

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXIV

ABRIL - JUNIO 1955

Números 4 - 6

TRABAJO ORIGINAL

ADENOMECTOMIA Y RESECCION ENDOSCÓPICA COMBINADAS POR VIA PERINEAL TRANSURETRAL EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOMA SIMPLE DE LA PROSTATA

Por el Dr. RUFINO GOROSTIAGA

de Asunción, Paraguay

Las distintas intervenciones que se practican hoy día para la extirpación del adenoma simple de la próstata, tienen cada una de ellas sus ventajas y sus inconvenientes, sus indicaciones y sus contraindicaciones. Según como se presente el adenoma; grandes o pequeños; según su localización y su desarrollo intravesical o uretral y según la habilidad o la costumbre que tiene el cirujano, se adopta uno u otro de estos procedimientos.

Las adenomectomías por vía alta: la transvesical, ya sea la Freyer clásica en uno o dos tiempos o a cielo abierto; la retropúbica o de Millin; los distintos procedimientos por vía perineal: la tipo Yung, la vía isquiorrectal o la transrectal o de Gil Vernet, y más recientemente la resección endoscópica transuretral constituyen un cúmulo de recursos operatorios, que aisladamente, si bien resuelven en parte el problema del tratamiento quirúrgico del adenoma de la próstata, tienen también sus inconvenientes. El gran número de ellos indica que no se ha encontrado aún el procedimiento ideal para la curación de esta afección.

¿Cuáles deben ser los objetivos capitales hacia los cuales debe orientarse y dirigirse la cirugía para la curación de dicha afección?

- 1º Extirpación completa del adenoma
- 2º Hemostasia perfecta
- 3º Escaso shock operatorio
- 4º Corto post-operatorio
- 5º Recuperación perfecta del enfermo
- 6º Ausencia de secuelas.

Las adenomectomías altas, sea la Freyer clásica o a cielo abierto; la Millin, son intervenciones en las que se extraen totalmente el adenoma, pero la hemostasis deja mucho que desear, ya sea por la imperfección del taponamiento o por la imposibilidad de ver claramente todos los vasos que sangran, sea en los colgajos de la mucosa vesical, en la logia prostática, o en el muñón de la uretra. Las perineales también extraen totalmente el adenoma y si bien la hemostasis puede ser mejor, tampoco es perfecta, y por ello se recurre también generalmente al taponamiento. Por otro lado, el peligro de las fístulas post-operatorias es real y la lesión de los músculos del periné sabemos que puede acarrear la impotencia genital y trastornos miccionales.

La resección endoscópica transuretral, de data más reciente y que ha entusiasmado mucho al comienzo, reseca sólo parcialmente el adenoma, siendo por consiguiente incompleta y solamente paliativa. El término de adenomectomía endoscópica me parece incorrecto, ya que a excepción de los pequeños adenomas, nunca se los reseca totalmente.

Si bien la hemostasis en la resección endoscópica puede ser perfecta en manos de un buen reseccionista, algunas complicaciones y secuelas, como las cistitis, infecciones de la logia y estrecheces de la uretra son relativamente frecuentes. Además la tonicidad vesical generalmente disminuída en los prostáticos se recupera muy poco después de esta intervención. La degeneración maligna de los restos adenomatosos de la próstata también es una eventualidad no despreciable que está en contra de esta intervención.

Resumiendo: aisladamente ninguna de dichas intervenciones llenan todos los objetivos que hemos citado anteriormente; las adenomectomías son perfectas desde el punto de vista de la extirpación del adenoma y bastante satisfactorias en cuanto a la recuperación de la tonicidad vesical, pero en cuanto a la hemostasis son imperfectas. En cambio, en la resección endoscópica la hemostasis puede ser perfecta, no así en lo que se refiere a la extirpación del adenoma, que es incompleta.

El procedimiento que preconizo combina la adenomectomía con la resección endoscópica transuretral, tomando de cada una de ellas lo mejor que tienen, por una vía relativamente de fácil acceso como es la uretra membranosa y con un mínimo de lesión muscular. Se extirpa el adenoma en su totalidad y la hemostasis es perfecta sin recurrir al taponamiento que es un procedimiento de dudosos resultados y un arma de doble filo.

