

Tema Oficial.

Servicio de Urología del Hosp. del Salvador
Santiago de Chile.

LA RESECCION ENDOSCOPICA EN LAS ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS DEL CUELLO

ANALISIS DE 601 CASOS

Por el Prof. I. DIAZ MUÑOZ y Dres. A. LIRA VALENCIA y M. ACUÑA Z.
(de Chile)

Cada vez que en un Congreso, o reunión de urólogos, se plantea el tema del tratamiento de las enfermedades obstructivas del cuello vesical, surge nítido el deseo que se ha tenido siempre, de perfeccionar las técnicas quirúrgicas para la corrección de estas afecciones, con el objeto de dar una mayor seguridad al paciente en cuanto a las complicaciones inmediatas y, también, a aliviarlo de los sufrimientos derivados del taponamiento en la cirugía suprapúbica.

Se justifica, así, la inquietud de los urólogos por encontrar un procedimiento que obviaría estas dificultades y el deseo de encontrar nuevas técnicas quirúrgicas que llenaran las mismas finalidades.

Desde que Young (Baltimore, 1909) ideó su "punch-operation", realizando las ideas de Luys, llevadas a la práctica con anterioridad, al ejecutar su operación de "forage" de la próstata, la esperanza se cifró en la cirugía endoscópica. Como con toda nueva técnica o procedimiento quirúrgico, el entusiasmo sobrepasó los límites, a nuestro juicio, de lo que el procedimiento ponderadamente analizado, era capaz de dar.

Luego se vió marcarse en el campo científico-urológico, la tendencia que consagraba su actividad con exclusivismo a defender la posición de un método determinado. Muy lejos de nuestro ánimo está censurar esta posición exclusivista, pues creemos que a ella se debe el perfeccionamiento de los métodos en manos de cada una de las escuelas. A nosotros, que actuamos en un medio de una densidad muy inferior a la de esas escuelas, ese exclusivismo nos ha permitido formarnos un criterio ecléctico ajustado a nuestras necesidades.

La presente comunicación representa la mayor parte de nuestra experiencia en siete años de práctica de la resección endoscópica en nuestro servicio. Análi-

zamos un total de 601 casos de clientela hospitalaria, cuya distribución se consigna en el cuadro N° 1.

Desde 1940, o sea, desde el comienzo de nuestra práctica de la cirugía endoscópica, se ve que no hemos abandonado la cirugía abierta. Hemos dado, sí, preferencia a la resección endoscópica, por razones didácticas personales. Pero, ya en el año 1947 se puede ver, por estos mismos guarismos, que la resección endoscópica ha ido tomando su verdadero lugar. Anotamos, de paso, que lo que pudiera parecer cifras excesivas en cuanto a resección endoscópica comparadas con la prostatectomía suprapúbica, se debe también, en gran parte, a condiciones biosomáticas o económico sociales de los enfermos, que obligan a elegir, el procedimiento menos riesgoso y no el clínicamente indicado para solucionar el problema de la obstrucción.

No insistiremos en las dificultades que encierra el entrenamiento de esta clase de cirugía, ni tampoco en los fundamentos que aducen las escuelas que hacen exclusivamente resección endoscópica para preferir este procedimiento, pues lo suponemos demasiado conocidos. Pero, sí, queremos llamar la atención hacia lo que en una publicación anterior, de 1944, llamábamos aspectos médicos de la resección.

Estos se refieren al análisis de las condiciones generales de los sujetos que van a ser sometidos a resección.

Los cuidados pre-operatorios de estos enfermos se confunden, en general, con los mismos que debe recibir un paciente que va a someterse a una intervención abdominal. El examen físico completo. El estudio cardiovascular de su función renal, etc., deben ser minuciosos.

Sí el paciente no presenta infección creemos que debe hospitalizarse tan pronto tenga su estudio general y no hacer en él exámenes endoscópicos, sino en caso de que haya alguna indicación especial; y en tal caso creemos que una vez en la mesa de operaciones debe practicarse la endoscopia y decidirse la vía por la cual debe abordarse el adenoma. Esto evita los riesgos de las exploraciones instrumentales.

Sí el enfermo está infectado y es un retencionista deberá decidirse el empleo de la sonda a permanencia o de la cistostomía según las circunstancias.

En nuestra práctica hemos hecho casi una rutina el practicar una ligadura de los deferentes a su salida del epididímo (Steinach II) en los viejos infectados. Esto tiene una acción benéfica sobre el estado general y nos previene las complicaciones de la sonda a permanencia que en ocasiones es bastante desagradable, y de significación real para el paciente. Una vez conseguidas condiciones compatibles con el acto quirúrgico practicamos la resección.

En todos los enfermos es útil conocer el estado neurológico. La vejiga neurogénica debe ser identificada antes de la operación. En nuestro servicio, hemos incluido en el estudio de estos pacientes la cistometría. Desgraciadamente

los datos recogidos tienen un valor relativo, por la razón de que la mayoría son enfermos infectados.

