

Dr. CLEMENTE

CARRILLO

BAYAS *

PROSTATECTOMIA

TRANSCERVICAL

INTRODUCCION

Existen numerosas técnicas quirúrgicas para tratar la obstrucción urinaria causada por el crecimiento prostático.

Allrededor de 1890 Bellfield, Fuller y McGill reportaron sus experiencias con la prostatectomía. La cirugía prostática se generalizó después de 1901 cuando Freyer describió la vía suprapúbica para la enucleación, en casos de agrandamiento de la Próstata.¹⁻²

El problema frecuente que aparece durante y después de la cirugía es la hemorragia y ha dado lugar a numerosas técnicas para evitarla y combatirla, y va desde el taponamiento del lecho prostático, con el riesgo de una alta morbi-mortalidad, hasta complicadas maniobras quirúrgicas.

Thompson-Walker y Harnis,³ idearon una técnica para la prostatectomía, y fundamentalmente para la sutura del cuelllo vesical, modificada y aumentada después por Hryntschak⁴ con el fin de controlar la hemorragia; pero este método no fue suficien-

* Profesor Auxiliar Accidental de Urología, Cirujano Urólogo Ad-Honorem del Hospital Infantil Baca Ortiz, Cirujano Urólogo Ad-Honorem del Hospital Pablo Arturo Suárez, Funcionario del Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica.

-
- (1) Freyer, P.J.: Total Extirpation of the Prostate for Radical Cure of Enlargement of that Organ. Brit. Med. J. 2:125, 1901.

 - (2) Shafik, A.: Suprapubic Prostatectomy: an Approach for Removal of the Enlarged Prostate. J. Urol. 107, 448, 1972.

 - (3) Fam, A.: Control of Bleeding During and After Prostatectomy. Int. Surg. 56, 352, 1971.

 - (4) Hryntschak, T.: Suprapubic Prostatectomy with Primary Closure of the Bladder Neck by and Original Method: Preparation, Technique and Prostatectomy. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publisher, 1955.
-

te. Posteriormente Willson-Hay y Charles-Wellis, describieron la trigonización del lecho prostático y el uso de la diatermia en la cirugía para el control de la hemorragia disminuyendo la incidencia de la hemorragia operatoria y la obstrucción post-prostatectomía. Millin describe la vía retropúbica para el abordaje de la próstata disminuyendo con esta técnica la hemorragia postoperatoria. La vía trans-cervical vertical es descrita por primera vez por El-Sard.³

Con estas técnicas, se tiene la ventaja de trabajar directamente sobre el cuello vesical y el lecho prostático controlando mejor la hemorragia; pero a pesar de estas técnicas, las complicaciones persisten, si bien no frecuentemente, pero no por eso dejan de ser una amenaza. Se emplean también la vía perineal y la transuretral, las cuales tienen también sus riesgos y complicaciones.

Posteriormente aparecen agentes químicos sistémicos o locales para combatir la hemorragia, los cuales en definitiva aumentan el armamentario del urólogo para evitar y combatir las complicaciones.⁵

En resumen lo que se busca con la infinidad de técnicas quirúrgicas y sus distintas variaciones es encontrar una técnica ideal que ofrezca el máximo de seguridad al paciente y le permita su rápida recuperación.

El presente trabajo es un aporte a la larga lista de técnicas y es la recolección de las experiencias con una técnica quirúrgica denominada trans-cervical y que reúne procedimientos de las vías transvesical y retro-

púbica y añade otras variantes,⁶⁻⁷ la mayoría producto de las experiencias del autor. Fue descrita por un profesor del Servicio de Urología del Hospital Universitario del Valle, Colombia.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en pacientes hospitalizados en el Servicio de Urología del Hospital Universitario del Valle, durante un periodo de diez meses comprendidos entre el mes de abril de 1972 y enero de 1973.

Los pacientes seleccionados fueron aquellos que clínicamente presentaron un adenoma con un peso calculado sobre los 60 gms. Para el cálculo del peso se empleó el tacto rectal, la endoscopia y en algunos casos la urografía. En total se reunieron cincuenta y un pacientes de sala general, operados con esta técnica.

La edad de los pacientes varía entre 50 y 85 años. La mayoría de los pacientes estaban comprendidos entre la sexta y séptima década, 74.50%, con un promedio de edad de 67 años. Tabla N° 1.

