

Hospital Vicente López
Servicio de Urología
Jefe Dr. OSCAR PODSKUBKA

ADENOMECTOMIA PROSTATICA CON CIERRE TOTAL DE VEJIGA

Dres. OSCAR PODSKUBKA,* LUIS GUILLERMO RUBATTO y EDUARDO MORERA

Ampliando nuestro trabajo sobre "Nuestra experiencia en adenomec-
tomías transvesicales con cierre primario", presentado en el X Congreso
Americano de Urología, realizado en Caracas, Venezuela, el año ppdo., en
los últimos 9 meses hemos elevado nuestra casuística a 148 casos, realizados
en el servicio de Urología del Hospital Municipal de Vicente López, de Bue-
nos Aires, y en nuestra práctica privada.

Haciendo historia, recordamos que los primeros en intentar realizar cierre
total de vejiga fueron Israel y Pierre Duval, en 1906; luego Legueu y Texo,
en Argentina, en 1910; Judd, de la Mayo Clinic, en 1911; y Harris, en Austra-
lia, en 1927; los que no pudiendo controlar las hemorragias e infecciones
postoperatorias, debieron abandonar esta técnica.

Nosotros, al poseer actualmente nuevos elementos en material quirúrgico
y mejores conocimientos sobre la fisiopatología y el tratamiento de las he-
morragias e infecciones —principales causas de morbilidad y mortalidad—, he-
mos actualizado estas viejas técnicas. Utilizamos la Técnica de Fulley-Freyer
modificada, por ofrecernos un amplio campo operatorio que nos permite rea-
lizar una muy buena hemostasia al tener el campo a la vista. Anteriormente
practicábamos esta técnica con sonda Foley y Talla vesical, pero al ver que
efectuando una prolija hemostasia y un buen avènement vesical por uretra
con las sondas plásticas tipo Ennelssen o Boue-Coupe que poseen una luz
interior muy amplia y paredes finas, nos decidimos a efectuar el cierre total
de vejiga por primera, acortando de esta forma considerablemente los días
del post-operatorio y aliviando enormemente las molestias del enfermo.

Anestesia: Usamos preferentemente la peridural con Xilocaína.

Descripción operatoria: De preferencia utilizamos la incisión transversal
tipo Pfanestiel, efectuada la apertura de vejiga, realizamos corte de la mu-
cosa vesical que rodea al adenoma con electrobisturí, procediendo a la enu-
cleación de los adenomas en forma digital, completando el corte de la uretra
en algunos casos en forma instrumental. Luego viene el tiempo más impor-
tante por ser el que nos dará la seguridad de tener una buena hemostasia.
Colocamos los puntos de Cabot en horas 5 y 7, a fin de ligar las arterias
vesicoprostáticas. Continuamos con un punto, tomando en línea media el labio
posterior y la cápsula prostática, lugar que normalmente es muy sangrante,
llevando además el cuello hacia la lodge prostática, siguiendo con puntos pro-
fundos en todo el borde vesical de la lodge. Completamos la hemostasia con
toques de electrocoagulación en pequeños capilares únicamente. Todos estos
puntos son en x y realizados en catgut simple 0.

Siempre solicitamos en este momento al anestesista que lleve la presión
sanguínea del enfermo a la que tiene habitualmente a fin de tener la segu-
ridad de que la hemostasia ha sido efectuada correctamente, ya que el en-
fermo se encuentra generalmente hipotenso.

Colocamos los puntos de Harris para disminuir el tamaño de la lodge y,
de acuerdo con el calibre de la uretra, colocamos sonda plástica N° 20 ó 22
(tipo Ennelssen) de 1 ó 2 vías, efectuando el cierre total de vejiga, de pared

por planos, dejando un pequeño rubber en el espacio de Retzius, en donde colocamos 3 ml de solución de Furacín con lo cual hemos logrado combatir en forma muy eficaz las supuraciones tan comunes en esta zona. En caso de dejar sonda uretral de 1 vía, dejamos en vejiga a través de la herida un catéter plástico de 1 mm de diámetro para efectuar el lavado continuo por goteo para las primeras 48 a 72 hs. que en nada afectan el cierre de la herida. Profilácticamente realizamos la vasectomía bilateral.

Post-operatorio: Dejamos lavado continuo con solución isotónica en goteo durante 48 a 72 hs. y lavados con solución de Rivanol al 1 ‰ cada 6 a 8 hs. los primeros días para extraer algún coágulo. Es muy necesario el cuidado de estos enfermos por personal especializado. Hidratación parenteral 24 a 36 hs. analgésicos y antibióticos. Usamos con muy buenos resultados 300 mg diarios de Furadantina.

Complicaciones post-operatorias: Hemos tenido 5 hemorragias —4 en el primer día—, habiéndolas yugulado con tratamiento médico. La otra hemorragia fue a los 21 días y creemos que fue provocada por infección; 8 epididimitis y 2 tromboflebitis; todas las cuales cedieron con tratamiento médico.

Complicaciones alejadas: 3 estrecheces de uretra posterior; 2 eventraciones; 7 filtraciones de vejiga; 2 incontinencias de orina, que fueron ortostáticas y pasajeras.

Creemos que no debe retirarse la sonda uretral antes del 8º día, por el peligro de la hemorragia y la filtración por la herida.

Resumen: La técnica preconizada en este trabajo no pretende ser original sino un resumen de viejas experiencias, a las que hemos introducido algunas variantes aprovechando los nuevos adelantos de la ciencia y el arte quirúrgico, con los cuales podemos realizar una muy buena hemostasia al tener el campo a la vista, pudiendo de esta forma cohibir en forma bastante segura la complicación más temida y frecuente que es la hemorragia post-operatoria, lo que depara un menor sufrimiento a los pacientes que, al no tener taponaje ni sonda Foley, el tenesmo vesical y el dolor ocasionado por acción mecánica es mínimo, acortando además considerablemente el post-operatorio, dándolos de alta entre los 8 a los 12 días generalmente.