

## ADENOMECTOMIA PROSTATICA

Trans-vesical baja. Intra-capsular adenomatosa.

---

Por el Dr. A. GRANARA COSTA

Los detalles de técnica en una intervención como en la adenomectomía prostática, hacen que el post-operatorio próximo o alejado sea de óptimos resultados.

Los que paso a considerar, dan *íntimas satisfacciones*, tanto en el orden orgánico, como en el económico social, *tan importante este último para el enfermo en los tiempos actuales.*

Al hablar de adenomectomía prostática, me refiero a aquellos enfermos *sin complicaciones vesicales*, como divertículos o tumores, donde por supuesto se debe recurrir a la abertura alta amplia de la vejiga para extirparlos.

Los cuidados pre y post-operatorios de orden orgánico general son los de rigor, por todos conocidos; así como el de realizar la vasectomía previa, que disminuye la posibilidad de complicaciones orqui-epididimarias.

Como anestesia, la peridural continua, previa pre-medicación sedante  $\frac{1}{2}$  a 1 hora antes de la intervención. Da tranquilidad en el momento del acto quirúrgico y también en el post-operatorio. *Lo importante es que baja poco la tensión arterial*, no exponiéndonos a realidades engañosas; es dable observar con otros tipos de anestésicos que bajan la tensión durante el acto quirúrgico, hacer hemorragias post-operatorias, a consecuencia del aumento de la misma.

*Apertura de pared abdominal.* — (Fig. 1). La incisión tanto de piel como de aponeurosis, es supra púbica mediana, longitudinal, a partir inmediato de borde superior de pubis, *lo más económica posible*, difícilmente sobrepasa los 6 a 7 cms., *algo menos de la mitad del espacio entre borde superior del pubis y ombligo*. Si bien en los de gran panículo adiposo, la incisión de piel y tejido céluo-adiposo es necesario agrandarla en la medida de lo indispensable, *la incisión de aponeurosis no hace falta en general hacerla de mayor longitud*; con ello se hace menos posible la eventración.

Puesto al descubierto el espacio pre-vesical, se coloca el separador de Gosset, se ordena elevar el irrigador, para tener la vejiga con una cierta repleción, pues el enfermo se ha cateterizado previamente y unido la sonda al dispositivo del mismo (todo en forma estéril). Aunque esta maniobra de llenar la vejiga puede evitarse, se hace con el propósito en primer lugar de que el fondo de saco peritoneal se eleve sin rechazarlo y luego como veremos pronto de que al divulsionar las fibras musculares de la pared vesical *la mucosa haga pronta irrupción.*

En este momento el cirujano introduce el índice izquierdo en el recto para superficializar adenoma y vejiga, siendo además su propio dedo el que le vá a servir de guía.

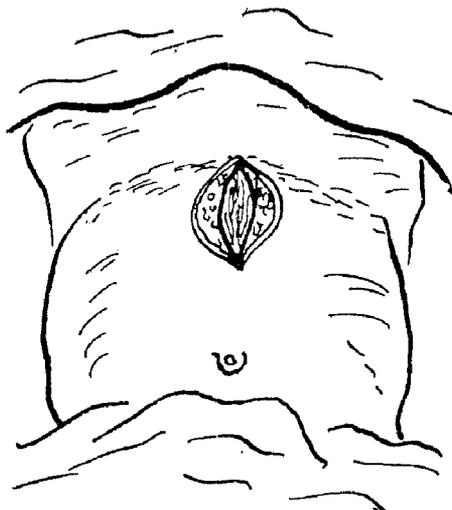


Figura 1

*Abertura de vejiga.* — Con la mano derecha se disea el tejido célula adventicio que recubre la vejiga en su porción inferior, zona intermedia entre el adenoma y el fondo de saco peritoneal prevesical. *Debe manosearse lo menos*