Los cuidados post-operatorios en la resección endoscópica de la próstata son "la llave del éxito". Ante todo un servicio en que se practique esta cirugía debe tener un personal entrenado en la atención de esta clase de enfermos; tanto médico como auxiliar. Estos pacientes necesitan la atención y vigilancia momento a momento en los dos primeros días de operados. Un descuido cualquiera puede acarrear un accidente desagradable. Especialmente debe contarse con un servicio de transfusiones que concorra oportunamente. Es más, es aconsejable practicar una transfusión apenas terminada la operación. Nosotros podemos calcular, "a priori", que estos operados pierden 300 cc. de sangre más o menos en el acto quirúrgico. En todo caso la determinación de la cantidad de sangre que pierde el enfermo debe calcularse mediante cualesquiera de los procedimientos en uso.

El aporte de líquido debe ser suficiente, calculado en 3.000 cc. en total para 24 horas.

La irrigación vesical debe ser practicada cada 15 minutos, en las primeras horas después de la resección. Esto tiene por objeto asegurar el perfecto drenaje de la vejiga, vigilar las posibilidades de hemorragia y extraer de la vejiga cualquier coágulo que se forme. No es necesario usar analgésicos. La molestia experimentada por el enfermo es muy pequeña. Si hay dolor o sensación de distensión ello indica posibilidad de alguna complicación que debe buscarse antes de usar calmantes.

El hemograma repetido dará una pauta sobre la necesidad de transfusión.

Desde el primer día, debe instituirse una terapéutica antiséptica a base de sulfamidas, penicilina o estreptomocina, según se conozca las posibilidades de infección por un germen determinado.

La sonda vesical es mantenida hasta que cese la hemorragia. Esto sucede, por lo general, en el segundo o tercer día. De modo que el catéter se retira en el tercero o cuarto día. Si la hemorragia se prolonga debe buscarse la causa. El enfermo puede abandonar el lecho en el quinto día y en el sexto el Hospital.

Hay que tener presente que la mayor o menor facilidad para orinar así como el residuo vesical no son criterios para juzgar el resultado de una intervención sino una vez completada la cicatrización de la loge, lo cual se obtiene entre los 20 días o un poco más.

Igualmente hay que tener presente que al cabo de 14 a 16 días pueden, y suelen ocurrir hemorragias por la caída de las escaras de la coagulación de los vasos.

Los demás cuidados generales, así como el régimen alimenticio deberán ser estudiados por el internista y el urólogo, en relación con las condiciones personales del paciente.

Finalmente estos enfermos deben revisarse endoscópicamente dos o tres veces en el espacio de algunos meses.

Un punto de suma importancia en esta clase de cirugía es la elección de la anestesia a emplear en estos pacientes, que son sujetos viejos y como se verá por nuestra estadística desnutridos, pues podemos decir que más del 50 % de los enfermos de Hospital se encuentran por debajo del peso fisiológico. Por otra parte, son individuos bastante intoxicados por su afección urológica y que, no en pocas ocasiones, presentan una retención azoada.

En otros casos, hay concomitancia de afecciones cardiovasculares y de otros sistemas. Lesiones relativamente frecuentes son: la aortitis y el ateroma de la aorta, que constituyen uno de los más serios escollos para cualesquier acto quirúrgico.

Hemos usado sistemáticamente la anestesia raquídea y de los casos que analizaremos, podemos decir que no hemos tenido accidentes que lamentar. En intervenciones paliativas, en sujetos que tienen compromiso vascular, con insuficiencia circulatoria, hemos desechado la raquídea, para reemplazarla por pentothal endovenoso o por gases. De los gases es recomendable usar exclusivamente el protóxico de azoe, pues no es explosivo.

Vale la pena poner de relieve la comparación, antes de entrar en el estudio de los casos de resección endoscópica de la próstata que hoy presentamos, de la estadística de esta cirugía, con la de la cirugía corriente de la próstata en nuestro medio, o sea, con la prostatectomía suprapúbica. Para ello creemos oportuno recordar el trabajo de uno de nosotros en colaboración con el Dr. Hernán Baeza, publicado en el Boletín de la Sociedad de Cirugía de Chile en 1943. Analizamos allí 240 casos de fibroadenoma de la próstata observados en los años 1939, 1940, 1941 y 1942 en el Servicio de Urología del Hospital del Salvador.

En ese total de 240 pacientes se efectuaron 54 prostatectomías, 102 resecciones endoscópicas y no se operaron 99.

Importante es recordar que obtuvimos en esos años una mortalidad de 3,3 % para la prostatectomía, 2,5 % para la resección endoscópica y 6,6 % para aquellos que no se operaron.

Esto nos lleva a una conclusión de orden general y práctico y es que antes de que pusiéramos en práctica la resección endoscópica en nuestro Servicio, había un 41,2 % de enfermos que no podían ser operados. Hoy día los factores que harían que el urólogo desestimara la posibilidad quirúrgica, han pasado a un plano muy inferior, porque los riesgos que corren con una resección razonadamente elegida, son mínimos.

Con ello hemos logrado bajar el promedio de estada de nuestros enfermos y devolver a la sociedad sujetos que no tienen el complejo de inferioridad o los sufrimientos físicos a que los condenaban antiguamente el sondaje evacuador o a la sonda permanente con talla hipogástrica.

