	84	44	30	7	3	11,3
Hanger	43	14	15	7	7	32,9
Kunkel	88	37	35	14	2	18,6
Mc.Lagantub.	88	46	21	17	4	23,2
Mc.Lagan Floc	88	56	28	1	3	4,9
Takata M.S.	74	29	27	18	-	24,5
Ucko	88	56	24	8	-	9
Wunder Wuhr	84	41	26	7	7	16,6

Reacciones de flocculación en los viejos examinados

Globulinas gamma en el suero de 88 viejos examinados por la reacción nefelométrica de Boselli (fracciones euglobulinicas)

Globulina Gamma	+	±	++	+	+++
	Normal				
Casos	21	26	16	19	6
%	24 %	29 %	18 %	21,5 %	7,5 %

d) Valoración de la capacidad funcional cardiovascular.

Se puede considerar que el proceso más característico e importante de la vejez, es la arterioesclerosis. Wright señala que sobre 250 millones de personas de más de 50 años que habitan los Estados Unidos 60 % morirán de algún síndrome cardiovascular, y una gran mayoría de ese 60 % lo serán por trastornos arterioesclerosos.

Debemos pensar que mientras en los niños, adolescentes y adultos las cardiopatías se deben a lesiones congénitas, valvulares y lesiones miocárdicas primitivas, en el anciano son todas de origen vascular (arterioesclerosis coronaria) que en forma secundaria traen lesiones del músculo cardíaco.

En el viejo es más frecuente la arterioesclerosis que interesa con predilección las arterias coronarias, aorta, cerebrales y renales.

Es interesante la clasificación siguiente de Bastai y Dogliotti:

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD ARTERIOESCLEROSIS (BASTAI Y DOGLIOTTI)

- A). Generalizada {
 - 1. Cardiorenal.
 - 2. Síndromes coronarias seniles. {
 - Angor pectoris.
 - Infarto de miocardio.
 - Estenosis lenta de las coronarias.
 - Pseudo miocarditis arterioesclerosis.
- B) Localizada {
 - 3. A E aórtica. {
 - Ictus apoplectiforme.
 - Trombosis cerebral.
 - 4. A E cerebroespinal. {
 - Trastornos circulatorios (isquemia estasis).
 - Demencia A E y parálisis pseudo bulbar síndromes medulares.
 - Disbasia angioesclerosa y gangrena de los miembros.

Se comprende así que todas estas son las afecciones que pueden acompañar como enfermedades agregadas al paciente portador de adenoma prostático. Afección ésta que puede, en su evolución, agravar a cualquiera de ellas y por el contrario, mejorarlas al realizar la prostatectomía.

Hemos tenido un enfermo muy demostrativo que asevera lo antedicho. Paciente de 77 años con adenoma prostático y con angor pectoris con las características de "mal anginoso" y con antecedentes de dos infartos de miocardio. Reclamaba el paciente la extirpación de su adenoma pues atribuía que sus dolores precordiales se debían a sus trastornos vesicales.

Se efectuó la operación en un solo tiempo con todo éxito, y desde entonces, más de un año, han desaparecido toda sintomatología dolorosa precordial.

Desde el punto de vista de las afecciones cardiovasculares, en el viejo no existen en general contraindicaciones de carácter definitivo con respecto a la prostatectomía. Sí, las hay temporarias, a saber las insuficiencias cardíacas congestivas o las izquierdas, el infarto cardíaco recientes y algunas arritmias. Todas ellas son susceptibles de corregirse con los medios terapéuticos que disponemos y en cuanto al infarto de miocardio debe demorarse la operación 3 meses a contar del comienzo de la trombosis coronaria.

Hipertensión arterial: Casi todas son de carácter esencial en el viejo y están en la mayoría de los casos vinculados con la arterioesclerosis.

Son por regla general de evolución benigna, algunas asintomáticas durante largos periodos, en todos los casos no existe ninguna contraindicación operatoria, y, por el contrario, hemos tenido un paciente con adenoma de próstata e hipertensión arterial, que después de operado, ya hace dos años, sus cifras tensionales se han normalizado.

Claro está que las hipertensiones de larga data, pueden traer perturbaciones, y en el viejo a predominio del corazón y cerebro, en estos casos la contraindicación operatoria será definitiva o temporaria según el grado de la perturbación.

Debemos destacar que el viejo por las alteraciones frecuentes de su sistema venoso de los miembros (várices superficiales y profundas; flebopatías crónicas, está particularmente predispuesto a las complicaciones trombo embólicas post-operatorias).