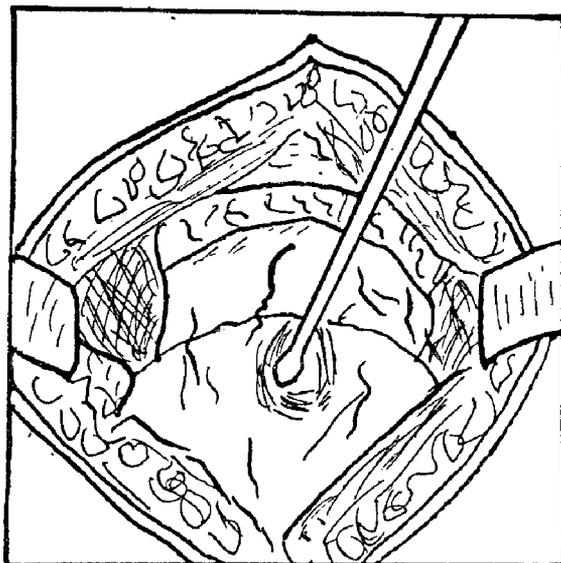


Figura 2

*posible este fondo de saco así como el plexo de Santorini y ligamentos pubo vesicales. De esta manera se pone al descubierto el plano vesical muscular inmediatamente por arriba del límite adenomatoso. Si hubiere en esta zona algún vaso venoso apreciable se le desplaza o se lo liga. Fig. 2. A unos milímetros*

por arriba del límite adenoma vejiga y con la ayuda de un estilete o de tijeras curvas de Mayo, se separan las fibras musculares tratando de divulsionarlas

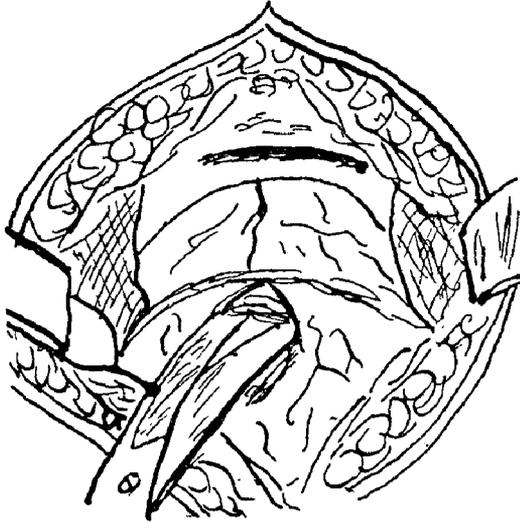


Figura 3

en sus distintas direcciones. 1º La longitudinal externa, 2º La transversa media y 3º La plexiforme. Es verdad pensar que esta disección es un poco empírica, pero lo cierto es que a poco hace irrupción la mucosa vesical, se la repara



Figura 4

con una pinza, se ordena bajar el irrigador estableciéndose la corriente en contra, evacuándose la vejiga, retirándose la sonda.

Fig. 3. Con un instrumento romo, disecar en una pequeña porción la

mucosa del plano muscular, luego cortar la mucosa, introducir en vejiga una tijera curva roma para agrandar la brecha vesical.

*Enucleación del adenoma.* — (Fig. 4). Se introduce el índice derecho en la vejiga, luego en plena uretra posterior supra montanal, zona adenomatosa, para allí buscar el clivaje en la unión de cada lóbulo adenomatoso con la pared anterior y posterior de la uretra, rasgando la mucosa uretral en toda su extensión.

Fig. 5. La enucleación debe ser efectuada lóbulo por lóbulo, cualquiera sea la característica, ya sean dos lóbulos laterales, un lóbulo medio o multilobular, yendo desde el interior de la uretra hacia la periferia.

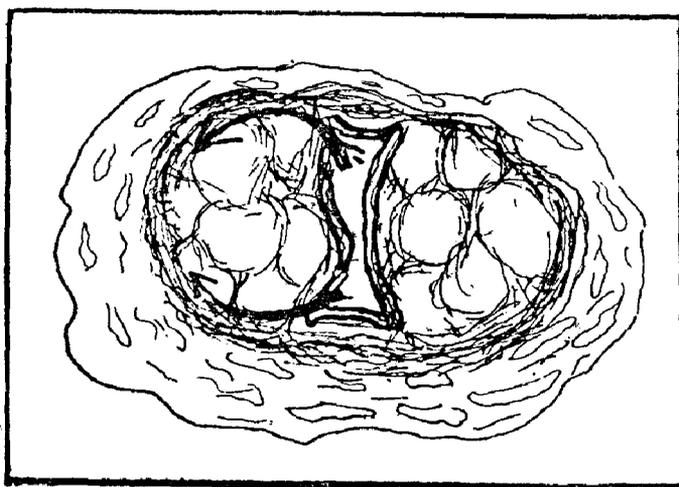


Figura 5  
Lóbulos adenomatosos, rodeados por la cápsula propia, fibromatosa y uretra incluida. Las flechas indican el plano de clivaje.