TABLA N° 1

EDAD DE LOS PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS

Años de Edad	N° de Casos	%
50-59	6	11.75
60-69	20	39.21
70-79	18	35.29
80-89	7	12.73

(6) Gregoire, W.: Nuevos Aspectos en Tratamiento del Adenoma Prostático. Comunicación Personal. Curso de Urología. Medellín, 1967.

(7) García Prada, H.: Prostatectomía Transcervical. Nuevo Método de Técnica Quirúrgica. Informe preliminar. Comunicación Personal. XI Congreso Colombiano de Urología. Barranquilla, 1972.

(5) Tierney, T.M.: Control of Bleeding After Prostatectomy with Special Reference to Use of Oxidized Regenerated Cellulose. J. Urol., 91: 400, 1964.

También se operaron pacientes con próstatas que reunían estos requerimientos, con las otras técnicas, para docencia de los residentes.

Si la próstata era considerada con un peso menor, se elegía de preferencia la vía transuretral.

La sintomatología urinaria predominante fue la retención total; se presentó en veinte y nueve pacientes, 56.86%. Hubo un caso en que el paciente tenía retención desde un año antes de su hospitalización.

En prostatismo presentaron catorce pacientes, 27.45%, y hematuria presentaron ocho pacientes, 15.68%. Se diagnosticó hematuria de origen prostático luego de todos los procedimientos de rigor: Cistoscopia, Urografía, Citología, etc. En dos casos, 3.92%, en los cuales persistió la hematuria, se realizó la prostatectomía de urgencia, con excelentes resultados.

Cuarenta y un pacientes, 80.39%, presentaron enfermedades asociadas, siendo las más frecuentes: hipertensión arterial, en siete pacientes, 13.73%, ninguno de los cuales recibió tratamiento hipotensor preoperatorio. Complicaciones cardio-pulmonares, ocho pacientes, 15.68%. Hernias inguinales presentaron seis pacientes, 11.76% de éstos, dos, se operaron simultáneamente de la próstata y de la hernia con excelentes resultados. Patología genital como fimosis e hidrocele presentaron cuatro pacientes, 7.85%, los cuales se corrigieron durante el mismo acto quirúrgico. Un paciente presentó cálculo vesical, al cual se le realizó la litotomía en el mismo acto quirúrgico.

Hay otras enfermedades asociadas, en menor número, que no significaron riesgos para el paciente.

Sólo diez pacientes, 19.67%, llegaron a la cirugía con la orina estéril. La endoscopia urinaria en estos casos se realizó inmediatamente antes de la cirugía, para evitar los riesgos de una infección urinaria. Veinte y nueve pacientes, 56.86%, presentaban infección urinaria. Tres pacientes, 10.34%, tenían infección mixta. En el si-

guiente cuadro se observan los gérmenes presentes. Tabla N° 2.

TABLA N° 2

INFECCION URINARIA PRE OPERATORIA

Germen	Nº de Pacientes	%
E. coli	8	15.68
Klebsiella Ae	7	13.73
Pseudomona Au	6	11.76
Proteus ++	6	11.76
Citrobacter	1	1.96
Estafilococo		
coagulasa +	1	1.96

Todos los pacientes con infección urinaria, tenían Foley a permanencia por retención; y tres pacientes, 10.34%, hicieron abscesos prostáticos, los cuales retardaron la cirugía.

El tratamiento supresivo para la infección urinaria se hizo en todos estos casos, y tres días antes de la cirugía se inició el tratamiento intensivo con antibióticos parenterales de acuerdo al antibiograma.

Todos los pacientes antes de ser intervenidos quirúrgicamente tuvieron una valoración clínica completa, realizada por los residentes del Servicio de Medicina Interna. En ninguno hubo contraindicación para la Cirugía.

TECNICA QUIRURGICA

1. Se coloca al paciente en posición decúbito supino. Se realiza la incisión infraumbilical mediana o transversa, por planos, hasta exponer completamente la región vesico-capsular.

2. En la cara infero externa de la vejiga, a cada lado, se localizan los vasos vesicales inferiores, se reparan con una pinza de Backoc, y se colocan puntos de transfixión con catgut aromado. Los vasos de la cara anterior de la Cápsula prostática se ligan igualmente por transfixión, lo más lejos posible del cuello vesical anterior.

