

Prostatectomía transvesical con drenaje
PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL CON DRENAJE

Por el Dr. LUIS E. PAGLIERE

La preparación previa del enfermo es la de todo servicio de urología, con las modalidades propias de cada uno; la preoperatoria consiste en higienizar correctamente con baño al enfermo, lavar la vejiga y afeitar la región pubiana y perineal, pues es en esta última región donde debe colocarse el drenaje del operado.

El enfermo es instalado en una mesa de operaciones, con soporte para las piernas, éstas ligeramente separadas y convenientemente asegurado, para poder colocarle en Trendelenburg; el campo operatorio comprende la región pre-vesical, pene, escroto y periné, que se aseptica limpiando previamente con bencina y luego con alcohol yodado, que será muy diluido para evitar toda acción cáustica.

La región perineal donde debe actuar la mano izquierda del cirujano es dividida en dos campos quirúrgicos: son éstos la región anal y la perineal; para esto se asegura con pinzas por delante del ano una compresa espesa.

El primer tiempo quirúrgico consiste en practicar una pequeña incisión en el periné unos tres centímetros por delante del ano; dicha

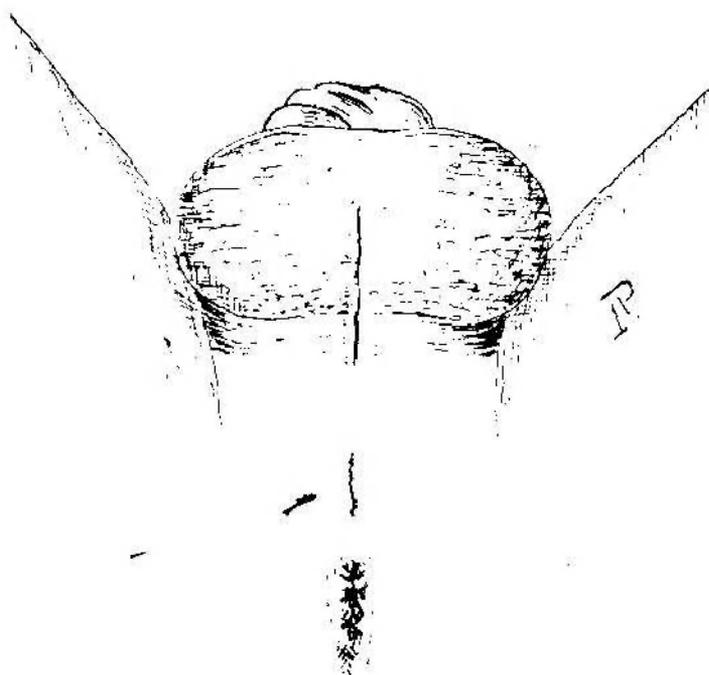


Figura 1 — Incisión del Perine

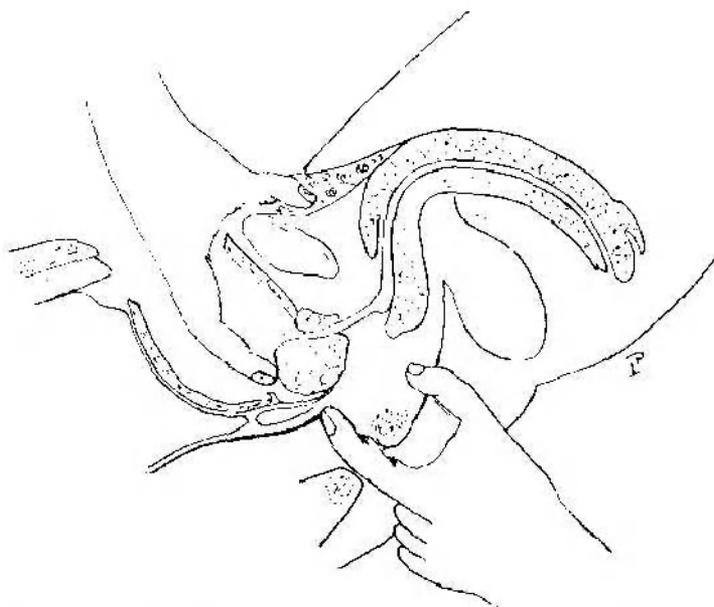


Figura 2 — Prostatactomía transvesical, el pulgar de la izquierda, en la pequeña incisión perineal, etc.