TECNICA OPERATORIA

1º — Se comienza colocando una sonda acanalada o un simple beniqué en la uretra, que servirá de reparo para practicar luego la uretrotomía.

2º — Incisión en V invertida de la piel del periné, por delante del ano.

3º — Descubrimiento del rafe ano-bulbar y sección del mismo.

4º — Disección obtusa del plano muscular del periné hasta llegar a la uretra membranosa reparada por la sonda.

5º — Incisión longitudinal de la uretra, reparando los bordes seccionados con dos hilos que se fijan lateralmente para mantener bien abierta la uretra y poder maniobrar fácilmente por esta vía.

6º — Extracción de la sonda uretral y exploración digital y endoscópica del cuello y cavidad vesicales a través de la incisión uretral.

7º — Adenomectomía digital transuretral y extracción de los fragmentos con una pinza de cálculos.

8º — Introducción del resector por la misma vía, resecando los colgajos dejados por la adenomectomía y practicando la hemostasis de todos los puntos que sangran.

9º — Lavado y aspiración de la vejiga a través de la camisa del resector.

10º — Control endoscópico del cuello y cavidad vesicales, sobre todo a los efectos de una hemostasis perfecta.

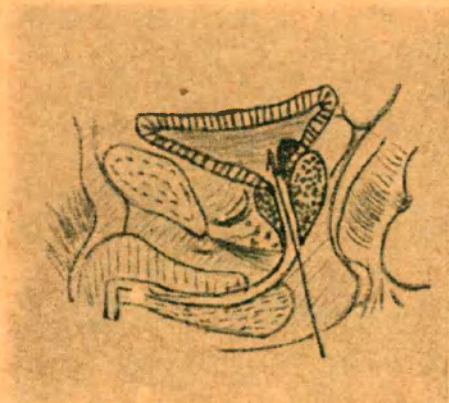


Fig. 1. — Vía de acceso perineal transuretral.

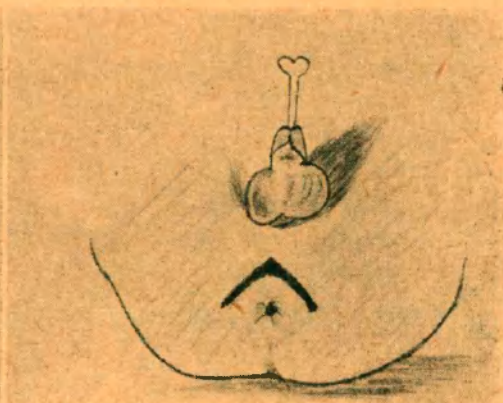


Fig. 2. — Sonda uretral e incisión del periné.



Fig. 3. — Descubrimiento y sección del rafe ano-bulbar.

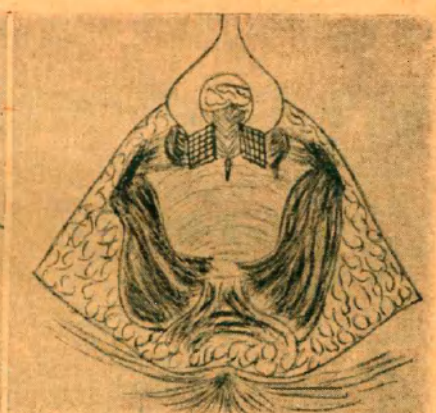


Fig. 4. — Dirección obtusa del plano muscular del periné y exposición de la uretra membranosa.

11º — Colocación de una sonda uretral en permanencia a los efectos del drenaje vesical postoperatorio y cierre de la uretra sobre la misma.

12º — Reconstrucción completa del plano muscular perineal y cierre parcial de la herida cutánea, dejando un pequeño dren de goma en el celular.

Anestesia: Preferimos la raquianestesia baja con 0,10 de procaina, que da una buena anestesia de la región, con relajación completa de los músculos y suficientemente larga para terminar la intervención.

La vasectomía bilateral es de rigor para evitar las orquiepididimitis que son frecuentes por el hecho del manipuleo intenso a nivel de la uretra prostática.