3. A nivel de la unión vesíco-capsular y a un centímetro por encima de ésta, se realiza un corte transversal, de concavidad inferior, hasta el ángulo súpero-externo de la cápsula prostática, en el punto de unión con la pared vesical. Se realiza un corte similar, con la concavidad superior, a nivel de la cápsula prostática, medio centímetro por debajo de la unión vesíco-capsular, hasta encontrarse a cada lado con los extremos de la incisión transversal de la vejiga.

4. Se limita así un espacio correspondiente al cuello vesical anterior, el cual será extraído junto con el adenoma.

Los ángulos de la incisión se reparan con puntos de catgut, los cuales sirven también para ligar ramas de la arteria vesical inferior.

5. Para la enucleación del adenoma se siguen los siguientes pasos:

- a. El dedo índice introducido en el cuello vesical rompe la mucosa uretral, a la altura del vértice de los lóbulos laterales.
- b. Se disecciona digitalmente las caras anterior, posterior y laterales del adenoma respetando la unión con la uretra y con el cuello vesical.
- c. A nivel de la cara anterior del adenoma, línea media, se corta con tijeras, de arriba hacia abajo hasta visualizar el ángulo superior del Verumontanum, el cual es un punto de reparo importante para prevenir la lesión de la uretra membranosa.
- d. El vértice del adenoma claramente expuesto es seccionado transversalmente por encima del Verumontanum, quedando la uretra libre y sin lesión muscular y conservando el Verumontanum.
- e. La enucleación del adenoma se continúa hacia arriba, disecándole del cuello vesical, conservando un colgajo de mucosa, la cual recubrirá más tarde la cara posterior de la cápsula prostática.
- f. Se itapona la cápsula, y se realiza la hemostasia del cuello vesical posterior,

con puntos hemostáticos o con fulguración. Si el cuello es hipentrófico se reseca.

- g. El colgajo de mucosa del triángulo es llevado hacia abajo, y fijado a la cara posterior de la cápsula prostática con puntos de catgut.

6. Se coloca un Foley uretral número 22. El balón se infla con 30 cc. de agua y se coloca en el fondo vesical.

7. Los bordes de la incisión transversal de la vejiga y de la cápsula, se sitúan entre sí, con puntos de catgut cromado.

8. Se deja dren de Penrose en el espacio retrapúbico de Retzius.

RESULTADOS

El tiempo de duración de la cirugía en la mayoría de los casos, varió entre una y media horas a dos horas. En el siguiente cuadro se observa la duración del acto quirúrgico.

TABLA Nº 3

TIEMPO DE DURACION DE LA CIRUGIA

Tiempo en Horas	Nº de Casos	%
01:00 - 01:30	13	25.49
01:30 - 02:00	30	52.82
02:00 - 02:30	8	15.18

La mayor dificultad para la técnica, se encontró en los obesos, aumentando considerablemente el tiempo quirúrgico.

La hemorragia durante el acto quirúrgico fue calculada en forma aproximada por los anestesiólogos. Hay factores que influyen en forma indirecta para aumentar la hemorragia operatoria, como se observó en los pacientes obesos y en los hipertensos.

En la siguiente tabla se observa la cantidad de la hemorragia operatoria. Tabla N° 4.

TABLA N° 4

CANTIDAD DE LA HEMORRAGIA OPERATORIA

Cantidad en cc.	N° de Casos	%
300 cc.	3	5.88
400 cc.	8	15.68
500 cc.	13	25.49
600 cc.	14	27.45
1.000 cc.	13	25.49

Hay casos en que la mayor cantidad de la hemorragia se produjo al comienzo de la cirugía, al colocar los puntos de Gregoire, en los plexos vesíco-prostáticos laterales.

La cantidad de sangre transfundida durante la cirugía varía entre 500 cc. y 1.000 cc. Algunos pacientes no requirieron transfusión sanguínea, especialmente en las últimas cirugías.

En la siguiente tabla se observa la cantidad de sangre transfundida durante la cirugía. Tabla N° 5.

