

Zaragoza, se ha interesado personalmente en esta colaboración efectiva entre el sector público de diversos países y el sector privado internacional con capacidad tecnológica y recursos económicos (o por lo menos con acceso a los mismos), la Fundación Internacional de Dermatología.

El concepto del “paraguas dermatológico” para integrar programas verticales como los destinados al control de la lepra, la leishmaniasis, la oncocercosis, e incluso las enfermedades venéreas, lo mismo que aquellas enfermedades endémicas infecciosas y parasitarias (desde el simple impétigo, hasta la sarna, los piojos y las micosis), prevalentes en los países del cinturón tropical del mundo, especialmente entre la población infantil, podría ser una estrategia digna de ser considerada y eventualmente adoptada por la Organización Mundial de la Salud, dando el ejemplo para que esta idea ya probada con éxito en Latinoamérica pueda extenderse a los países en vías de desarrollo donde todavía no se ha puesto en práctica.

He aquí, un ejemplo más de una estructura sanitaria desarrollada en nuestro medio y que ha probado a lo largo de los años su efectividad, que puede y debería adoptarse en los países en vías de desarrollo en donde todavía no existe, donde podría contribuir de manera práctica a resolver problemas hasta ahora insolubles. Pienso que el argumento es válido y podría ser estudiado y adoptado por los organismos internacionales competentes. En el trabajo de campo ninguna organización sanitaria puede llevar a cabo programas “verticales” autónomos, disociados unos de otros, utilizando para cada enfermedad endémica un personal altamente especializado. El recurso humano disponible tiene que ser entrenado siguiendo los lineamientos expresados, y la ejecución de estos programas tiene que ser supervisada por una organización concebida bajo el concepto del “paraguas dermatológico”.

## Tratamiento de la obstrucción urinaria por hipertrofia prostática benigna \*

Luis H. Rodríguez Díaz, Oscar Chacón

La mayoría de los hombres al llegar a la edad media de la vida, están propensos a sufrir obstrucción urinaria por hipertrofia benigna de la próstata. Histológicamente la hiperplasia prostática se haya presente en el 50 por ciento de los individuos de 60 años, siendo el tumor más frecuente en el hombre después de los 50 años de edad. Actualmente se considera que un 35 por ciento, 1 de cada 3 hombres requerirá intervención quirúrgica por tal motivo en un tiempo variable.

Clínicamente, los dos síntomas funcionales: disminución de la fuerza y forma del chorro urinario,

así como la sensación de micción incompleta, son los más significativos de que hay una obstrucción urinaria de origen prostático benigno, en razón de su frecuencia y otros parámetros, que requieren estudios apropiados. La presencia de una masa tumoral característica induce a practicar una prostatectomía, generalmente con excelentes resultados, empleando los recursos múltiples disponibles de la cirugía actual. La morbilidad de la intervención quirúrgica es leve en la mayoría de los casos y la mortalidad muy reducida, debida a causas extrañas a la operación misma. Así se explica, el número creciente de prostatectomías por hiperplasia que se practican en los centros médicos avanzados, llegando a ser la operación más frecuente después de la catarata, en los individuos mayores de sesenta y

\* Una versión incorrecta de esta nota editorial fue publicada en el volumen 100 número 4, página 280 de esta publicación, por tal motivo la forma corregida se repite en este número.

cinco años de edad.

Hasta el presente el tratamiento curativo de la hipertrofia benigna de la próstata es la prostatectomía, que puede ser practicada por vía transuretral como primera opción o por cirugía abierta, cuando existen indicaciones precisas referentes al tamaño excesivo de la glándula o a la necesidad de tratar simultáneamente otras anomalías asociadas, particularmente vesicales. Actualmente la operación más frecuente empleada con tal fin, es la prostatectomía endoscópica transuretral debido en parte al progreso tecnológico de la urología moderna. Cuando esta operación es factible, la indicación es formulada con satisfacción por el cirujano urólogo y recibida con agrado por el paciente.

Entre los procedimientos paliativos en el tratamiento de la hipertrofia benigna de la próstata, tenemos el tratamiento médico: régimen higienodietético, medicamentos, dilatación de la uretra prostática, la hipertermia y las incisiones de la glándula, el cateterismo vesical y la microcistostomía por punción, aplicables en los casos de alto riesgo o cuando se rehúsa la intervención quirúrgica curativa.

Estudios multicéntricos de carácter cooperativo en diversos países, han sido emprendidos para analizar entre otras consecuencias, la necesidad de recuperaciones y la mortalidad a largo plazo después de la prostatectomía, sugiriendo que la vía transuretral tiene una menor efectividad en suprimir la obstrucción urinaria y de ser responsable de una mayor mortalidad a largo plazo, que con la vía

abierta. Sin embargo, los estudios comparativos en los cuales se toman en cuenta el índice de morbilidad asociada, presente, en el enfermo al momento de ser operado y el de mortalidad a los cinco años, demostraron que la morbilidad y el mayor número de muertes encontrado en los operados por vía endoscópica, fue debido a tratarse de pacientes de mayor edad y de más alto riesgo, cuyos coeficientes relativos no son similares, siendo su diferencia estadísticamente no significativa.

Creemos que la prostatectomía transuretral tiene grandes ventajas sobre la vía abierta, aunque requiere de un instrumental especializado y un personal bien entrenado y capacitado. La vía endoscópica permite al cirujano un mayor control del acto operatorio e implica menores gastos en material médico y hospitalización. Debido a la menor agresión y trauma consiguiente, hay una tolerancia y recuperación mejor del paciente. La vía abierta, tiene una mayor morbilidad y no es ofrecida a enfermos frágiles con alto riesgo quirúrgico.

La inexperiencia del cirujano o por tratarse de los enfermos de alto riesgo y ante la necesidad y posibilidad de acortar, suspender o practicar en varios tiempos la prostatectomía endoscópica, explican la mayor tendencia a repetir la operación.

En nuestro medio, la difusión y empleo de la prostatectomía transuretral es amplia; sin embargo, fallas de aspecto docente y la carencia de equipos apropiados en algunos centros hospitalarios, inciden desfavorablemente en la formación de los nuevos especialistas de post-grado de urología en cirugía endoscópica.

## "La Gaceta Médica de Caracas hace 100 años"

"Notas

Los honorarios más crecidos que ha recibido un médico son los que pagó la Emperatriz Catalina II al Dr. Dimsdale, llamado á San Persterburgo para hacer á la Soberana de Rusia la variolisación (antigua vacuna). Recibió: 1° 10.000 libras á título de honorarios; 2° 2.000 libras como gastos de viaje; 3° el retrato de la Emperatriz; 4° los títulos de Barón, de Consejero de Estado y de Médico particular de la Emperatriz; y 5° una pensión viajera de 500 libras.

Ultimamente el nabab de Rampur ha dado al médico militar inglés Freyer 10.000 libras por sus cuidados durante tres meses, para curarlo de una reumatismo articular.

El profesor Sacharín (de Moscow) llamado en consulta cerca de un millonario llamado Tereschtshenko, ha recibido por esto 14.000 rublos (cerca de 56.000 francos y su asistente 2.000 (cerca de 8.000 francos).

Los medicamentos que prescribieron fueron enviados á Kieu, residencia de este generoso cliente, por un tren especial.

En Venezuela sucede todo lo contrario, se cree que los médicos son como los lirios del campo de la parábola evangélica". (Gaceta Médica de Caracas 1893;1:44)