Si estas cifras que exhibimos aparecen un poco abultadas en cuanto a la intervención en los casos considerados inoperables, esto se debe a que nuestro medio hospitalario nos plantea problemas de orden social, cuya única solución compatible con la vida de relación la hemos encontrado en la resección endoscópica.

En la resección también debe considerarse una operación paliativa y una que podríamos llamar radical, vale decir, que con los sujetos agotados, la intervención debe ser mínima y destinada a restablecer el curso de la evacuación vesical. En cambio, en los sujetos que pueden pasar los riesgos quirúrgicos debe resecarse tanto tejido como sea posible, y realizar la llamada prostatectomía transuretral. En uno y otro caso los resultados funcionales son buenos. La diferencia está en que en los primeros, los tejidos restantes pueden continuar su hipertrofia y reproducir el cuadro clínico. En los segundos, esto puede también suceder; pero, como se comprenderá, es mucho menos probable y en nuestra estadística es muy poco frecuente.

Material. — Nuestro trabajo se basa en 601 enfermos (cuadro N° 1) que han sido sometidos a la resección endoscópica de la próstata, lo que nos lleva a un número total de intervenciones mayor, pues en algunos de ellos, se han efectuado dos y tres operaciones. Esto aconteció especialmente en el primer tiempo que pusimos en práctica este procedimiento quirúrgico en nuestro Servicio (cuadro N° 4). En los últimos años es muy raro que hayamos tenido que recurrir a reintervenir a los resecados, salvo en aquellos casos en que deliberadamente se ha dejado una parte del adenoma para hacer un segundo tiempo, en espera de mejores condiciones generales del sujeto.

De consiguiente, consideraremos sólo 601 enfermos. De éstos, 30 tienen 40 años; 35 tienen una edad comprendida entre 41 y 50 años; 170 entre 51 y 60; 250 entre 61 y 70; 100 entre 71 y 80 y por sobre 81 años 16 (cuadro N° 2).

La edad de la gran frecuencia es pues, la de los 50 a los 80 años.

Seguramente estas cifras no incluirían enfermos menores de 50 años, si no fuera por el hecho de que una indicación absoluta de la resección endoscópica es la enfermedad del cuello vesical, congénita o adquirida. En nuestra estadística tenemos 63 casos de esta afección. El resto de los enfermos considerados, se distribuye en la siguiente forma: (Cuadro N° 3), 500 se operaron con el diagnóstico de adenoma de la próstata, en cualesquiera de sus formas; 28 por cáncer de la próstata y 3 por tuberculosis prostática. Advertimos que estos últimos son hallazgos de los exámenes histopatológicos que se practican sistemáticamente.

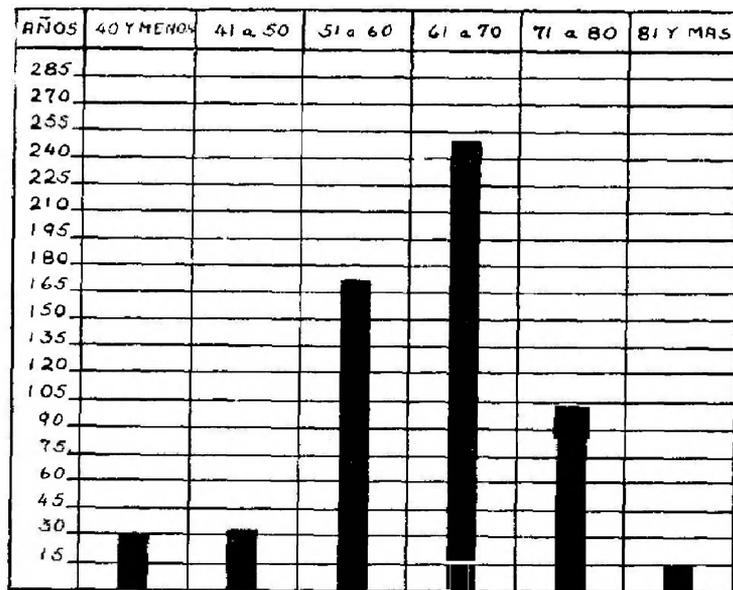
En esta estadística se ve que tenemos alrededor del 4,6 % de carcinomas

Años	Resec. endoscópica	Prostatec. seprapúb.
1940	55 casos	19 casos
1941	72 »	24 »
1942	85 »	25 »
1943	79 »	24 »
1944	77 »	21 »
1945	79 »	34 »
1946	86 »	19 »
1947	68 »	52 »
	Total: 601 casos	Total: 218 casos