TABLA N° 5

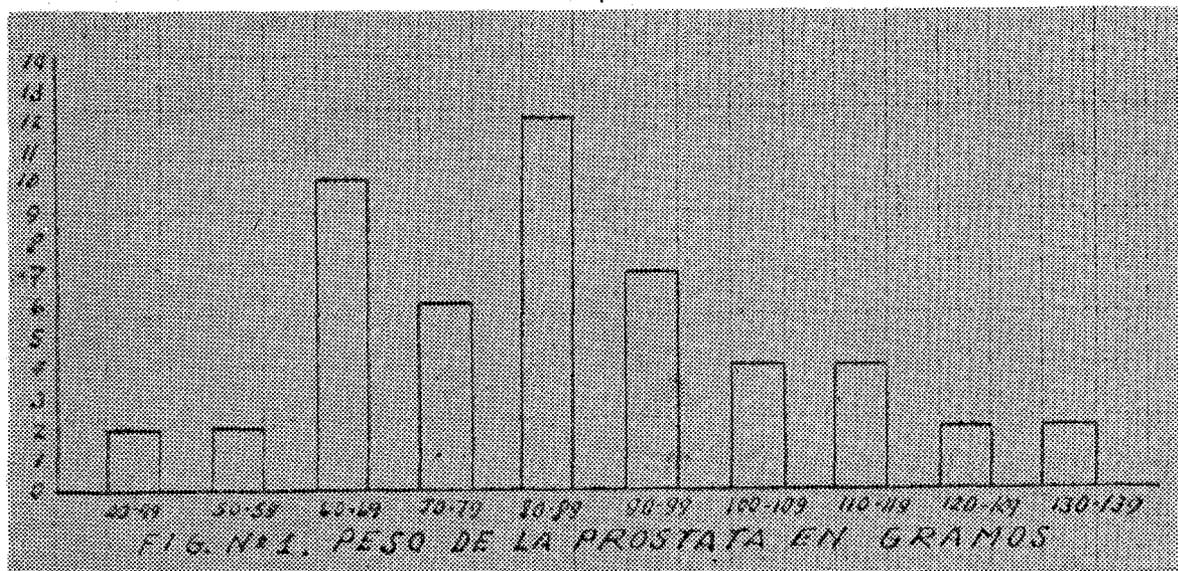
TRANSFUSION SANGUINEA DURANTE LA CIRUGIA

Cantidad en cc.	N° de Pacientes	%
0	10	19.60
500	25	49.01
1.000	16	31.39

Estas cantidades estuvieron sujetas al criterio del anestesiólogo. Las normas para determinar la cantidad de sangre perdida fueron el pesaje de las compresas usadas y la medición de la cantidad de líquido aspirado.

Ningún paciente necesitó transfusiones en el post-operatorio.

Los pacientes que presentaron adenomas con un peso calculado por sobre los 60 gms. se seleccionaron para esta nueva técnica. En dos pacientes, 3.92%, el peso fue entre 40 y 49 gms., en todos los demás pacientes los cálculos fueron exactos. En la siguiente gráfica se observa el número de casos operados y el peso de la próstata. Fig. N° 1.



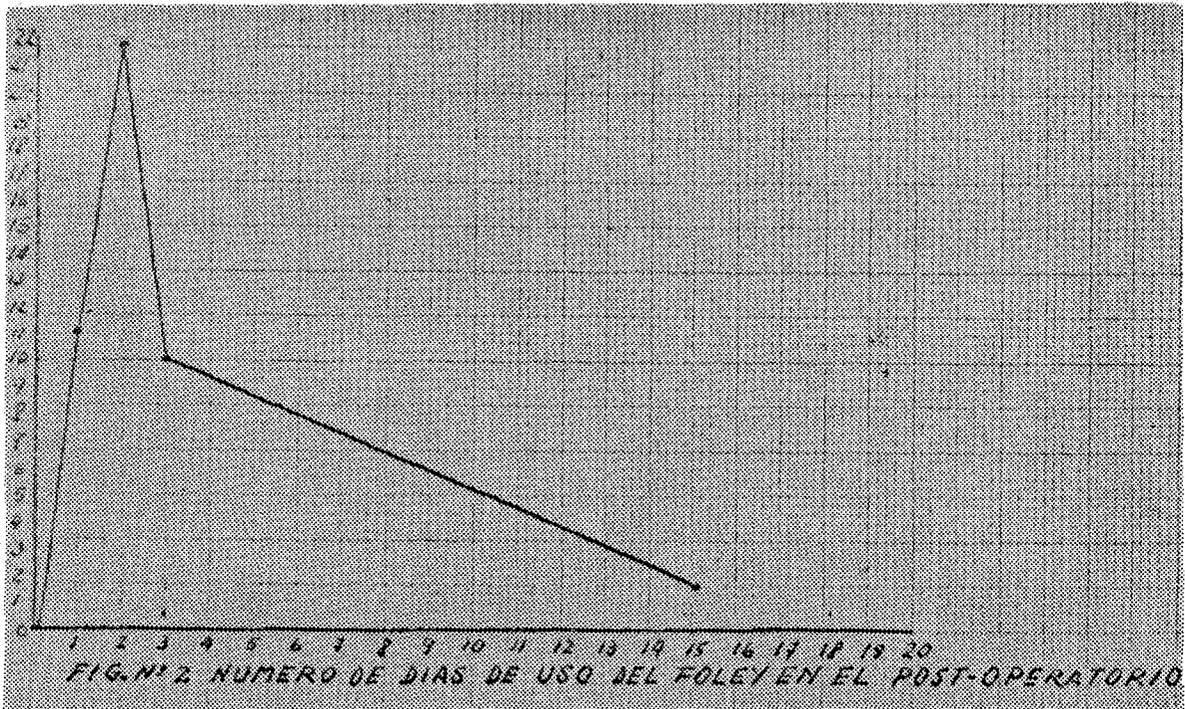
La próstata de menor peso fue de 40 gms, y la de mayor peso de 130 gms. El peso comprendido entre 60 y 100 gms. tuvieron treinta y cinco pacientes, 68.62%.