De esta manera, la adenomectomía es intracapsular, pues la parte de la cápsula común a todos los lóbulos, no se extirpa. Exteriorizado cada lóbulo, generalmente se encuentra unido a parte de uretra; conviene someter a la misma a forci presión en el lugar que se va a cortar a tijera.

Enucleados los lóbulos adenomatosos, sorprende verificar la escasa hemorragia.

La variedad más frecuente y donde la enucleación lóbulo por lóbulo se ve facilitada, es cuando la estructura se hace a expensas de acinis glandulares hiperplasiados, formando los cuerpos esferoides, con escaso estroma fibromuscular; el todo junto con uretra incluida lo rodea una cápsula propia con la misma constitución del estroma, de mayor o menor espesor; cápsula que se respeta en su mayor espesor, al proceder en la forma antes descripta.

Cuando existe la variedad mucho más rara, a expensas en su mayor parte de tejido fibro miomatoso, la extirpación se hace con cierta dificultad, pero nos impresiona que usando la vía transvesical baja, la maniobra se facilita.

*Hemostasia.* — (Fig. 6). Extraídos los lóbulos adenomatosos, se toma el labio inferior de la abertura vesical con una pinza en T curva o se calza

con una valva maleable angosta a la cual se le ha dado en una de sus extremidades *la forma de una W* (Fig. 6 bis), para poderlo rechazar por detrás del pubis. Otra valva, maleable de ancho suficiente para que a la vez que separe, ensanche dicha abertura, se introduce en vejiga, ambas se entregan al ayudante, haciendo que facilite la búsqueda del espolón o dique inter-vesicologe que siempre existe. El cirujano extrae la escasa cantidad de sangre y coágulos; *localiza el espolón o dique* y con una *pinza corazón de ramas fuertes, hace forci presión*, tanto en su parte central como laterales, estas últimas (las laterales) son las más hemorrágicas, siendo *indispensable frecuentemente hacer un punto en X a ese nivel*. Las agujas que se prestan para ello son la Reverdin, en ángulo recto del Dr. Bauzet o la bumerang.

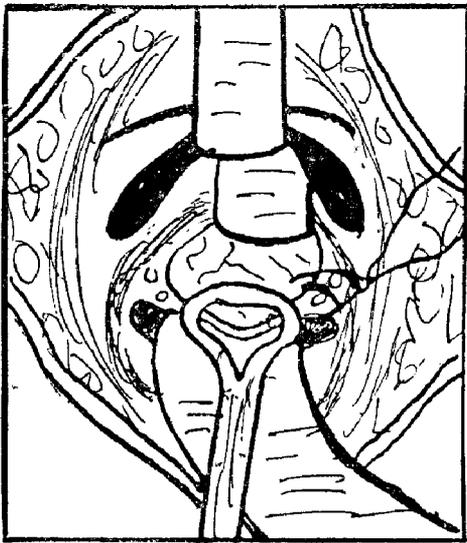


Figura 6

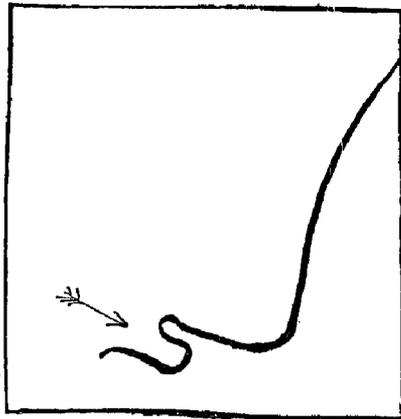


Figura 6 bis

La *pinza corazón* cumple dos propósitos: uno el de hacer forci-presión para hemostasia, el otro, es que reclinándola hacia atrás y arriba, *permite observar la loge y hemostasiar* algunos puntos hemorrágicos.