incisión, que puede ser vertical u horizontal, es de dos centímetros de longitud e interesa la piel y el tejido celular. El cirujano abandona esta incisión y procede en un segundo tiempo a efectuar la pros-

tatectomía transvesical que todos conocemos, con una modificación que consiste en colocar el pulgar de la mano izquierda o perineal, en la pequeña incisión previamente practicada en el periné, mientras el índice, o mejor el índice y el medio, se mantienen en el recto para tijar la próstata; esta mano no se moverá hasta la terminación de

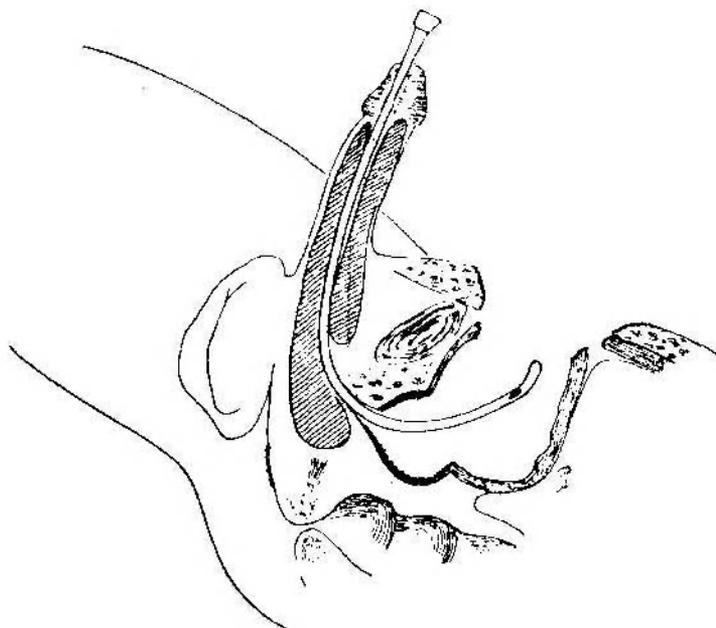


Figura 3 — Sonda acodada que se exterioriza a través de la herida prevesical.

la ablación del adenoma y colocación del tubo de drenaje, para lo cual se procede como sigue: Extraído el adenoma, el ayudante coloca una sonda acodada, que el cirujano busca en la cavidad prostática y exterioriza a través de la herida pre-vesical; en cada extremo de la misma se coloca una pinza de Kocher para poder traccionar sobre la misma fuertemente hacia adelante (hacia arriba en la mesa de operaciones). El objeto de esta maniobra es tijar y reparar la uretra contra la sínfisis pubiana y distender en el sentido antero posterior el diafragma recto perineal creando mayor espacio entre el recto y la urtera. Así las cosas, el índice de la mano derecha del cirujano busca a través de la cavidad prostática el pulgar de la mano izquierda alojado en la pequeña incisión perineal; estos dos dedos deberán establecer por dónde pasará el tubo que drenará la vejiga

hacia el periné, para lo cual la mano izquierda reparará con el índice y le dedo medio al recto mientras el pulgar, que está fijo en la pequeña incisión perineal, va al encuentro del dedo índice de la mano derecha o vesical, el cual busca en la cavidad de la próstata, al