Todos los pacientes se operaron con el diagnóstico de adenoma, sin embargo la patología reportada en cuatro casos, 7.85%, fue de Ca. latente. En todos estos pacientes el seguimiento entre uno y nueve meses, no ha demostrado la existencia de recidiva,

y es el único tratamiento que han recibido para su Ca.

Veintiún casos, 41.17%, fueron reportados por patología como de hiperplasia sola; y en veintiseis, 50.98%, hubo componente de prostatitis aguda y crónica.

El uso del catéter de Foley varía entre uno y tres días. En el siguiente cuadro se ilustra el número de días del uso del catéter de Foley en el post-operatorio. Figura N° 2.



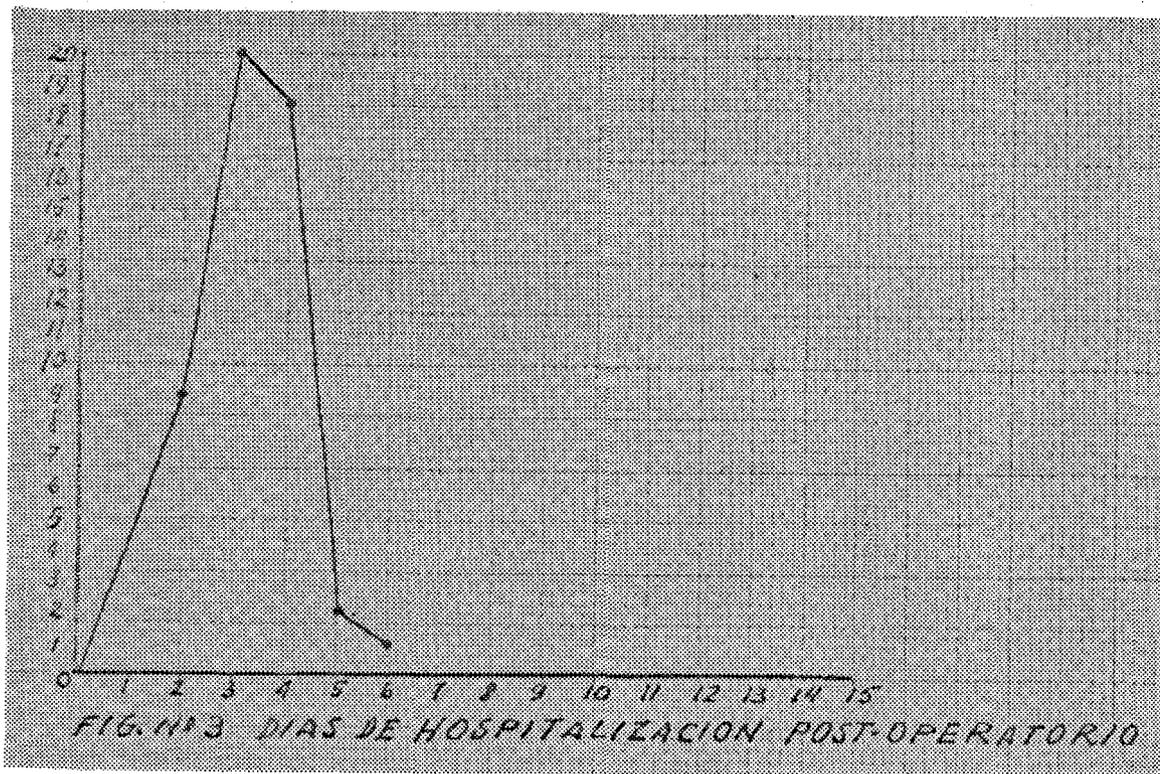
Once pacientes, 21.56%, usaron el Foley por un día; veintidós, 43.12%, usaron el catéter por dos días; nueve pacientes, 18.66%, lo necesitaron por tres días; ocho pacientes, 15.68%, por cuatro días; uno, 1.96%, por quince días.