Cuadro 1

RESECCION ENDOSCOPICA

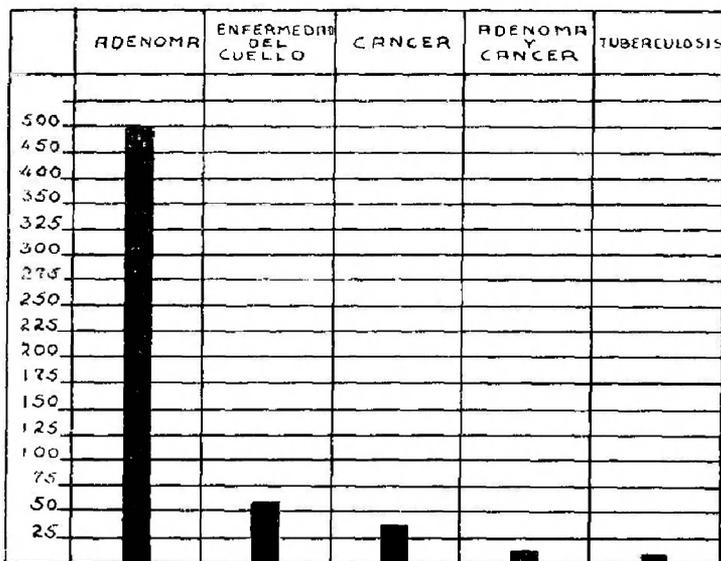
Distribución por edad de los enfermos (601)



Cuadro 2

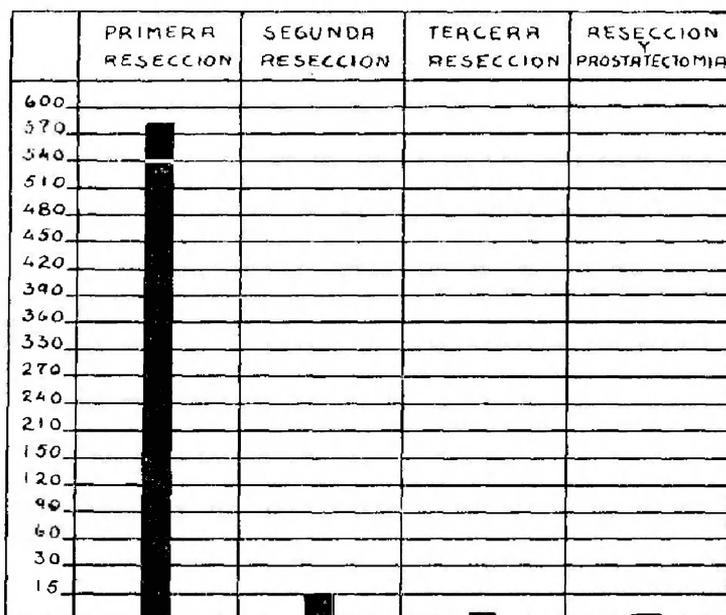
RESECCION ENDOSCOPICA

Diagnóstico de 601 operados



Cuadro 3

RESECCION ENDOSCOPICA Y REOPERACIONES



Cuadro 4

de la próstata, entendiendo por tal al Ca. diagnosticado previamente o de hallazgo de exámenes histopatológicos de tejidos resecados.

En nuestro trabajo "Aspecto médico de la Resección Endoscópica de la Próstata", experiencia sobre 310 casos, Revista Médica de Chile, N° 12, diciembre de 1944, consignamos un porcentaje de 10 % de carcinoma prostático diagnosticado por la biopsia obtenida de la resección endoscópica. En el presente trabajo bajamos a un 4,6 %, hecho que obedece a varias razones: en toda próstata sospechosa de cáncer comprobamos el diagnóstico, por biopsia obtenida por expresión prostática según la técnica de Papanicolau o de Shörr.

El cuadro N° 4 muestra que la inmensa mayoría de los enfermos resecados ha sido suficiente la primera intervención para normalizar su micción, que 13 necesitaron una segunda resección y sólo 3, una tercera.

Respecto a la incontinencia de orina, que es una de las complicaciones más temidas de la resección endoscópica, hemos tenido 15 enfermos con ella, de los cuales 6 tuvieron una incontinencia pasajera: 6 definitiva, pero no total, que obtenida de punción perineal o bien por vía endoscópica. El tratamiento a que se someten estos enfermos con cáncer prostático, castración y estrógenos, modifican en un gran porcentaje la disuria y especialmente la retención de orina, lo que hacen que la resección endoscópica se reserve para aquellos casos en que los fenómenos obstructivos no se influyen con la terapéutica hormonal.

Hoy día es de rutina, la búsqueda de células neoplásicas en la secreción rehusaron someterse a una operación de Lowsley: y 4 operados por esta técnica que quedaron con buen control miccional.

Entramos a tratar ahora, el punto que tal vez más interesa en esta comunicación, es decir, al estado general derivado de las afecciones médicas más frecuentes de los enfermos sometidos a cirugía endoscópica.

A este respecto vale la pena recalcar que con la difusión de la Medicina Social y Preventiva, en nuestro país, el estado general de la mayoría de los enfermos que ingresan al Hospital es infinitamente superior al que se observaba antes de la vigencia de estas leyes. Esto es lo que observan los médicos en diversos Servicios. Pero en los Servicios de Urología esta premisa no se cumple. Diríamos más: el estado de los enfermos, parecería negarlo; ello se debe a que son sujetos de mayor edad, debilitados y desnutridos, como consecuencia de la intoxicación que produce la enfermedad obstructiva de la próstata. En fin, como hemos dicho, comprobamos que más del 50 % de los enfermos presenta un estado de desnutrición, que se revela en un peso inferior a los 60 kls.

