

## **Adenomectomía prostática transvesical y herniorrafia inguinal uni o bilateral**

**Un estudio retrospectivo sobre 56 pacientes**

Doc. Aut. METZ, León María - Dr. ALONSO, Juan Carlos Gustavo

---

### **RESUMEN**

**El tratamiento simultáneo de adenoma de próstata y patología herniaria concomitante es efectivo y no provoca un grado adicional de morbilidad comparado con el tratamiento del adenoma prostático solamente.**

**El estudio preoperatorio de todo paciente portador de patología herniaria y mayor de 50 años debe incluir un examen prostático aún en ausencia de sintomatología miccional.**

**El desarrollo de patología herniaria en un paciente añoso debe hacer sospechar que el mismo puede tener su origen en un adenoma prostático de tamaño considerable o en un problema cérico prostático.**

**Proponemos asimismo el abordaje de ambas patologías por incisiones separadas para evitar la contaminación del material irreabsorbible de la sutura herniaria.**

*(Revista Argentina de Urología, 55: pág. 21, 1990)*

---

**Palabras clave: Próstata - Adenomectomía - Herniorrafia simultánea**

### **INTRODUCCION**

---

No resulta infrecuente encontrar pacientes con diagnóstico conjunto de adenoma de la próstata y hernia/s inguinal/es. Muchas veces el motivo de consulta en pacientes mayores de 50 años portadores de hernia/s inguinal/es lo representa la sintomatología provocada por las mismas, caracterizada por dolor e incluso la dificultad funcional o la incomodidad estética. En este tipo de pacientes y haciendo un minucioso examen urológico preoperatorio se pueden diagnosticar adenomas de la próstata de tamaños variables, aún sin presentarse en muchos pacientes sintomatología miccional de importancia. También se ha observado en pacientes añosos con grandes adenomas prostáticos el desarrollo de hernias inguinales

originadas en la hiperpresión abdominal para vencer la obstrucción urinaria. En base a esta frecuencia de presentación de ambas patologías sería oportuno tener en cuenta que si se soluciona el problema herniario previamente al prostático, muchos pacientes podrían presentar una retención urinaria posoperatoria, lo cual exigiría un sondaje uretral hasta la resolución del problema prostático con el consiguiente aumento de la morbilidad, y por otro lado, esta situación obligaría a una doble operación con una nueva anestesia y una nueva internación, lo cual significaría un alto costo-paciente y el consiguiente aumento de los riesgos quirúrgicos.

Muchos son los trabajos científicos, tanto a nivel nacional como internacional, que se han referido a este tema. Ya en el año 1953, Scardino y Upson publi-

caron en el Journal of Urology un trabajo sobre tratamiento conjunto de patología herniaria y divertículo de vejiga. Más recientemente, Esho, Ntia y Kuwong se refieren al tratamiento combinado del adenoma de próstata y la hernia inguinal. En nuestro medio, se publicaron dos trabajos sobre el mismo tema por los Dres. Sánchez Sañudo, Bonta y Levati y otro por el Dr. Alvarinhas, éste último referido a la solución simultánea de ambas patologías en una misma vía de abordaje.

El presente trabajo se basa en la comparación de los resultados obtenidos en el tratamiento simultáneo de pacientes portadores de adenoma de próstata y hernia/s, por incisiones diferentes, con nuestra estadística de evolución de pacientes en quienes se realizó adenomectomía prostática solamente, no encontrando diferencias significativas en cuanto a la morbilidad, por lo que consideramos este método como el apropiado para el tratamiento conjunto de ambas patologías.

## MATERIAL Y METODOS

Hemos examinado en forma retrospectiva la evolución posoperatoria de 56 pacientes que fueron tratados simultáneamente de su adenoma prostático y patología herniaria entre los años 1976-1988. Los pacientes fueron evaluados preoperatoriamente con estudio radiológico y endoscópico del aparato urinario y evaluación cardiológica y de laboratorio. Tres de los 56 pacientes presentaron retenciones urinarias previas al tratamiento quirúrgico que necesitaron sonda permanente hasta la solución quirúrgica bajo protección antibiótica o quimioterápica. Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente realizándose en primera instancia la/s herniorrafia/s por incision/es inguinal/es, y a continuación la adenomectomía prostática por incisión mediana infraumbilical. La plástica herniaria se realizó siguiendo la técnica de Restano en la reconstrucción anatómica de la pared abdominal por incisión o incisiones inguinales. La adenomectomía prostática se realizó con técnica de Figueroa Alcorta modificada por incisión mediana infraumbilical. el cierre de la vejiga se efectuó con tres planos de sutura continua, dejándose un lavado vesical continuo a través de sonda Foley tipo hematúrica durante 24 horas. La sonda se retiró a los siete días y el alta de internación se realizó 24 horas después.

## RESULTADOS

Fueron evaluados 56 pacientes con diagnóstico de adenoma de próstata y hernia, en los que se observó hernia inguinal izquierda en 22 casos, hernia inguinal derecha en 20 casos y hernia inguinal bilateral en 14 casos. En todos los pacientes se realizó el tratamiento quirúrgico de ambas patologías. Las edades estuvieron comprendidas entre los 53 y 83 años. Tres de los pacientes mencionados tuvieron retención urinaria preoperatoria, requiriendo sondaje uretral que se mantuvo hasta la operación. el tiempo operatorio se vio incrementado en 30 minutos, aproximadamente, con respecto al empleado en la adenomectomía solamente. Seis pacientes (11%) presentaron infecciones en la herida quirúrgica y 3 (4%) presentaron fistula hipogástrica resuelta con la colocación de sonda multiperforada sin complicaciones. El tiempo de internación fue en un promedio de 12 días (5-27).