En el paciente que necesitó el catéter por 15 días se trató de comprobar si se podía prescindir del uso del catéter cuando la hemostasia es perfecta, la experiencia nos demostró lo contrario. En este paciente inicialmente no se dejó catéter en el post-operatorio ya que no había hemorragia; hubo

necesidad de colocarlo 24 horas más tarde, cuando el paciente presentó signos de fístula vésico-cutánea.

A todos los pacientes se les retiró el Penrose entre las 24 y 36 horas después de la cirugía.

Todos los pacientes egresaron del hospital antes de completar la semana del post-operatorio. Se controlaron por consulta externa y al completar el tiempo necesario se retiraron las suturas de la piel. En el siguiente cuadro se observa la curva de los días de hospitalización. Figura N° 3.



Como se puede observar, el 91.01% requirió hasta cuatro días de hospitalización en el post-operatorio. El paciente que requirió mayor tiempo de hospitalización, fue el que desarrolló la fístula vesíco-cutánea. Este paciente egresó con el catéter uretral y 15 días después se lo retiró, en el servicio de consulta externa.

Las complicaciones que se presentaron en esta serie fueron: Infección leve de la herida quirúrgica, en cuatro pacientes, 7.85%. Fístula vesíco-cutánea, un paciente, 1.96%, ésta cerró espontáneamente. Osteítis de Pubis, un paciente, 1.96%; es quizá la más molesta de las complicaciones y requirió tratamiento enérgico, ambulatorio por un tiempo aproximado de un mes. Evolucionó favorablemente.

No hubo complicaciones mayores, ni tampoco, en esta serie, hay muertes atribuidas a la cirugía.

El seguimiento de los pacientes se realizó periódicamente, entre uno y nueve meses. Para la valoración de la amplitud del cuello vesical se empleó la cisto-uretroscopia.

DISCUSION

La hiperplasia prostática es una enfermedad de los hombres viejos, los cuales en su mayoría no sólo presentan las molestias urinarias, sino también sintomatología de las enfermedades asociadas. La hipertensión arterial es la más frecuente. El tratamiento de estos pacientes requiere normas especiales para evitar complicaciones desagradables como la hipotensión prolongada y severa que puede presentarse con los agentes anestésicos, o la excesiva hemorragia durante y después de la cirugía⁸. El uso de

(8) Minuck, M.: Reaction to Drugs During Surgery and Anesthesia. *Canad. Med. Ass. J.* 82: 1008, 1960.

agentes hipotensores debe discontinuarse 2 o 3 semanas antes de la cirugía electiva, especialmente con los derivados de la reserpina, debido a que éstos, producen una disminución de la actividad simpática en las terminaciones nerviosas post-ganglionares:⁹ causada por depresión de norepinefrina. La disminución del tono simpático produce una vasodilatación periférica la cual sería causa de una mayor hemorragia operatoria y en el post-operatorio¹⁰.

Todas estas recomendaciones en el paciente hipertenso se siguieron con los pacientes de esta serie.

La hemorragia quirúrgica, que se presenta en grado variable en todas las técnicas quirúrgicas,¹¹ se puede controlar más fácilmente con una amplia exposición del campo quirúrgico. Con la técnica descrita se obtiene una mayor exposición con la resección del labio anterior del cuello vesical, con lo cual se visualiza ampliamente tanto la cavidad vesical como todo el lecho próstatico y permite realizar las maniobras quirúrgicas con mayor facilidad.

Al realizar la enucleación del adenoma, se visualiza perfectamente el vértice de la próstata y se puede realizar la sección transversal de la uretra por encima del Verumontanum, asegurándole al paciente la continencia urinaria post-operatoria, ya que está confirmado que, ésta, depende del seg-

(9) Card, D.J., Shiff, Jr., M.: Possible Role of Reserpine in Post-prostatectomy Hemorrhage. *J. Urol.* 107:97, 1972.