Los cuidados preoperatorios son los mismos que en los otros procedimientos operatorios desde el punto de vista general, pero en particular para esta intervención debe prepararse una uretra permeable a la sonda N° 20 y vaciar

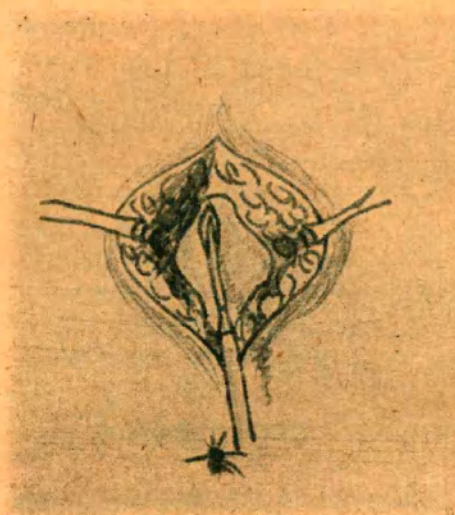


Fig. 5. — Sección longitudinal de la uretra membranosa.

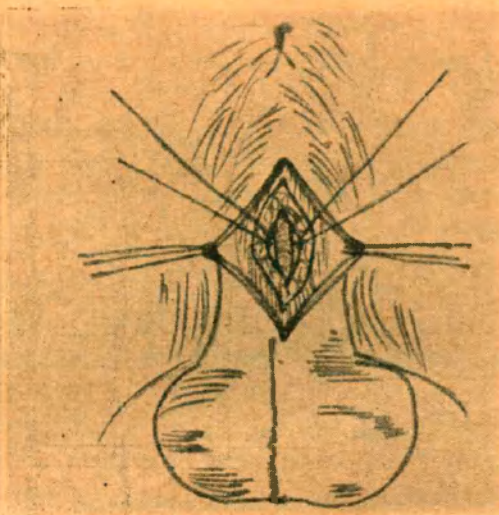


Fig. 6. — Reparación de los labios de la incisión uretral.

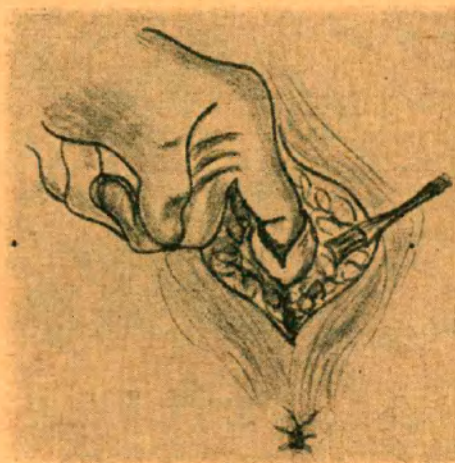


Fig. 7. — Exploración digital transuretral del cuello y cavidad vesicales.



Fig. 8. — Exploración endoscópica de la vejiga con el resectoscopio.

bien el intestino con enemas evacuadoras, ya que en los primeros cuatro días del postoperatorio debe mantenerse estreñido al enfermo para evitar la infección de la herida operatoria.

Postoperatorio: Tratamiento general. Mantener el equilibrio hídrico y electrolítico del enfermo por vía parenteral durante el primer día. Al día

siguiente, hasta el 4º alimentación líquida variada por boca. Quinto día purgante y luego alimentación libre.

Como tratamiento postoperatorio especial para esta intervención, hay que cuidar de que no se obstruya la sonda, practicando pequeños lavados con

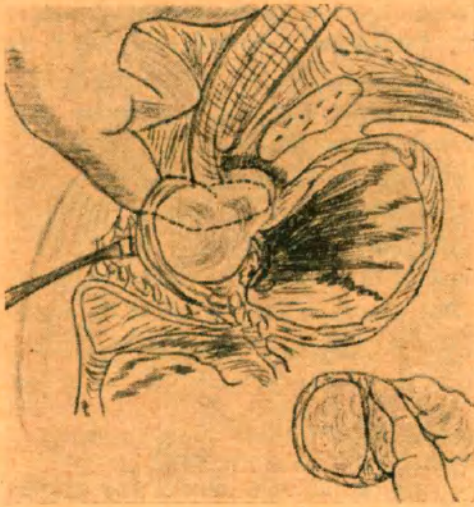


Fig. 9. — Enucleación digital del adenoma por vía transuretral.