Comparados estos resultados con la evolución de los pacientes tratados por su patología prostática solamente, en los que el índice de infecciones de la herida es de 10,40 % y de fistulas de 3%, no se encontraron diferencias significativas a este respecto.

## DISCUSION

La enseñanza tradicional de la cirugía general no sugiere la combinación de cirugía herniaria, considerado un procedimiento quirúrgicamente limpio, con una cirugía abierta, como la prostática, procedimiento contaminado en que habitualmente se emplean sondas y catéteres. Esto explicaría el porqué muchos cirujanos generales objetan la realización de procedimientos combinados en el tratamiento de ambas patologías. Desde otro punto de vista las alternativas terapéuticas a este procedimiento combinado requieren la realización de dos intervenciones, lo cual lleva a la realización de anestesia e internaciones múltiples con el consiguiente aumento de los riesgos de morbilidad y el costo-paciente. Asimismo hemos observado en el presente estudio que no existen diferencias significativas comparando ambos tipos de tratamiento en cuanto a las posibles complicaciones o a la prolongación de la internación. Por lo tanto, en pacientes con diagnóstico de adenoma de próstata y patología herniaria concomitante, creemos que el tratamiento simultáneo de ambas patologías sería la tera-

## BIBLIOGRAFIA

---

- ALVARINHAS, F.M.: "Adenomectomía prostática retropública y hernioplastía por la vía de Henry", S.A.U. vol. 38, 50-51 (1969).
- ESCHO, J.O.; NTIA, I.O. y KUWONG, M.P.: "Synchronous suprapubic prostatectomy and inguinal herniorraphy". Eur. Urol., 14:96-98 (1988).
- HENRY, A.S.: "Operation for femoral hernia by a middle retroperitoneal approach, (Cheathe-Henry)". Surgery, 55:743 (1954).
- NICKELSON, W.P. y BERNE, C.F.: "Femoral hernioplasty: extraperitoneal approach (Cheathe-Henry)". (1954).
- SANCHEZ SAÑUDO, L.L.; BONTA, A.R. y LEVATI, H.A.: "Adenomectomía prostática y plástica herniarias simultáneas". S.A.U., vol. 38, 427 (1969).
- SCARDINO, R.L. y UPSON, T.E.: "Inguinal hernia and bladder diverticle". J. Urol. vol.22, N°2 (1953)

## COMENTARIO

---

*No es nuestro propósito hacer la apología de la cirugía múltiple y avalarla por razones circunstanciales, pero el caso particular de la asociación de adenoma de próstata y hernia o hernias inguinales en un mismo paciente, plantea un hecho de gran frecuencia y de franca conveniencia en la solución racional y lógica de ambas patologías.*

*Las motivaciones que llevan a proceder según esta conducta quirúrgica de solución simultánea han sido expuestas por los autores con meridiana claridad y al adherirme a las mismas con absoluta convicción quedo eximido de comentarlas. Queda así expresa mi adhesión a la realización de esta cirugía simultánea.*

*El cómo realizarla es en cierto modo patrimonio del cirujano actuante. De su formación, de su hábito*

*quirúrgico y de su experiencia en cuanto a los resultados obtenidos con los distintos procedimientos posibles. Los autores utilizan incisiones independientes para la resolución de ambos problemas. Es la más segura de todas, tanto desde el punto de vista de la asepsia local (dejando para después de terminada la hernioplastía la adenomectomía prostática), como en lo que se refiere a la técnica reglada y clásica de la hernioplastía.*

*No obstante es factible, en el caso de los urólogos afectos a la incisión de Phannestiel como abordaje para el tratamiento del adenoma de próstata, realizar la plástica herniaria inguinal (cuando ella es bilateral) con el procedimiento de Del' Oro. Interesante modalidad de solución con una sola incisión arcoforme tanto del problema herniario inguinal bilateral (preferentemente si se trata de hernias directas, las más frecuentes en los prostáticos), como el abordaje medial de la vejiga.*

*Personalmente suelo preferir la solución del problema herniario concomitante al tratamiento del adenoma de próstata (al que trato preferentemente según técnica de Millin), mediante la técnica de Henry, tanto en los casos de hernias inguinales directas como oblicuas o indirectas. A pesar de que el procedimiento de Henry fue descrito para las hernias crurales, he encontrado de rentable solución el tratamiento del saco herniario inguinal, directo, oblicuo y aún en los casos de deslizamiento. Respecto de la plástica, su técnica es clásica y ello me exime de comentarla. Baste decir que es una plástica al Cooper.*

*Finalmente deseo felicitar a los autores por traer al seno de esta Sociedad un tema de la práctica urológica cotidiana generalmente no muy jerarquizado, cuando no menospreciado, y que creo haber sido de los primeros en someter a la consideración de nuestra Sociedad.*

**Dr. Francisco M. Alvarinhas**