

ADENOMECTOMÍA PRÓSTATICA DE HRYNTSCHAK

Por los Dres. EDUARDO DE LASA y NORBERTO J. PIAGGIO

Durante la estada en París de uno de nosotros, en octubre de 1953 tuvimos la oportunidad de concurrir al Servicio de Urología del Hospital Saint Louis, cuyo Jefe el Profesor Pierre Aboulker es un entusiasta partidario de la adenomectomía prostática de Hryntschak, variante de la Füller-Freyer-Harris.

A pesar de que no hemos podido conseguir el trabajo original de Hryntschak, el Dr. Aboulker, nos suministró todos los detalles y tiempos de su técnica, asegurándonos que seguía fielmente de acuerdo a las indicaciones del urólogo vienés.

Si bien es una técnica quirúrgica no muy divulgada, hemos visto que en varios servicios Europeos (Perrier (Ginebra), Foret Lieja), Aboulker (París), Deutike (Viena), se ha seguido la línea evolutiva Freyer, Millin-Hryntschak, lo que nos hace pensar que los cultores de la misma, encuentran en ella, ventajas y seguridades de importancia.

Considerando que es una intervención que resuelve en forma simple algunos aspectos técnicos de la adenomectomía prostática, hemos iniciado su frecuente ejecución con la intención de formarnos una opinión personal de sus resultados.

Haremos una breve relación de la técnica de la adenomectomía de Hryntschak de acuerdo a la minuciosa descripción del Dr. Aboulker, y que podemos sintetizar en los siguientes tiempos fundamentales:

1º Incisión mediana longitudinal infraumbilical.

2º Separando los rectos anteriores se llega al espacio prevesical, y se delibera la cara anterior de la vejiga, utilizando la técnica habitual. Se toma la pared vesical en su parte alta, con 2 pinzas de Allis, una colocada hacia arriba y la otra más baja.

3º Por punción se introduce en la cavidad vesical un trocar fino, que vacía la vejiga por aspiración.

4º Se introduce una pinza de Kocher o similar en el orificio vesical hecho por el trocar y abriendo sus ramas se amplía la brecha por divulsión. Se colocan luego dos separadores de Farabeuf que traccionados lateralmente completan la apertura deseada de la vejiga.

5º Se fijan los bordes de la pared vesical a las aponeurosis del recto.

6º Tomando las precauciones (manga y guante superpuesto) para el apoyo rectal, se hace la enucleación del adenoma en la forma habitual.

7º Se coloca en la cavidad vesical el separador de Hryntschak que es bastante similar al de Millin, y que está constituido por 2 ramas laterales bastante largas, que tienen un movimiento de apertura por la acción de una cremallera situada en el eje de apoyo. Cuando las ramas están cerradas (momento de introducción del separador), las saliencias superiores se imbrican y permiten una más fácil introducción en la vejiga. Hay una tercer valva superior que se fija directamente a la base del separador por una mariposa.

8º Abiertas las ramas laterales del separador y colocada la 3er. rama superior, se visualiza satisfactoriamente la loge prostática, a la que se seca y limpia de sangre y coágulos. Con aguja Boumerang chica se colocan puntos hemostáticos en los ángulos posterolaterales de la loge, tomando 1 cm. de la mucosa y parte de la pared de dicha cavidad (a la manera de Cabot). Se dejan los cabos de los hilos, que tomados por una pinza hemostática, sirven para traccionar el borde libre de la cavidad prostática y facilitar las maniobras subsiguientes.

9º Sección con bisurí del labio posterior del cuello vesical. Si esta sección produce hemorragia, con la Boumerang chica se colocan por transfixión puntos hemostáticos.

10º Sonda uretral tipo bequille con mandril.

11º Al llegar a este momento de la operación hay en la loge todavía, hemorragia bastante intensa. Los puntos de sutura que cierran la cavidad prostática solucionan este problema en forma satisfactoria. Se colocan dos o tres grandes puntos (Catgut simple N° 1) transversales que comienzan a un cm por fuera del borde seccionado y abarcan buena parte de la pared profunda de la loge, dejando un espacio para el paso de la sonda, cuyo extremo libre emerge en la cavidad vesical. Ajustados estos puntos, apreciamos que se establece en general una hemostasia completa y en algunos casos sólo rezuma ligera cantidad de sangre por los costados de la sonda o entre los puntos de sutura.

12º Sin dejar drenaje vesical suprabúbico, se procede al cierre total de la vejiga, que se efectúa en dos planos. El primero consiste en una jareta que toma todo el contorno de la cistotomía, que queda reducida a un muñón pequeño al momento se hace lavaje y replección vesical para controlar el buen cierre de la brecha vesical.

13º Drenaje retropúbico y cierre de la pared por planos. En el postoperatorio lavajes pequeños para control del buen drenaje de la sonda.