(10) Gaffney, T.E., Bryant, W.M., and Braunwald, E.: Effects of Reserpine and Guanethidine on Venous Reflexes. *Cir. Resp.* 11:889, 1962.

(11) Goldman, E.J., and Samellas, W.: Blood Loss During Prostatic Surgery. *J. Urol.* 86:637, 1961.

mento corto de uretra que queda por debajo del Verumontanum y de su músculo circundante.¹²

La triagonización del lecho prostático, que es otro de los mecanismos hemostáticos usados ya que se supone que ayuda a la contracción de la llamada cápsula quirúrgica de la próstata,¹³ se facilita por la mejor exposición del área quirúrgica.

La hemorragia post-operatoria que parece ser igual con la técnica clásica transvesical y la retrapúbica,¹⁴ y que disminuyó considerablemente con la sutura del cuello vesical descrito por Harris¹⁵ y modificada por Hrynytschack⁴ y de la Peña,¹⁶ se pudo controlar más fácilmente por la amplia exposición del campo operatorio, y permitió seguir todas las normas clásicas para obtener una excelente hemostasia.

Cuando hay que extenuar la hemostasia del cuello vesical, las excesivas suturas pueden originar posteriormente una estenosis del cuello vesical.¹⁷ Al resecar la parte anterior del cuello, se crea una línea de sutura amplia similar a la obtenida en la plas-

tia en Y-V, empleada para corregir la estenosis del cuello vesical; con esto se previene una posible estenosis post-operatoria.

En todos los casos en que se realizaron controles endoscópicos, se pudo observar un cuello vesical supremamente amplio.

La valoración de los pacientes que necesitaban transfusiones sanguíneas se hizo de acuerdo al método de Moore¹⁸ y que consiste en medir el volumen de sangre aspirada, por la succion eléctrica, y el pesaje de las compresas. Se tomaron en cuenta también los valores hematológicos del pre-operatorio. No se presentaron complicaciones atribuibles a la transfusión sanguínea.

El porcentaje de la infección urinaria después de la cirugía urológica varía entre el 6% y el 100%.¹⁹ Los urocultivos realizados un mes después de la cirugía fueron positivos en doce pacientes, 23.53%, y se negativizaron con el tratamiento en diez pacientes, persistiendo la infección en dos pacientes, hasta tres meses después.

La incidencia de la infección urinaria en los pacientes prostatectomizados puede disminuir considerablemente empleando numerosas técnicas, como el uso del drenaje cerrado, con lo cual se elimina la contaminación retrógrada y el reflujo de orina;²⁰ los antibióticos sistémicos, la irrigación continua o intermitente de la vejiga con soluciones que contienen antibióticos.

(12) Whitaker, R.H., Chir, M.: The Fate of the Prostatic Cavity After Retrapubic Prostatectomy. Brit. J. Urol. 43, 722, 1971.

(13) Caine, M.: The Fate of the Bladder Neck and Prostatic Cavity After Prostatectomy. Proceedings of the Royal Society of Medicine. 46:555, 1953.

(14) Perkash, I., Kataria, P.N., Takkar, K.L.: Evaluation of Suprapubic Prostatectomy Using and Absorbable Purse-String Suture at Vesical Neck. J. Urol. 105, 835, 1971.

(15) Harris, S.H.: Suprapubic Prostatectomy with Closure. Brit. J. Urol. 1:285, 1929.

(16) De la Peña, A. and Aloina, E.: Suprapubic Prostatectomy: A New Technique to Prevent Bleeding. J. Urol. 88:86, 1962.

(17) Mallament, M.: Maximal Hemostasis in Suprapubic Prostatectomy. Surg., Gynec. & Obst. 120:1307, 1965.

(18) Moore, R.C., Jr., Canizaro, P.C., Sawyer, R.B., Darin, J.C. and Moncrief, J.A.: An Evaluation of Methods for Measuring Operative Blood Loss. Anesth. Anal. 44:130, 1965.

(19) Symes, J.M., Hardy, D.G., Suthern, K., Blandy, J. P.: Factors Reducing the Rate of Infection After Trans-urethral Surgery. Brit. J. Urol. 44:582, 1972.

(20) Kunin, C.M., and McCormack, R.C.: Prevention of Catheter-induced Urinary Tract Infections by Sterile Closed Drainage. New. Engl. J. Med. 274:1155, 1966.