El *espilón o dique debe siempre researse ampliamente*, el dejarlo *trae* aparejado frecuentemente problemas alejados de retención vesical y estrecheces de cuello.

*Extirpación del tabique.* — (Fig. 7). Cuando la hemorragia es despreciable, se retira la pinza corazón, se toma el tabique por su parte media con una Kocher larga, y un sacabocados extrae trozos del mismo yendo de adelante atrás y de fuera adentro; *en general sangra poco debido a las maniobras de forci-presión antes efectuadas*.

En lo posible, no deben hacerse puntos de hemostasia con catgut ni puntos de sutura; pueden servir como núcleos de precipitaciones fosfáticas y dar formación a cálculos.

*Colocación de sonda por uretra.* — Debe usarse una sonda calibre 22 o mejor 24, de buena luz interna y poco grosor de pared, *que sus paredes no se*

*aplasten* al tratar de extraer en el post-quirúrgico algunos pequeños coágulos que obstruyen la luz de la misma. Para ello me valgo de sondas tipo latex como la Malecot o Americanas. También usamos una de *material plástico ame-*

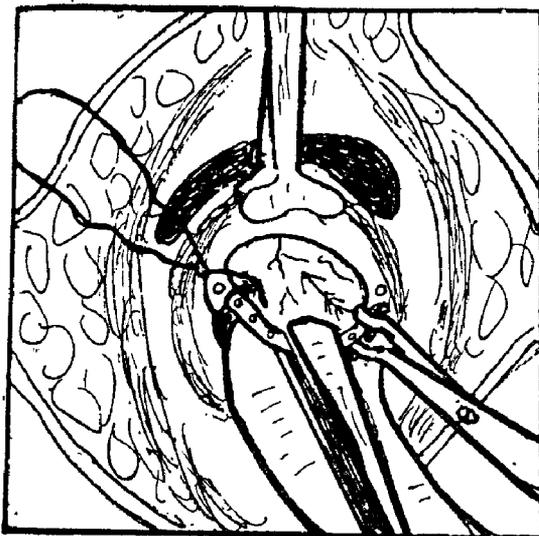


Figura 7

ricano con 5 mm. de luz que autofabricamos. La extremidad de la misma *debe llegar al vértice de la vejiga.*

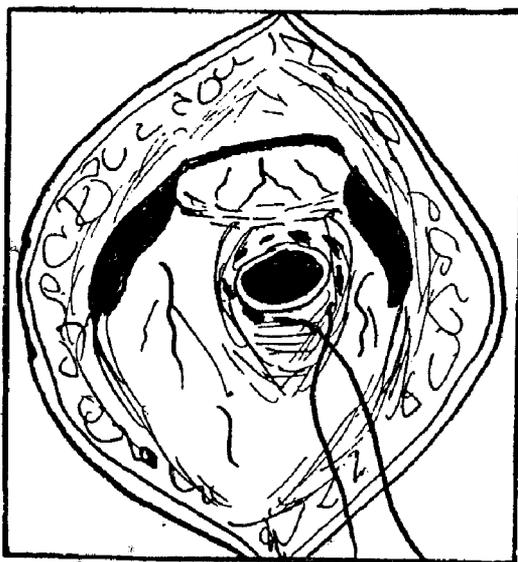


Figura 8

*Cierre de pared vesical.* — (Fig. 8). Debe realizarse en tres planos. 1er. Plano, en *surjet* o *jareta*, con catgut 0, tomando en parte la mucosa vesical y algo del músculo más cercano a ella, punto en *jareta* con el fin de invaginar

la mucosa hacia el interior vesical, haciendo de esta manera que el cierre se haga mucho más rápido. *Es por ello que este plano debe realizarse siempre.*

2º Plano: Músculo muscular, con puntos separados, catgut cromado N° 1.