En los enfermos operados por nosotros hemos seguido en líneas generales esta técnica, con la variación de algunos detalles, que enumeraremos seguidamente:

1º Ligadura y sección de los conductos deferentes. Después de abrir la vejiga en la forma indicada, colocamos dentro de la misma el separador de Millin, y con control visual seccionamos con eletrobisturí el contorno de la mucosa vesical que recubre el adenoma. Hecho esto retiramos el separador y hacemos la enucleación digital sin apoyo rectal, si es posible realizarla así, en buenas condiciones y en caso de tener cualquier dificultad nos ayudamos con uno ó 2 dedos colocados en el recto.

2º Para la sección del borde posterior del cuello utilizamos el eletrobisturí y prácticamente nunca tenemos que colocar puntos hemostáticos en este tiempo.

3º Los puntos hemostáticos y sutura de la loge la hacemos con la aguja de Surra Canard, a cuyo manejo nos hemos habituado.

4º En caso de próstatas grandes o que han sangrado mucho, nos aseguramos el control dejando durante 24 a 48 horas una sonda Pezzer Nº 22/24 suprabúbica situada fuera y detrás de la jareta.

5º Las sondas uretrales a permanencia que utilizamos son: Bequille Nº 22 semirrigidas, hoy de muy mala calidad y causantes de dificultad por el rápido deterioro de las mismas; Bequille Nº 22 de nylon, si es posible bi-acodadas, son de mayor luz interior y facilitan mucho el buen drenaje y más rápida curación; y por último sondas de Couvelaire de material plástico, muy útiles y prácticas, difíciles de conseguir en plaza.

6º En el postoperatorio vigilamos cuidadosamente el buen funcionamiento de la sonda y a tal efecto indicamos en las primeras horas pequeños lavajes vesicales cada 30 minutos con solución de citrato de sodio al 3,8 %.

La sonda uretral queda a permanencia y dentro de lo posible sin removerla durante todo el postoperatorio.

No obstante, las sondas bequille de mala calidad, que utilizamos hace varios meses, nos obligaron en ocasiones a cambiarlas a los pocos días de la operación no encontrando inconveniente en introducir la nueva sonda y colocarla "a punto".

Con esta técnica hemos intervenido entre hospitalarios y privados, 40 enfermos. La hemostasia operatoria ha sido satisfactoria en 37. En 3 tuvimos que taponar en el acto quirúrgico desistiendo de la sutura de la loge y cerrando después la vejiga en la forma indicada, pero dejando naturalmente drenaje vesical. Últimamente con más dominio de la técnica, no hemos tenido este inconveniente, ni tampoco ninguna hemorragia inmediata en el postoperatorio, que nos haya obligado a reintervenir.

El tiempo de cura total ha sido variable y condicionado a las siguientes circunstancias:

Cuando el cierre de la vejiga ha sido completo, sin drenaje suprabúbico, hemos conseguido retirar la sonda uretral entre 7 y 12 días.

En los casos en que ha habido mal funcionamiento de la sonda uretral por deterioro de la misma o cuidado poco hábil o no esmerado del personal encargado de la vigilancia, hemos observado filtraciones de orina por la brecha operatoria y demora de la cicatrización total hasta 14 a 16 días.

En los enfermos hospitalarios, donde la administración de antibióticos es siempre limitada (Penicilina solamente) y además son pacientes en muy malas condiciones de nutrición y defensas, el post-operatorio ha sido a veces prolongado (14 a 20 días) pero siempre menor que el que necesitábamos para curarlo con cielo abierto y taponaje de la loge.

Los últimos casos, en que usamos sondas de nylon (Americanas ACMI) o de material plástico (Francesas de Couvelaire, Porges), cerramos casi todas las vejigas sin drenaje suprapúbico y con resultados de cicatrización ampliamente satisfactorios.

De estos 40 enfermos fallecieron en el post-operatorio 3.

El 1º con ictericia por hepatitis aguda comenzada a los 7 días del acto quirúrgico.

El 2º de un síncope cardíaco a las 12 horas de operado.

El 3º por colapso cardiovascular a los 4 días de la operación.

En el post-operatorio alejado observamos:

No hay estrecheces de la loge (control por exploradores, benique o uretrografías en algunos casos). Micciones que adquieren ritmo normal a los 30 a 45 días del acto quirúrgico, una vez curada totalmente la cistitis post-operatoria. En un caso, hubo una incontinencia parcial, que duró un mes y medio, y que fué curada con el tratamiento local y general de la cistitis residual, de tipo crónico.

Consideramos que con la técnica de Hryntschak tenemos las siguientes ventajas:

- 1º Facilidad y rapidez en la ejecución.
- 2º Solución del problema de la hemostasia en gran proporción de los casos operados.
- 3º Mejor confort post-operatorio en especial en lo referente al dolor.
- 4º Abreviación del post-operatorio.

RESUMEN

Se hace una relación de la técnica de Hryntschak para la adenomectomía próstática transvesical, con pequeñas variantes establecidas por los relatores. Se refieren ventajas de técnica, rapidez, seguridad en la ejecución de la operación y tiempo de curación, basándose en una experiencia personal de 40 casos.
