
Tratamiento quirúrgico simultáneo del adenoma de la próstata y la hernioplastia inguinal por el acceso preperitoneal.

Dr. FERNANDEZ BEDOYA, Juan Carlos; Dr. FAYAD, Elias Jorge; Dr. MUNDO, Marcelo; Dr. ABRIATA, Rubén; Dr. RUIZ, Roque; Dr. METZ, León M.

RESUMEN:

Se presentan 20 pacientes a los que se les realizó tratamiento simultáneo de su hipertrofia prostática y la hernioplastia inguinal o crural, utilizando la misma vía de abordaje, en un mismo tiempo quirúrgico, sin que esta combinación altere en lo más mínimo el posoperatorio.

(*Rev. Arg. de Urología, Vol. 55, pág., 166, 1990.*)

Palabras clave: Adenoma de próstata - Hernia inguinal - Tratamiento simultáneo.

INTRODUCCION

El objeto del presente trabajo es demostrar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico simultáneo de ambas patologías citadas y sus excelentes resultados, además de revalorizar ésta opción terapéutica.

Ha sido presentado anteriormente un trabajo en el cual reflejábamos nuestra experiencia en 56 pacientes utilizando vías de abordaje diferentes para resolver ambas patologías. Este modo de actuar ya fue descrito por varios autores, entre los que citamos: Anandale en 1876, fue el primero que utilizó esta vía de acceso. Tait (1883) - Larroque (1919) Henry (1936) - Mc Donald y Huggins (1949) - Dickey, Maluf, Tauber y Jasper (1961) - Nyhus (1964).

MATERIAL Y METODOS

Se presentan 20 pacientes portadores de hipertrofia prostática benigna y hernias inguinales y/o crurales, a los que se realizó tratamiento quirúrgico simultáneo, por una misma vía de abordaje.

Los mismos fueron evaluados por examen físico, uretrocistofibroscopia, urograma de excreción y/o ecografía del árbol urinario. Las consultas se debieron a síntomas urinarios bajos (prostatismo) y en algunos casos por el discomfort propio de la patología herniaria. El 10% de los pacientes eran portadores de sondas vesicales a permanencia, los cuales fueron intervenidos luego de negativizar sus urocultivos.

Se utilizó antibioticoterapia intra y pos operatoria. La edad promedio de los pacientes correspondió

* Policlínico Ferroviario Central
Servicio de Urología
* Institutos Médicos Antártida
Servicio de Urología

a 65 años (47 a 81 años).

La variedad herniaria se distribuyó de la siguiente manera:

- Hernias inguinales unilaterales: 13 casos.
- Hernias inguinales bilaterales: 5 casos.
- Hernias inguinales crurales: 2 casos.

El 60% de las hernias inguinales fueron directas.

RESEÑA ANATOMICA Y TECNICA

QUIRURGICA:

En el primer tiempo quirúrgico, se realizó por vía mediana infraumbilical la liberación del espacio preperitoneal, tomando como reparos anatómicos por detrás la cara anterior de la vejiga y de la celda prostática, lateralmente se libera el espacio hasta los

vasos ilíacos externos, dejando descubierta la pared posterior del trayecto inguinal, observando los reparos anatómicos que se utilizan para realizar la plástica herniaria.

En caso de observar la presencia de una hernia indirecta, es decir la persistencia del conducto peritoneo vaginal, se libera el saco realizandose la ligadura alta del mismo, si existiesen adherencias a las paredes del trayecto inguinal, es útil realizar la apertura del saco herniario y reducir su contenido. Hecho esto, se observa la fascia transversalis, los vasos epigástricos y el cordón espermático, cruzado por arriba por el arco del músculo transversario y abajo por la cintilla iliopubiana de A. Thompson y el ligamento de Cooper; teniendo en cuenta estos reparos, las hernias directas se insinúan por dentro del cordón y las indirectas por fuera del mismo (fig. 1).