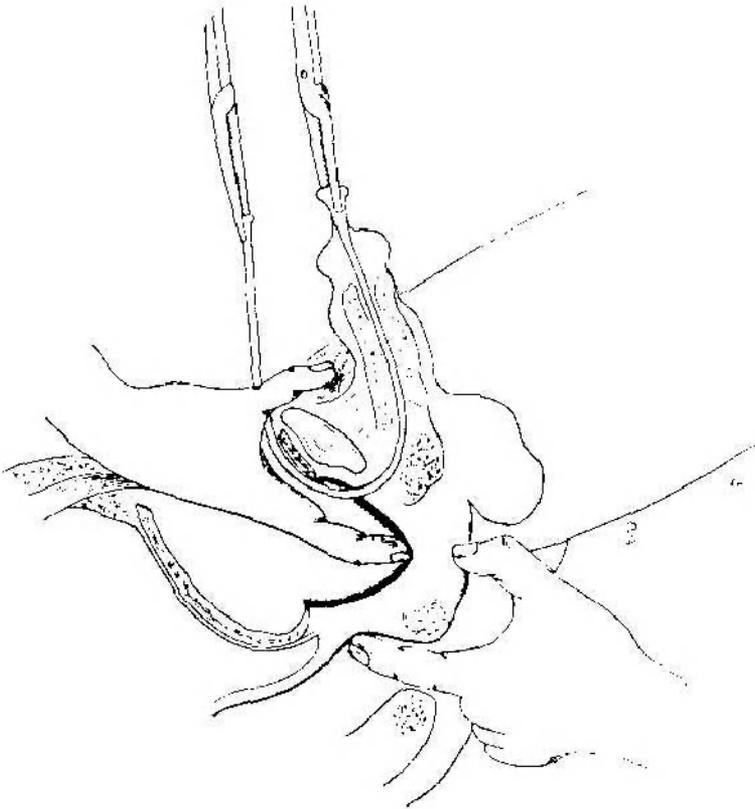


Figura 4 — El índice de la derecha busca a través de la cavidad prostática, el pulgar de la izquierda.

espacio que hay inmediatamente por detrás de la ruptura de la uretra en la cavidad prostática, lugar que hay que perforar desde la vejiga hacia el periné.

4° tiempo: Como he dicho, ambos dedos están frente uno del otro y han establecido y reparado donde se creara el túnel de pasaje para el tubo. Ahora bien: el dedo perineal se mantiene fijo en el lugar indicado por el índice de la mano derecha que se retirará; aquí el cirujano empuña un clam curvo de ramas fuertes que coloca cerrado en la cavidad prostática y busca el lugar donde estaba previamente el dedo índice, espacio retro uretral que el dedo pulgar de la mano izquierda, que no se ha movido, repara y establece.

5° tiempo: Perforado del diafragma perineal. — El dedo pulgar y el clan no se abandonaron más hasta haber este último perforado el periné, para lo cual, siempre apoyado sobre el dedo pulgar, se le empuja firmemente hacia el periné; un primer salto indica a la ma-