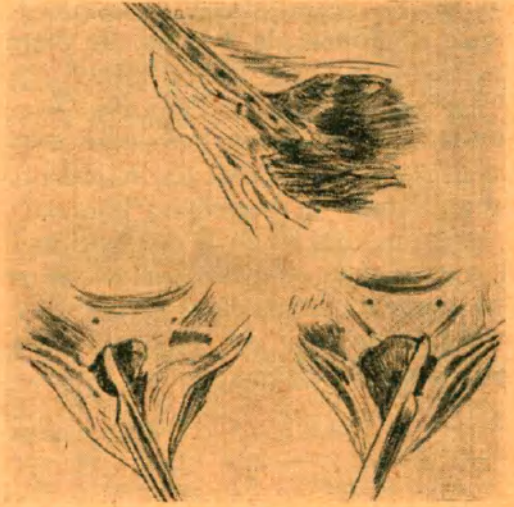


Fig. 10. — Regularización de la logia y hemostasis por vía endoscópica.



Fig. 11. — Sonda uretral y cierre de la uretra sobre la misma.

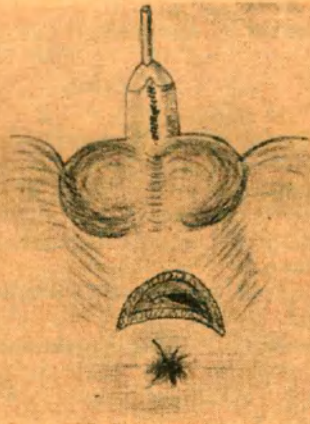


Fig. 12. — Reconstrucción del plano muscular del periné

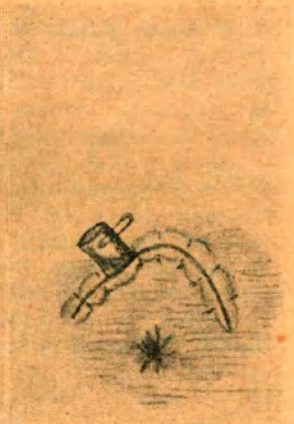


Fig. 13. — Sutura parcial de la piel y drenaje.

suero o agua hervida, o practicando aspiraciones si hubiere necesidad. Se le administrará opio para estreñirlo durante los 4 primeros días.

La sonda uretral en permanencia será retirada al octavo día pudiendo levantarse el enfermo.

El tratamiento postoperatorio con antibióticos es sumamente necesario para prevenir la infección de la herida y asegurar los resultados de la uretrorrafia.

Si bien la intervención es algo complicada por la combinación de esos dos grandes procedimientos operatorios: la adenomectomía y la resección endoscópica, el postoperatorio es simple y corto y la recuperación perfecta y sin secuelas desagradables. La continencia urinaria es perfecta y si bien la uretra en algunos casos no cierra de primera intención, en ningún caso ha fistulizado.

Contraindicación: La única consiste en la extirpación de grandes adenomas por la imposibilidad de extraerlos por el ojal de la uretrotomía. Pueden extraerse adenomas de 4 cms. de diámetro, facilitando su extracción si fuere necesario con una ampliación de la uretrotomía hacia la uretra prostática.

Este procedimiento llena en términos generales los seis objetivos fundamentales que hemos detallado más arriba y hacia los cuales debe dirigirse toda intervención para la curación del adenoma simple de la próstata. Sin pretender haber alcanzado la perfección con este procedimiento, creo haber contribuido a su solución, poniendo a disposición del cirujano especializado un arma más en el tratamiento de dicho mal y que no es sino el resultado de la experiencia que he podido recoger en el tratamiento de esa afección en 30 años de ejercicio profesional, después de haber practicado todas las intervenciones conocidas actualmente.

CASUÍSTICA

L. V., paraguayo, 73 años, casado, agricultor, procede de Horqueta. Fecha de ingreso: 28 de febrero de 1950. Retención completa de orina.

Diagnóstico clínico: Hipertrofia de la próstata.

Se coloca sonda uretral Nº 17 en permanencia.