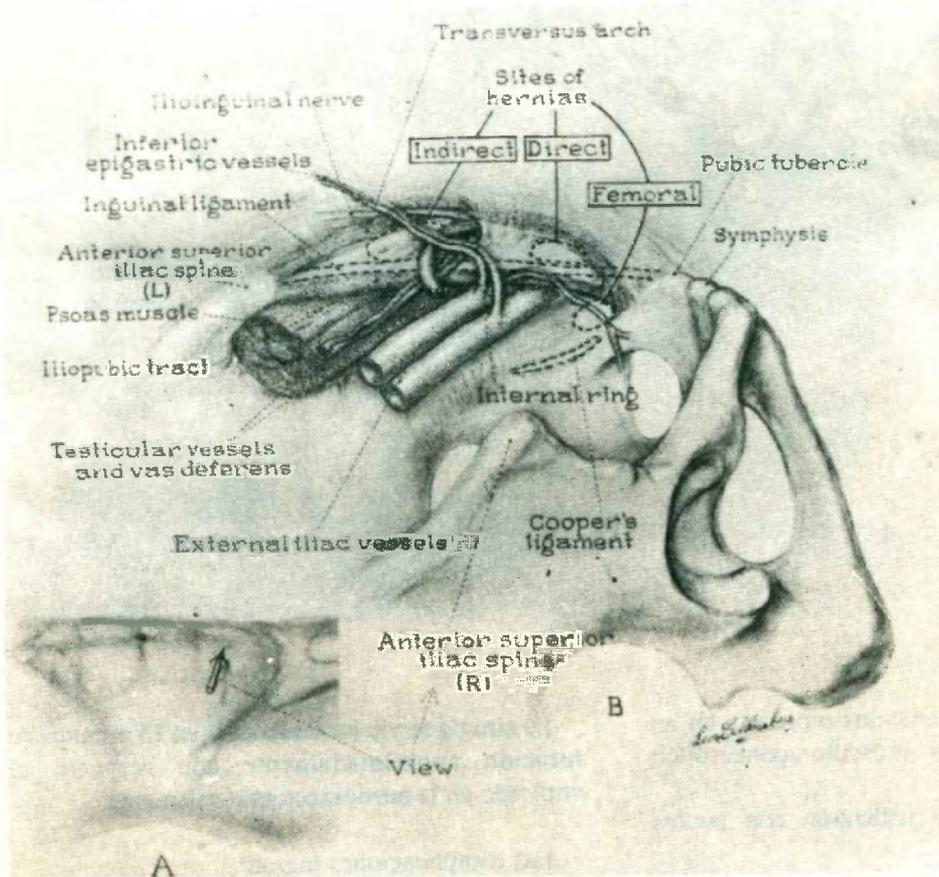


Figura 1:
Región anatómica-quirúrgica con sus diferentes elementos constitutivos a tener presentes.

El refuerzo de la debilidad hemiaria consiste en realizar en las hernias indirectas (luego del tratamiento del saco), la sutura del arco del músculo transverso a la cintilla iliopubiana. En las hernias directas, además del paso precedente, se continúa con puntos mediales hasta el ligamento de Cooper, obliterando de ésta manera el orificio crural, reforzando así el

Millín.

RESULTADOS Y COMPLICACIONES

Fueron evaluados los 20 pacientes operados, con un control máximo de 20 meses, obteniendo resultados satisfactorios.

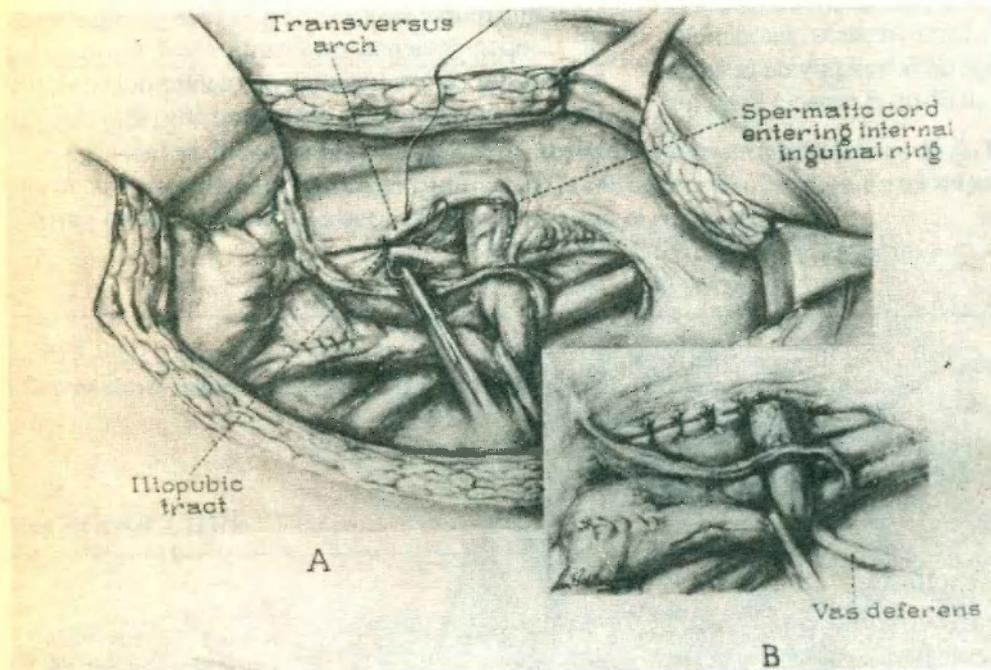


Figura 2:
Reparación de hernias inguinales indirecta, mediante puntos de aproximación entre la arcada del músculo transverso y la cintilla ilio-púbica por dentro y fuera del

retromuro inguinal con elementos propios y en un mismo plano anatómico músculo-aponeurótico (fig. 2) (fig. 3).