El estudio cuidadoso de las fichas clínicas nos demuestra que el material humano con que hemos trabajado, presenta lesiones de diferentes aspectos. En los cuadros que insertamos vamos a considerar los diagnósticos concomitantes al de adenoma o de adeno-carcinoma de la próstata.

No influyen en estas cifras los afectados de enfermedad del cuello exclu-

siva, porque como se trata de sujetos jóvenes y un poco al margen de estos cuadros graves, son tributarios de las enfermedades propias de su edad, como la neurosis y otras, en que la misma enfermedad del cuello representa una espina irritativa para el trastorno psico-somático.

En el cuadro N° 5 anotamos los diagnósticos que se han hecho en los enfermos sin considerar la afección que los ha llevado hasta el Servicio de Urología.

CUADRO N° 5

Estadística de diagnósticos de 601 casos de Resección Endoscópica

<i>Enfermedades del riñón</i>	
Retención azoada (uremia sobre 0.50 grs % ₁₀₀)	200
Nefroesclerosis	14
Nefritis crónica	6
Pielonefritis	5
Litiasis renal	4
Cáncer del riñón	1
<i>Enfermedades cardiovasculares</i>	
Hipertensión arterial	125
Arterioesclerosis	10
Aortitis	12
Insuficiencia cardíaca	20
Cardioesclerosis	18
Insuficiencia mitral	1
Insuficiencia aórtica	5
<i>Enfermedades broncopulmonares</i>	
Bronquitis crónica	30
Tuberculosis pulmonar	5
Asma	9
Enfisema	3
<i>Enfermedades del aparato digestivo</i>	
Cirrosis del hígado	7
Colelitiasis	6
Diabetes	12
Hernia	15
<i>Enfermedades del sistema nervioso</i>	
Paraplegia	6
Etilismo crónico	30
Epilepsia	2
Neurosis	3
<i>Enfermedades diversas</i>	
Lúes	10
Anemia	18
Reumatismo	8
Inválidos	3

Analizando estos cuadros en conjunto, tenemos que la mayor frecuencia corresponde a la retención azoada, índice de la insuficiencia renal.

Sigue en frecuencia la hipertensión arterial, que la consideraremos como tal con cifras por encima de 150 mm. Hg. para la sistólica, medida en reposo en cama.

Luego la arterioesclerosis, comprendiendo la ateroma de la aorta y la insuficiencia cardíaca, que incluye hasta el síndrome clínico de la asistolía. Luego en orden descendente la miocarditis, la bronquitis crónica, la hernia inguinal, la aortitis y lúes, anemias crónicas marcadas, paraplegia, epilepsia, enfermedad de Parkinson, nefroesclerosis maligna, asma bronquial, reumatismo crónico, colelitiasis, afecciones catarrales del hígado, tbc. pulmonar, cirrosis hepática, nefritis crónica, neurosis, pielonefritis, litiasis renal, etilismo, diabetes, invalidez, apendicitis, úlcera gastro-duodenal, insuficiencia mitral, enfisema pulmonar, enfermedad de Paget, gota, obesidad.

La importancia de las afecciones recién enumeradas es que han constituido durante mucho tiempo y con razón, un grave riesgo y una contraindicación quirúrgica para las operaciones de la próstata, por lo cual es interesante insistir en atención a que estos sujetos han podido ser sometidos a procedimientos de resección endoscópica en condiciones favorables.

Además de la mejoría de la función renal que se ha podido medir por la disminución de la retención azoada, se ha observado la recuperación de los estados circulatorios deficientes y la mejoría de diversas funciones perturbadas que corresponden a los diagnósticos anotados.

No se ha observado mayor número de complicaciones post-operatorias del que se observa en la cirugía de los sujetos jóvenes.

Como una demostración de lo que acabamos de manifestar, vamos a exponer un análisis detallado de los casos fallecidos entre los 601 sujetos considerados. No es posible analizarlos conforme lo expresado, por cuanto su protocolo es prolijo y la ficha clínica suficiente para sacar alguna conclusión y una orientación útil para considerar el problema del pronóstico en la operación que nos ocupa.

Han fallecidos 24 sujetos. De estos 24, se puede responsabilizar al acto quirúrgico solamente en 9. En 1 de ellos el accidente se debió a la falta de cuidado del personal encargado del traslado en la atención del primer momento: comenzábamos recién a practicar este procedimiento quirúrgico en nuestro Servicio. Otro, portador de cáncer próstato-vesical murió por hemorragia secundaria; 4 por ruptura de la vejiga, uno de ellos con nefroesclerosis maligna y un estado de anemia muy grave e insuficiencia cardíaca, uno afecto de cáncer propagado a la vejiga, y de paraplegia, y dos más debidos a accidentes de técnica propiamente tal.

Aun cuando de estos 9 enfermos, hay 4 en los cuales el accidente se debió

a falta de experiencia en el procedimiento en uso y que pertenecen a los operados en 1940, hemos querido analizarlos para poner en evidencia que esta cirugía superespecializada tiene sus riesgos. El dominio de estos riesgos es lo que se logra con una práctica prolongada. Demostración evidente de esto es que nuestra estadística nos da 1 % de mortalidad en el último año de práctica de este procedimiento, considerándola desde el punto de vista estrictamente quirúrgico u operatorio.