III-3-50. — Urea en sangre 0,77%. Presión arterial Mx. 110, Mn. 70. Examen de orina s/p.

III-21-50. — Cistoscopia Dr. Bogado: Uretra permeable Nº 27. Capacidad vesical 250 c.c. Orina limpia. Buena tolerancia de la vejiga.

Cuello vesical: Lateral derecho prominente, lateral izq. prominente, inferior prominente, superior normal.

Estado de la cavidad vesical: gruesas columnas y celdas.

Orificio ureteral derecho s/p. Orificio ureteral izq. s/p.

Diagnóstico: *Hipertrofia adenomatosa de la próstata.*

La urea desciende paulatinamente con la sonda ureteral en permanencia y el tratamiento médico correspondiente, llegando a 0,44% el 9 de mayo del 50.

Operación: Mayo 22 de 1950: Raquiánestesia. Adenomectomía retropúbica (Millin). Sonda uretral en permanencia después de retirada la sonda a los 10 días, presenta disuria, polaquiuria y orinas turbias, purulentas.

En vista de que su cistitis no mejora con el tratamiento médico correspondiente, se le practica nuevamente una cistoscopia, con el siguiente resultado.

VIII-18-1950. — Prof. Gorostiaga. Uretra permeable Nº 25. Orinas turbias. Mala tolerancia vesical.

Cuello vejiga: Lateral derecho prominente, lateral izq. s/p. Inferior s/p. Superior: Se observan restos de catgut incrustado.

Cavidad vesical: Se ven placas de cistitis incrustada.

Diagnóstico: Resto adenomatoso del lóbulo derecho y cistitis incrustada.

Se lo dilata convenientemente para una resección endoscópica del lóbulo residual.

VIII-26-1950. — Prof. Gorostiaga. Raquiánestesia. Resección endoscópica del nódulo residual y extracción de fragmentos de catgut incrustado. Sonda uretral en permanencia.

Como no pasaron las molestias al retiro de la sonda, se practica nuevamente una cistoscopia con el siguiente resultado: Persisten restos del lóbulo derecho e intensa cistitis incrustada.

En vista de las dificultades que siempre existe al practicar por vía suprapúbica intervenciones vesicales o prostáticas en enfermos ya cistostomizados, y como la resección endoscópica no había tenido buenos resultados, decidimos operarlo por vía perineal, pensando que como se trataba de un pequeño nódulo adenomatoso sería posible extraerlo a través de una uretrotomía externa, como se extrae un cálculo prostático y al mismo tiempo practicar por dicha vía un curetaje de las placas incrustadas,

Operación IX-13-50. — Prof. Gorostiaga. Pentotal sódico. Uretrotomía externa a nivel de la uretra membranosa. Dilatación de la uretra posterior y extracción digital del nódulo adenomatoso del lado derecho del tamaño de una avellana. Por esta misma vía se practica un curetaje de las placas incrustadas de la vejiga. No se hace hemostasis en vista de que la hemorragia es insignificante. Drenaje vesical con sonda Nélaton introducida por esta vía.

Al tercer día se retira esta sonda y se la introduce por el meato para facilitar el cierre de la uretra y de la herida.

Al sexto día se retira definitivamente la sonda y el enfermo orina espontánea y fácilmente, mejorando todas sus molestias.

Alta el 12-12-50, completamente curado y sin residuo vesical.

En vista del buen resultado obtenido en este caso y de la simplicidad del procedimiento, resolvimos practicar esta intervención en otros enfermos en los cuales la hipertrofia no fuese muy voluminosa para poder ser extraída por esa vía uretral.

Observación N° 2. — F. S., paraguayo, 79 años, casado, agricultor, procedente de Capiatá. Ingresó el 3 de junio de 1953, con retención completa de orina.

Diagnóstico: Hipertrofia de la próstata. Hipertensión. Mx. 19, Mn. 11. Anemia de 3.500.000 glóbulos rojos y 11 gms. hemoglobina por ciento. Eosinófilos. 3%. Examen de heces: Anquilostomas.

Sonda uretral N° 17 en permanencia.