Todos estos pasos se realizaron con puntos diferidos de lino 70.

El segundo tiempo quirúrgico consiste en la adenomectomía prostática por vía transvesical o de

La cirugía se vio incrementada en 15 minutos de duración aproximadamente con respecto al empleado en la adenomectomía solamente.

Las complicaciones fueron:

- 3 infecciones de la herida.
- 1 recidiva herniaria a los 2 meses.

CONCLUSIONES

- El trabajo presentado muestra que el tratamiento quirúrgico simultáneo, a través de la misma vía de acceso, para la hipertrofia prostática benigna y la hernioplastia inguinal fue efectivo y no provocó un grado mayor de morbilidad al de la adenomectomía solamente.

- El tiempo quirúrgico se vio incrementado en 15 minutos aproximadamente.

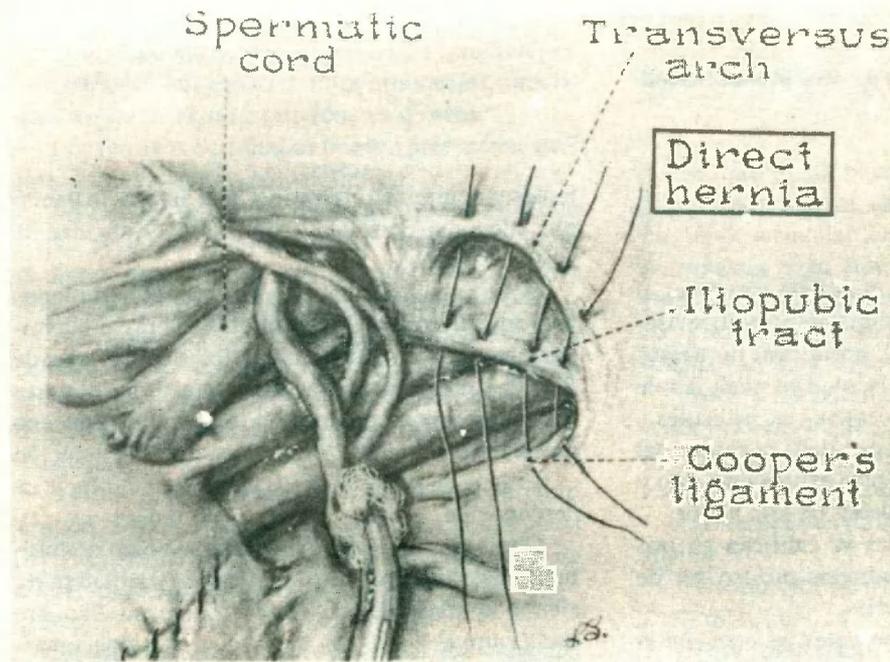
- Se evita una nueva intervención quirúrgica, la que muchas veces se realiza en pacientes añosos y con patologías concomitantes (cardiopatías, diabetes, hipertensión arterial, etc.)

- Si se tratara de una hernia inguinal recidivada,

intervenida oportunamente por abordaje anterior, resaltamos la trascendencia del abordaje posterior o preperitoneal, debido a que las estructuras anatómicas a éste nivel se encuentran menos alteradas.

- La observación de la asociación de ambas patologías es frecuente y no se encuentran interrelacionadas, por lo que su resolución conjunta debe ser evaluada.

- Seguimos pensando que la vía de abordaje anterior sería preferida para el tratamiento de las hernias inguinales y la preperitoneal estaría indicada en las crurales. Con este trabajo hemos querido mostrar nuestra experiencia por ésta vía y comparar los resultados que hemos obtenido destacando la opción terapéutica aquí propuesta.



cordón.

Figura 3: Reparación de hernias inguinales directas, mediante puntos de aproximación de la cintilla ilio-púbica a la arcada del músculo transversario y cierre del orificio herniario crural con la inclusión de dichos puntos del ligamento de Cooper.