

**RESUMEN DE LA MESA DE DISCUSION:  
"VIAS DE ABORDAJE A LA PROSTATA"  
REALIZADA EL 24 DE JUNIO DE 1976**

**COORDINADOR:** *Dr. Fernando MARQUEZ.*

Al referirse a las distintas vías de abordaje el Dr. Márquez destacó que el acceso a la glándula prostática es uno de los hechos más polifacéticos de la cirugía urológica, e insistió sobre la importancia clínico quirúrgica que tiene la elección de la vía frente a las variadas patologías que afectan a la glándula.

Luego de algunas interesantes consideraciones históricas sobre la evolución del conocimiento de las afecciones y cirugía de la próstata, solicitó al Dr. Rubí transmitiera su experiencia con la técnica retropúbica.

**DR. RUBI:** No condiciona esta vía alta tamaño de la glándula sino que realiza en forma exclusiva este abordaje. Como instrumental especial solo utiliza el Sprider y el separador ginecológico de Lactigues. Entre las complicaciones destaca las osteítis u osteosis del pubis, menos de 10 en 18 años, tratadas con aspiración del hematoma e inyección local de corticoides. Menciona además que en dos oportunidades pudo observar lo que llamó la complicación más desgraciada de la técnica, la necrosis de la cara anterior de la cápsula prostática; estos pacientes fueron reintervenidos y la solución la obtuvo realizando un descenso de un colgajo vesical anterior. Para evitar este accidente insiste en no desvacuarizar la cápsula por disección, haciendo la incisión transversal de la misma, previa colocación de dos puntos hemostáticos, y englovando en el corte la grasa y el plexo vascular. Como variedad interesante informa que en los últimos 80 casos operados, ha realizado la exéresis de la cara posterior de la cápsula prostática y de las vesículas seminales, encontrando en la histopatología 5 carcinomas de la próstata y 2 tumores primitivos de vesículas seminales.

Con respecto al abordaje transvesical al coordinador pidió al Dr. Pagano que volcara su experiencia.

**DR. PAGANO:** Realiza las incisiones umbilicopubiana vertical o de Pfannestiel hasta aponeurosis inclusive y cistostomía transversa que brinda mejor campo, fácil cierre e imposibilita el desgarro en el clivaje digital. Como complicaciones menciona las infecciones atribuibles al medio hospitalario y las hematurias que sin son importantes usa el lavado vesical continuo hasta que la hemostasis se produzca espontáneamente. En forma sistemática deja talla vesical y drenaje tipo Penrose en el espacio de Retzius.

**DR. METZ:** Practica la incisión infraumbilical y cistostomía longitudinal, no deja talla vesical y consigna que es más fácil desbloquear una vejiga que ha sido

## VIAS DE ABORDAJE A LA PROSTATA

totalmente cerrada que aquélla en la que se dejó una cistostomía.

DR. QUINTANA: Dió su experiencia en la vía perineal considera que esta técnica está indicada en los pacientes obesos, con trastornos cardiovascular, insuficientes renales crónicos y grandes hernias o eventraciones abdominales. Refiere que el postoperatorio es muy tranquilo, con escasa hematuria y menciona como detalle importante volver al paciente a la posición de decúbito en forma muy lenta y ya que de no hacerlo así se puede presentar hipotensiones severas, a veces fatales. Como complicaciones cita una hemorragia a los 14 días que se resolvió por cateterismo vesical, una lesión de recto y algunas supuraciones superficiales de la herida.

DR. SAENZ, Pone de manifiesto dos contraindicaciones de la vía perineal, de carácter absoluto: La distancia bi-isquiática, que debe ser mayor de 6 a 7 mm y la artrosis de cadera. Y otra de carácter relativo que es la prociencia de la glándula hacia la luz rectal.

El coordinador hace hincapié en la importancia de realizar un prolijo interrogatorio con respecto a la potencia sexual del paciente que va a ser sometido a una adenectomía prostática, requiriendo la experiencia del auditorio al respecto.

DR. BERNSTEIN HAHN: Menciona la serie de Bowery de mil pacientes operados por vía perineal se encontró impotencia en el 100 por ciento de los casos. También se observa en mayor proporción de lesiones del recto e incontinencia post operatoria.

DR. VILLAMIL; Considera que la falta de eyaculación posterior al acto quirúrgico condiciona una impotencia psíquica, para lo que recomienda explicar al paciente las razones por las que no podrá expulsar el semen por la uretra, con lo que no ha observado esta complicación.

Al referirse a la cirugía transuretral de la próstata el Dr Márquez solicita al Dr. Repetto su opinión.

DR. REPETTO: Menciona como contraindicaciones la estrechez de la uretra y los pacientes con vejigas hipertónicas o con tendencia a la espasticidad. Entre las indicaciones: adenomas menores de 40 grs., o litiasis prostáticas. Utiliza ansas A 0.12 que son las que mejor cortan. Como complicaciones más habituales destaca la hemorragia y la estrechez de la uretra postoperatoria. La primera es más frecuente que por cualquier otra vía, por lo que recomienda que la hemostasia sea muy prolija y no retirar el paciente de la mesa de operaciones hasta que el líquido de lavado no esté totalmente claro.

Como complicaciones menos frecuentes cita la perforación vesical o rectal, el flemón urinoso paraprostático y la rotura de la camisa del resector dentro de la uretra. Utiliza la técnica de Nesbir y si el adenoma protruye marcadamente dentro de la vejiga, utiliza una vía a cielo abierto.

DR. OTAMENDI: Insiste en la importancia para el urólogo del conocimiento de varias vías de abordaje a la próstata y condiciona la elección de la misma a lo que sea más conveniente para el paciente.

**DR. VILLAMIL:** Refiere que en el Htal. Ferroviario Central ultimamente se opera el 45 por ciento de los casos por vía transuretral con técnica de Nesbit. La indicación está dada por el tamaño del adenoma, que se determina por panendoscopia.

\*

---

# Trifacilina

(ampicilina Bagó)

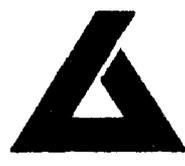
## El antibiótico de uso diario

---

<b>Presentaciones:</b>	Comprimidos.	Trifacilina	250 mg 500 mg 1.000 mg
	Inyectable.	Trifacilina	250 mg 500 mg 1.000 mg
	Jarabe.	Trifacilina Trifacilina Forte	jarabe jarabe

**Posología:** en cualquiera de sus presentaciones:  
1 comp., 1 inyect.; 1 medida cada 6-8 horas.

---



**Bagó**