Ahora bien, el resto de los enfermos han muerto entre 6 días y 3 años y 6 meses después de la operación, por afecciones concomitantes que fueron la causa determinante de la muerte y no el acto quirúrgico, como se ve en el cuadro N° 6 que comentamos.

De estos pacientes, vale la pena señalar la observación de uno, en el cual se intervino, por una de estas consideraciones económico-social a la que aludíamos, con uremia crónica por encima de 1 gr. %, anemia intensa, nefroesclerosis, pielonefritis crónica ascendente. Este enfermo toleró en buenas condiciones su intervención. El post-operatorio en sus primeros días, fué favorable, pero después su enfermedad renal continuó su evolución y falleció 20 días después de la operación, cuando ya todos los riesgos quirúrgicos han desaparecido en esta clase de intervenciones, criterio éste corroborado por la autopsia respectiva.

Otro, portador de una nefroesclerosis y ateroma aórtico, falleció 6 días después de la intervención por una anuria y cuya autopsia permitió concluir en una anuria de origen renal.

Un último paciente de este grupo falleció por causas médicas propiamente tales: murió de un accidente brusco cardíaco. Se había operado, siendo portador de una parálisis agitante, de arterioesclerosis y ateroma de la aorta, reumatismo crónico y etilismo.

Los resultados que se han obtenido con esta intervención debemos considerarlos de acuerdo con las indicaciones por las cuales estos enfermos han sido intervenidos. Los enfermos bien seleccionados, con estado funcional y orgánico satisfactorios han obtenido todos buenos resultados, sin repercusión sobre el estado general.

En los otros enfermos podemos catalogar los resultados en buenos, regulares y menos que regulares. En general, podemos decir, que en los enfermos en que se ha obtenido un resultado regular o menos que regular, es porque la intervención no ha sido posible realizarla completamente por condiciones dependientes del estado de los enfermos o por el tamaño del adenoma; en algunos de estos pacientes ha habido que reintervenir y se obtuvo una mejoría evidente.

En general, consideramos buenos los resultados cuando la vejiga se puede

Nº.	Fecha Resección	Diagnóstico	Diagnóstico general	Días	Autopsia	Resumen
1	21/2/40	Adenoma	Asma - Nefroesclerosis	1	Rotura uretra. Colapso periférico.	Operatoria
2	18/4/40	Adenoma	Hodgson - Nefroesclerosis Colapso.	1	Rotura vejiga.	*
3	7/5/40	*	Colecistitis.	58	Empiema vesícula biliar.	Independ.
4	19/10/40	*	Asma.	1	Rotura uretra.	Operatoria
5	9/12/40	Cáncer	Bronquitis crónica Nefroesclerosis.	1	Hemorragia - Colapso.	*
6	18/2/41	Adenoma	Ateroma - Anemia Insuficiencia renal.	20	Pielonefritis.	Evolución
7	31/3/41	*	Hipertensión - Hernia.	191	*	*
8	20/6/41	Cáncer	Senilidad (85 años) Insuficienc. múltiples	18	Insuficiencia renal.	Médica.
9	6/8/41	Adenoma	Hipertensión.	29	Pielonefritis.	Evolución
10	17/12/41	Adenoma	Arteroma aorta. Nefroesclerosis.	5	Anuria.	Médica
11	5/9/42	Cáncer	Paraplegia.	6	Rotura vejiga.	Operatoria
12	29/9/42	*	Bronquitis crónica.	64	Pielonefritis.	Evolución
13	25/5/43	Adenoma	Hipertensión. Insuf. cardíaca.	1	Rotura vejiga.	Operatoria
14	12/8/43	Adenoma-tuberculosis	Tuberculosis pulmonar.	30	Tuberculosis.	Evolución
15	22/4/44	Adenoma	Parálisis agitante.	6	Ictus.	Médica
16	22/7/44	* *	Pleuresía - Insuficiencia card. - Arterioescler.	3 añ. 6 ms.	Miocarditis. Arterioesclerosis.	Médica
17	3/6/42	*	Tuberculosis.	2 añ. 6 ms.	Tbc. pulmonar e intestinal.	Médica
18	25/10/45	*	Pielonefritis ascendente Orquiepididimitis.	30 ds.	Nefritis apostematosa.	Evolución
19	3/5/45	*	Neumonía y Bronconeumonía	4 ds.	Infartos renales. Neum. - Bronconeum	*
20	19/4/45	*	Pielonefritis ascendente.	2 añ.	Litiasis vesical. Pielonefritis ascend.	Médica
21	17/5/45	*	—	2 añ. 4 ms.	Infarto cardíaco.	*
22	27/12/45	*	Dispepsia.	1 añ. 10 ms	Ca. gástrico.	*
23	19/12/47	*	Arterioesclerosis.	2 hs.	Insuf. cardíaca. Colapso periférico.	Operatoria
24	30/1/48	*	Nefritis crónica.	13 ds.	Insuficiencia renal.	*

vaciar completamente y cuando la polaquiuria ha desaparecido o se ha reducido a límites cercanos a los normales.

Este es el resultado general de nuestros enfermos, en cuanto al aspecto funcional.