En esta serie se emplearon antibióticos en forma sistemática en todos los pacientes prostatectomizados.

El período del uso del drenaje en el post-operatorio tiene una gran influencia en el desarrollo de la infección urinaria.²¹ El rápido retorno de la orina a la normalidad, nos permitió retirar el catéter en un corto período de tiempo.

En todos los pacientes se usó Furosemide en el post-operatorio, con lo que se consigue una mayor excreción urinaria, la cual produce un lavado fisiológico de la vejiga, y previene la acumulación de coágulos sanguíneos, eliminando un medio de cultivo²² favorable en la vejiga, reduce el riesgo de retención, disminuye el resquemamiento sanguíneo del lecho prostático y retorna rápidamente la orina a su normalidad.

Con el retiro temprano del catéter, la micción fue normal en todos los pacientes, lo cual permitió una hospitalización post-operatoria corta.

Respecto de las complicaciones debemos mencionar que un paciente desarrolló Osteítis del Púbis, la cual es una complicación poco frecuente, pero que sin embargo produce en el paciente un gran malestar e impedimento. Su sintomatología puede aparecer entre la segunda semana y la décimo-segunda semana del post-operatorio.²³

Hay diversas teorías sobre la etiología; los factores determinantes parecen ser, la infección, el trauma en el plexo cercano a la vejiga, lo que produce hipertermia, inflamación y demineralización ósea.²⁴

Hay diversos tratamientos para la osteítis del púbis; el más aconsejado es el que emplea corticosteroides,²⁵ antibióticos y analgésicos. En este paciente se siguieron estas normas y la recuperación fue satisfactoria.

CONCLUSIONES

Empleando la técnica quirúrgica descrita, se observa que:

1. — Proporciona una mejor área quirúrgica, lo cual facilita las maniobras quirúrgicas.
2. — Permite hacer una mejor hemostasis, lo cual elimina el riesgo de hemorragia post-operatoria.
3. — Previene una posible estenosis del cuello vesical.
4. — La sección, bajo visión directa, de la unión de la próstata con la uretra, elimina el riesgo de la incontinencia urinaria.
5. — El uso del Furosemide en el post-operatorio, produce una mayor diuresis, lo que impide la formación de coágulos y el taponamiento del drenaje vesical.
6. — El retiro temprano del catéter uretral, junto con el uso de diuréticos y de antibióticos sistémicos en el post-operatorio, disminuye el riesgo de infección urinaria.
7. — El rápido restablecimiento fisiológico de la micción, acorta considerablemente el tiempo de hospitalización en el post-operatorio.

(21) Bruce, A.W., Rao, C.R., and Kennedy, W.: Prostatectomy and Infection. *J. Urol.* 106:910, 1971.

(22) Williams, C. R.: The Value of Furosemide in 110 Consecutive Prostatectomies. *Brit. J. Surg.* 59:190, 1972.

(23) Gangwal, K.C., Vickers, P. and Mathur, S.C.: Osteitis Pubis After Prostatectomy. *Int. Surg.* 56:18, 1971.

(24) Steimback, H.: Pathogenesis of Osteitis Pubis. *J. Urol.* 74:840, 1955.

(25) Marshall, V.F., and Whitmore, W.: Osteitis Pubis Treated with Adrenocorticotrophic Hormone. *J. Urol.* 67:364, 1952.

RESUMEN

Se describe una nueva técnica quirúrgica para Prostatectomía, denominada Trans-cervical. Esta técnica reúne procedimientos de las vías trans-vesical y retro-púbica y añade otros procedimientos propios del autor.

Se operaron cincuenta y un pacientes con esta técnica. El promedio de edad de estos pacientes, fue de 67 años.

Cuarenta y un pacientes, 80.39%, presentaron enfermedades asociadas. La más

frecuente es la hipertensión arterial, 13.73%. Veinte y nueve pacientes presentaron infección urinaria pre-operatoria.

El promedio del peso de la próstata fue de 85 gms. 99% de los pacientes usaron el Foley durante tres días en el post-operatorio, y 97% egresaron el cuarto día del post-operatorio.

Se describe y analiza la técnica quirúrgica; las principales ventajas obtenidas son: Mejor exposición del campo operatorio, retiro temprano del catéter de Foley y pocos días de hospitalización del post-operatorio.

Se describen y analizan las complicaciones del post-operatorio.