Sólo diré que desde el punto de vista del prostático, el problema está en las medidas terapéuticas profilácticas en el pre y post-operatorio.

Recordando que en la edad avanzada el riesgo de la trombosis y embolias aumentan debido a que los vasos son más rígidos, menos elásticos y toleran pobremente la lentitud del flujo sanguíneo que a menudo preceden a la trombosis, especialmente en las venas de las piernas. El uso de la heparina y decumarol y los movimientos precoces de los miembros en la cama y la ambulación precoz han disminuído el tromboembolismo.

e) *Valorización funcional del estado metabólico, de nutrición y sangre:*

El metabolismo basal está disminuído; el agua disminuye en los tejidos y en la sangre; la diuresis es menor con aumento de densidad de la orina el equilibrio ácido base es lábil. Hay disminución del volumen sanguíneo circulante (Volemia) del volumen minuto y del volumen sistólico.

Por último la necesidad de proteínas y vitaminas tiende a aumentar con el avance de la edad; por lo común en el viejo puede existir cualquier pertur-

bación en las distintas etapas de su metabolismo (absorción, asimilación aporte).

Se pueden corregir todos estos estados en el pre y post-operatorio por medidas dietéticas o administración parenteral de sangre total, plasma aminoácidos y vitaminas. El no atender adecuadamente estas alteraciones metabólicas y nutritivas, disminuyen la resistencia a las infecciones dificultan la cicatrización de las heridas y aumentan las complicaciones post operatorias.

Con respecto al estado sanguíneo, sabemos que no es raro encontrar anemias de tipo hipocrómico (mala absorción del hierro alimenticio. En general nos valemos para valorar el estado de la sangre de los test de laboratorio de rutina, hemograma, hemoglobina, hemotocrito, etc.

Abbot Beling, D. T. Bosch y O. B. Carter (Geriatrics Mayo-Junio 1952) han puesto en evidencia que estos test de rutina no son capaces de descubrir la extensión del déficit ni guardar correlación con los mismos, revelando valores de concentración no de volúmenes.

Propugnan que se realicen la determinación del volumen sanguíneo, que ellos lo hacen por el método del azul de Evans (Hemotocrito coloreado) sobre todo en todo paciente geriátrico, que deben someterse a una operación. Ellos comprobaron que de 500 pacientes quirúrgicos los de más de 60 años tenían los más grandes déficit.

El cuadro siguiente muestra la comparación de la mortalidad en dos series de operados con o sin estudios del volumen sanguíneo y restitución del mismo.

	Casos	Muertes	%
Sin volumen sanguíneo	190	33	17,4
Con volumen sanguíneo	100	8	8
Diferencia			9,4

Satisfechas las valoraciones funcionales de los distintos órganos, entramos en la segunda faz del problema médico del prostático: la quirúrgica.

Hacemos la intervención en un tiempo, con anestesia general, ya por gases, pentothal, curare o novocaína.

Técnica de Figueroa Alcorta que practicamos en forma casi sistemática, nos garantiza: operación completa, hemostasia perfecta, control por visión directa de todo el campo operatorio, cierre total de la vejiga.

La irrigación permanente por la sonda de F. Alcorta asegura un buen drenaje vesical post-operatorio sin contracciones dolorosas, ni cambios de sondas, sin que el enfermo se moje su curación, su ropa ni su cama.

Cúmplese así los postulados de un buen acto operatorio: ausencia de Shock quirúrgico, hemostasis controlada, post-operatorio confortable y sin dolor.

Con esta técnica de F. Alcorta, no nos hemos visto obligados a reoperar ningún enfermo por hemorragia, no hemos perdido ningún paciente por shock operatorio, no hemos tenido fístula vesicohipogástricas.

No debemos olvidar que la curación quirúrgica no es sinónimo de curación definitiva de la enfermedad pues ésta es más lenta y puede necesitar meses hasta quedar completada. Muchas veces se debe luchar en el viejo con una ostensible adinamia y decaimiento más frecuente en el anciano diabético.

Sintetizando diremos: el problema médico del prostático plantea tres momentos:

1º Valoración de la capacidad funcional del organismo que permite y garantiza el tratamiento ideal: operación de un tiempo.

2º Acto operatorio: sin shock, sin hemorragia, postoperatorio controlable.

3º Vigilar la recuperación orgánica y el equilibrio humoral, hasta que la operación esté totalmente consolidada.