Ahora bien, debemos analizar otro aspecto de estos pacientes y es aquel derivado de la enfermedad que los condujo al Hospital y la influencia que ha tenido sobre ellos: queremos referirnos a la infección. Casi la totalidad de los enfermos de Hospital son infectados. Por eso es que al hacer un trabajo analítico de los resultados, valdría la pena distinguir o clasificar estos enfermos en dos grandes grupos —los infectados y los no infectados—. Se ha observado por lo general que los enfermos de clientela, que son mejor cuidados y con condiciones higiénicas más apropiadas, tienen un resultado en cuanto a la infección muy distinto de los enfermos de Hospital. De los de Hospital, muchos guardan las orinas turbias por un tiempo largo. En cambio, los enfermos de clientela aclaran sus orinas entre 21 a 34 días después de la operación. Con esto completan los resultados buenos que enunciábamos al comienzo. La infección nos hace ser un poco reticentes en cuanto a la evolución de estos enfermos, que fué imposible dominar en cuatro de los fallecidos.

Con la resección endoscópica se obtiene la posibilidad de revisar a todos estos enfermos que guardan una piuria con la idea de despistar malformaciones vesicales o infecciones ascendentes de tipo crónico. Así hemos podido llegar a individualizar estos diferentes tipos de lesiones y a referir los resultados exactamente al acto quirúrgico o a las lesiones concomitantes, congénitas o adquiridas.

El tiempo que se mantuvieron estos buenos resultados, no lo podemos fijar en nuestra experiencia, porque como decíamos, practicamos este método quirúrgico desde 1940. Hasta hoy día no hemos tenido que reoperar ningún enfermo que hemos dado de alta a satisfacción nuestra. Si nos atenemos a la bibliografía extranjera, como a la nuestra, podemos decir que un porcentaje escaso de estos enfermos, vuelve a tener una reproducción de su adenoma prostático, que al ser reoperado se obtiene una evolución post-operatoria tan buena y resultados mejores que en la primera oportunidad. No queremos traducir esta idea en cifras ni en porcentajes porque seguramente nos inducirían a errores. Creemos que es preferible dar esta impresión global, ya que ella resume la experiencia dentro del tiempo en que nos ha sido posible practicar esta cirugía en un número ya crecido de pacientes estudiados prolijamente en colaboración con el internista, y la apreciación del aspecto médico que comporta cada uno de estos sujetos, que son parte integrante de la responsabilidad que se hecha sobre sus hombros el cirujano que plantea una operación de esta índole.

Como conclusiones de esta comunicación podemos decir lo siguiente:

1º) La resección endoscópica en la obstrucción prostática, tiene sus indicaciones categóricas en las afecciones del cuello vesical, congénita o adquirida y en el Ca. de la próstata.

2º) Creemos que el tratamiento de la enfermedad obstructiva de la próstata debe ser ecléctico. Cualquiera de las vías de abordarla tiene sus indicaciones.

3º) Ningún cirujano que domine un procedimiento debe abandonarlo para emprender el entrenamiento de una cirugía que por ser ultra-especializada, es riesgosa, dificultosa e ingrata, a menos de contar con un material nutrido que le permita cubrir tales riesgos.

4º) La resección endoscópica de la próstata, entre nosotros, ha vivido de sus indicaciones propias y de las contraindicaciones de la cirugía abierta.

5º) La secuela más temida en la resección es la incontinencia de orina. Técnicamente es posible ponerse a cubierto de ella.

6º) Desde el punto de vista médico, solamente aquellas afecciones generales de una gravedad tal que contraindiquen cualquier acto quirúrgico o maniobra instrumental, contraindicarán la cirugía endoscópica de la próstata.

7º) La mayoría de las enfermedades de orden médico concomitante con un adenoma prostático han mejorado después de la resección endoscópica.

8º) Complicaciones de orden médico son menos frecuentes en esta cirugía que en la cirugía abierta de la próstata.

9º) En los portadores de insuficiencia cardíaca, esta cirugía es la que da mayor seguridad y la que produce una menor perturbación en el trabajo circulatorio de estos sujetos.

10º) En los sujetos agotados o con trastornos cardiovasculares esta cirugía tiene la inmensa ventaja de no tener un post-operatorio doloroso, factor importantísimo en esta clase de enfermos.

11º) La colaboración estrecha de internista y urólogo decidirán siempre el método quirúrgico a emplear y al momento oportuno para aplicarlo a cada caso de la enfermedad obstructiva de la próstata, complicada o no de otras afecciones médicas en evolución.

12º) La distensión vesical es factor de complicaciones y debe ser corregida previamente.

13º) Nuestra experiencia sobre afecciones neurológicas que simulan una obstrucción vesical no es muy dilatada. Sin embargo, en los pocos casos que hemos tenido oportunidad de tratar no hemos tenido sino motivos de satisfacción por los resultados obtenidos, siempre que el examen neurológico haya sido acuciosamente formulado.