3er. Plano, Superficial, seroso adventicio, 2 ó 3 puntos con catgut N° 0

*Generalidades:* Drenaje del espacio pre-vesical con rubber y cierre por planos de pared abdominal, la aponeurosis con catgut N° 2, cromado.

Se fija la sonda en forma corriente, probando el funcionamiento de la misma inmediato a la intervención y por la noche, así un par de veces en las primeras 48-72 horas, con el fin de que no se obstruya. Generalmente he observado en el post-operatorio, la orina clara, ya, a las 48 horas, retirando entonces el drenaje de rubber del espacio pre-vesical.

*La movilización debe ser prematura, en general al 4º ó 5º día, enviándolo a su domicilio al 5º ó 6º.* La sonda uretral la retiramos estando casi siempre el enfermo en su casa, del décimo al duodécimo día, término después del cual, no he observado pérdida de orina por hipogastrio. *Por otra parte estando el enfermo fuera del sanatorio no existen problemas económicos, y por lo tanto no hay porqué retirarla prematuramente.* A continuación le ordenamos que orine frecuentemente durante una semana aproximadamente.

*En caso de dificultades en la hemostasia.* — Por dificultades en la hemostasia o ante la duda de posible hemorragia, se puede recurrir al taponaje de la loge alrededor de la sonda colocada por uretra. Luego de taponar (tapón delgado) bajo el control de la vista, se introduce el índice izquierdo en vejiga, haciendo que haga reliege en pared anterior, porción alta, se rechaza lo suficiente el fondo de saco peritoneal con bisturí, se punza la vejiga en el sitio elegido, introduciendo un clamp curvo, *sacando en forma retrógrada* el hilo de tapón y una nueva sonda Malecot N° 24, que se ajusta bien a dicho orificio. La abertura baja se cierra del mismo modo, ya relatado. Tapón y sonda hipogástrica se retira al 4º día. El post-operatorio evoluciona con muy poca diferencia con el anterior. Sólo hemos recurrido a la contra-abertura alta de la vejiga, en el comienzo de esta práctica, en 4 enfermos.

*Acotación fuera del tema.* — Esta contra-abertura también acostumbro hacerla al final de toda intervención vesical, en que debe dejarse un drenaje *temporario*; de esta manera, cierro completamente la abertura primitiva. Es así que cuando se retira el drenaje con fines de cicatrización por segunda, observo que la vejiga cierra en forma mucho más rápida; se debe sin duda a que la sonda está ajustada a las paredes vesicales sin puntos de sutura, siendo menos probables los desgarros.

#### CONSIDERACIONES

Por lo que antecede, sólo tengo la inquietud de comunicar una serie de detalles, que sin duda van en beneficio del enfermo.

Al actuar por la vía transvesical baja, zona intermedia entre la de Millin y la de Freyer, no hay agresión de los plexos venoso de Santorini ni de los ligamentos pubo vesicales, agresión que frecuentemente es de consecuencias enojosas; además al no rechazar el fondo de saco peritoneal, maniobra que se realiza en la Freyer, no siempre es impune.

Da buen campo, de fácil acceso a la uretra posterior, buscando el clivaje intra-capsular; se puede actuar perfectamente sobre el espolón inter-vesico-loge y hacer bien la hemostasia. El cierre de la abertura vesical baja es más fácil que el de la cápsula prostática además es una zona incomparablemente menos sangrante. Se podrá aducir que, como la abertura es sobre un órgano contráctil, en la posibilidad de fístulas, cosa que no he observado hasta el presente, creo que se debe a la sutura en surjet invaginando la mucosa vesical.

El porqué de la divulsión de las fibras musculares, débese a que se hace perfectamente, se hieren pocos vasos, y nos impresiona de cicatrización más rápida.

#### RESUMEN

Se aboga para la adenomectomía prostática por la vía *transvesical baja*, haciendo la *divulsión de las fibras musculares*. Por el *clivaje a partir de uretra posterior*, y así realizar la adenomectomía *lóbulo por lóbulo en forma intra-capsular*; y por el *cierre en surjet de la mucosa vesical*.

Estos y otros detalles de técnica, hacen un post-operatorio tranquilo, pudiéndose retirar el enfermo a su domicilio al 6º día aproximadamente.

---