Se le practica un tratamiento antihemítico y antianémico. Se demora la intervención a causa de su anemia, hipertensión y retardo en el tiempo de coagulación sanguínea (8 $\frac{1}{2}$ a 9).

Cistoscopia N° 46, 25-6-52. Uretra permeable N° 25. Capacidad vesical, 350 c.c. Orinas turbias. Cuello vesical: lateral derecho, normal; lateral izquierdo, normal; inferior ligeramente prominente.

Diagnóstico: Hipertrofia del cuello y pequeño adenoma.

Operación: Prof. Gorostiaga, 22-8-53. Raquianestesia. Uretrotomía externa sobre uretra membranosa. Exploración digital del cuello vesical por esta vía. No se encuentra plano de clivaje para la enucleación del pequeño adenoma, por lo que se resuelve practicarle una resección endoscópica del cuello y del adenoma.

Se cierra la uretra sobre una sonda uretral que se deja en permanencia. Cierre parcial de la herida con drenaje del celular.

El post-operatorio sigue un curso normal y se retira la sonda uretral al 4° día.

El enfermo orina espontáneamente y no presenta residuo vesical.

Es dado de alta completamente curado, con orinas limpias, el 9-3-53.

Observación N° 3. — J. F., paraguayo, 59 años, casado, agricultor, procedente de Villarrica. Ingresó el 27-IV-54 por retención completa de orina.

Diagnóstico: Hipertrofia de la próstata. Sonda uretral en permanencia.

Cistoscopia: N° 30, 9-IV-54.

Uretra permeable N° 24. Capacidad vesical, 300 c.c. Orinas turbias. Buena tolerancia de la vejiga.

Cuello vesical: lateral derecho, prominente; lateral izquierdo, prominente; inferior, prominente; superior, s/p.

Cavidad vesical: Columnas y celdas. Depósitos de fibrina. Quistes región cuello.

Diagnóstico: Hipertrofia adenomatosa de la próstata.

Operación: 25-VIII-54. Prof. Gorostiaga.

Raquianestesia. Uretrotomía externa a nivel de la uretra membranosa. Adenomectomía digital por vía transuretral. Se extrae un adenoma del lóbulo derecho del tamaño de un coco (4 centímetros de diámetro). Hemostasis por electrocoagulación endoscópica por la misma vía. Drenaje vesical con sonda uretral introducida por la herida perineal.

Al día siguiente, orinas limpias. Se retira la sonda de drenaje al tercer día y se coloca por el meato, dejándola en permanencia, haciendo un punto de cierre en la herida operatoria. Se levanta el enfermo.

Al quinto día hace una orquiépididimitis. Se retira la sonda y reposo en cama.

El enfermo orina espontáneamente pero con disuria.

Mejorada la orquitis se le practican algunas dilataciones uretrales con beniqué hasta el N° 45. Todo se normaliza y es dado de alta el 30-7-54 completamente curado.

Observación N° 4: I. J., paraguayo, 59 años, casado, agricultor, procedente de Mbu-yapey. Ingresó el 26-VII-54, con polaquiuria, disuria y hematuria. Urea, 0,52%. Sonda uretral en permanencia.

Cistoscopia, el 6-VIII-54. Uretra permeable, Nº 25. Capacidad vesical, 300 c.c. Orinas limpias. Buena tolerancia de la vejiga.

Cuello vesical: lateral derecho, prominente; lateral izquierdo, prominente; inferior, prominente.

Diagnóstico: Hipertrofia adenomatosa de la próstata. Operación: 24-IX-54. Prof. Gorostiaga.

Raquianestesia. Adenomectomía perineal por vía transuretral. Se extraen tres pequeños nódulos adenomatosos del tamaño de un coco y un pequeño cálculo del tamaño de una bolita. Hemostasis por electrocoagulación endoscópica por la misma vía, regularizando los colgajos producidos por la enucleación del adenoma. Sonda uretral en permanencia introducida por el meato. Cierre de la uretra sobre ella y cierre parcial de la herida con drenaje celular.

Orinas claras al día siguiente.

Se retira la sonda al 8º y se levanta el enfermo. Alta, completamente curado, el 7 de octubre de 1954.

Hasta el momento, son éstos los enfermos operados por este procedimiento y los resultados son cada vez más satisfactorios.