14º) Como un resumen de estas opiniones nuestras, manifestamos que la resección endoscópica la creemos de indicación indiscutible en la enfermedad

del cuello vesical, barras, congénitas o adquiridas, adenomas pequeños sintomáticos, lóbulo medio, Ca. prostático cuando ha perdido oportunidad la cirugía radical y los fenómenos obstructivos requieren la aplicación de este procedimiento: divertículos vesicales inoperables; litiasis prostática discreta; y por último, la resección endoscópica encuentra su aplicación en todos aquellos casos en que la cirugía abierta no es aplicable por las condiciones generales del paciente, que lo hacen inapto para un shock quirúrgico de alguno importancia.

BIBLIOGRAFIA

1. *Nesbi Reed M.* — Transurethral Prostatectomy. — 1943. Charles C. Thomas. Publisher. Springfield, Illinois.
2. *Algea E. P.* — Recent advances in prostatic surgery. — *Surgery*, 2:131-132. 1937.
3. *Brausch W. F. and Emmett J. L.* — Transurethral prostatic resection. — *Arch. Phys. Therapy*, 17:14-144. 1936.
4. *Bumpus H. C. Jr.* — Prostatic obstruction relieved by supra-pubic drainage followed by transurethral resection. — *J. Am. A. Genito-Urin. Surgeons*, 25:211-214. 1932.
5. *Cabott H.* — The present position of Prostatectomy. — *St. Barth. Hosp. J.*, 39:166-170. 1932.
6. *Castaño y Trabucco.* — Cirugía endoscópica de uretra posterior y cuello vesical. — *Bol. de la Soc. de Cir. de Buenos Aires*, 20:730-749. 1936.
7. *Engel y Lower.* — Individualizing prostatic patient in selection of treatment. — *S. Clin. North America*, 15:1063-1071. 1935.
8. *Krestschmer H. L.* — The present trend of transurethral resection. — *J. A. M. A.*, 115: 89-93. 1940.
9. *Mc Carthy J. F.* — Surgery of the prostate, open closed, with special reference to tecnic. — *New England J. Med.*, 217:57-63. 1937.
10. Problemas da Prostata. — *Rev. Urol. Sao Paulo*, 4:87-93. 1937.
11. Evolución de la cirugía de la próstata. — *Crón. Med. Lima*, 57:116-121. 1940.
12. Técnica de la resección endoscópica de la próstata. — *Boletín Sociedad de Cirugía de Chile*, 439. 1940.
13. *Mc Carthy J. F.* — Cirugía instrumental operatoria del anciano, con referencia especial a vejiga y próstata. — *Vida Nueva*, XV, tomo XLVII, N° 4197. Habana.
14. *Oscar Mercier.* — End results of 900 cases of transurethral Resection of the Prostate. — *The J. of Urology*, Vol. 49, N° 5, 665-668. 1943.
15. *Stratte J. J.* — Observations on the changing Front of Prostatic surgery. — *The Urol. and Cut. New*, Marzo 1944. Pág. 127.
16. *Krestschmer H. L. and Ockaly E. F.* — Determination of Blood Loss During Transurethral Resection. — *J. Urol.*, 51:69-71. 1944.
17. *Davis Edwin.* — Renaissance of Prostatectomy with Particular Reference to Minimal Hospitalization Without Preliminary Drainage. — *J. Urol.*, 49:163-169. 1942.
18. *Mc Carthy J. F.* — Critique of Present Methods in the Surgery of the Prostate Gland (Discussion). — *J. of Urol.*, 45:428-432. 1941.

19. *Samuel A. West.* — Mortality in Surgery of the Prostate. — *The J. of Urol.*, 45:439-450. 1941.
 20. *I. Díaz Muñoz y A. Lira V.* — Sobre 30 casos de resección endoscópica. (1ª Comunicación). — *Anales de la Secc. de Urol. del Hosp. del Salvador*, P. 35. 1940. — *Bol. Soc. de Cir. de Chile*, 379. 1940.
 21. *I. Díaz Muñoz y A. Lira V.* — Cinco casos de enfermedad del cuello vesical. Resección endoscópica. — *Rev. de la Soc. Chil. de Urol.*, 1940, y *Anales de la Sección de Urología del Hospital del Salvador*, Pág. 89. 1940.
 22. *I. Díaz Muñoz y A. Lira V.* — Estudio crítico sobre 121 casos de resección endoscópica de la próstata. — *Bol. de la Soc. de Cir. de Chile*, 103. 1942, y *Anales de la Sec. Urol. del Hosp. del Salvador*, 26. 1942. — *Rev. de la Soc. Chil. de Urol.*, 966. 1943.
 23. *I. Díaz Muñoz y H. Baeza H.* — Revisión estadística de la enfermedad prostática durante cuatro años en la Sección Urol. del H. Salvador. — *Bol. Soc. de Cir. de Chile*, 152. 1943.
 24. *I. Díaz Muñoz, A. Lira V. y Miguel Acuña Z.* — Aspecto médico de la resección endoscópica de la próstata. (Experiencia de 310 casos). — *Rev. Méd. de Chile*, Dic. 1944, N° 12.
 25. *Baumhaker O. George.* — Prostatic Resection in vitro and in vivo. — *J. of Urology*, Vol. 49, N° 5, p. 660-664.
 26. *Barnes W. R. and Heritman Eclair.* — The teaching of Endoscopic Prostatic Surgery. — *J. of Urology*, Vol. 53, N° 6, p. 781-785.
-