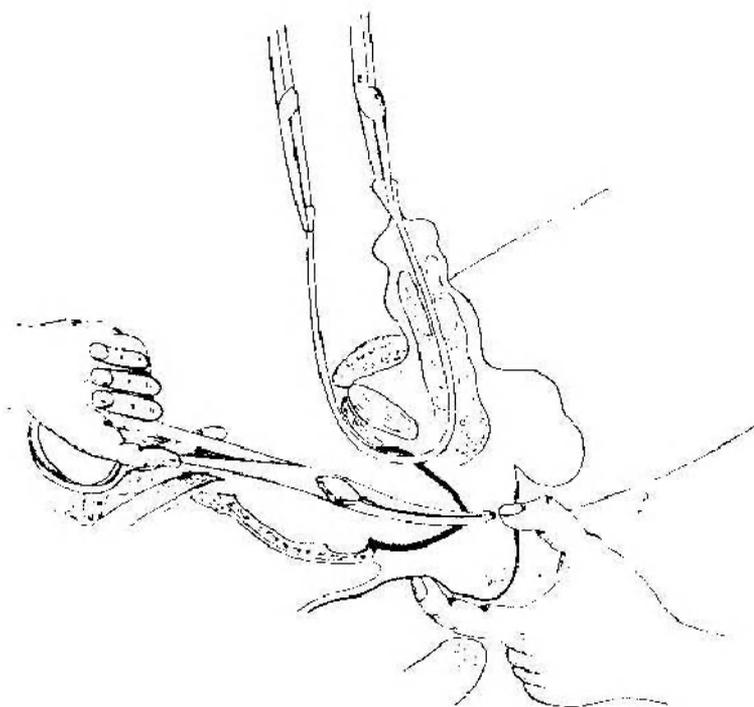


Figura 5 — Fijo el dedo perineal, el clan llega a ese punto de reparo y asoma en la herida perineal. El índice se controla a través de la mucosa rectal.

no experimentada que la cápsula prostática ha cedido; se continúa empujando el clam y retirando a su vez el dedo pulgar, que conduce, por así decir, la punta de la pinza a través de los tejidos hacia la pequeña herida perineal, mientras el índice de la mano izquierda controla a su vez el recto; la punta del clam asoma por fin en el periné, colgado por la aponeurosis recto perineal, que ofrece alguna resistencia, pero que también se perfora; ya libre la punta del mismo en el periné, se lo abre con fuerza para ensanchar el túnel; hecho esto toma entre sus ramas un tubo de drenaje grueso como el índice, que ha sido lubricado y que lo arrastra hacia la vejiga y el cual es suficientemente largo para llegar a través de la cavidad prostática y vejiga hasta la herida pre-vesical; este tubo tiene, naturalmente, varias aberturas que coinciden con la cavidad vesical.

6° tiempo: Dos tiras de gasa yodoformada, una derecha y otra izquierda, de diez centímetros de ancho y largo necesario, taponan

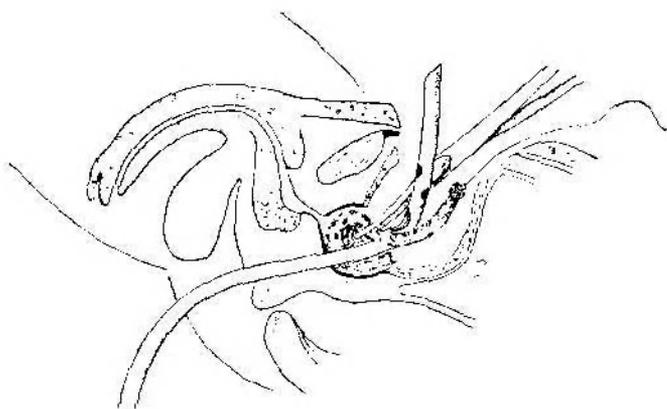


Figura 6 -- El tubo drenaje ocupa su puesto definitivo y se procede al taponaje de la cavidad prostática.

a ambos lados del tubo la cavidad prostática y dejan salir por la herida pre-vesical dos cabos de hilo que las repara para hacer la extracción a su debido tiempo.

Tratamiento del espacio pre-vesical. — Se cierra parcialmente la vejiga en su extremo interior, con cuatro o cinco puntos no perforantes de catgut; se coloca un pequeño tubo de drenaje en el espacio pre-vesical, se cierra parcialmente la herida músculo cutánea con puntos de crin, que toman también la vejiga fijándola a la pared abdominal, achicando así el espacio prevesical; por fin, alrededor del tubo de drenaje en su salida abdominal, se tapona con gasa yodoformada con el objeto de drenar cualquier líquido que pudiera derramarse. Fijación con dos puntos de crin en el periné del tubo de drenaje, colocación de apósito abdominal y perineal.

Cuidado post-operatorio: El tubo que sale por el periné que dreña regularmente toda la orina, puede descargar por un tubo más largo, a un vaso apropiado o bien a un orinal colocado entre las piernas del operado, que se buscará de situar en lugar bien declive, para lo cual se puede practicar una abertura o bien colocar varias almohadas debajo de las regiones glúteas del enfermo; proce-

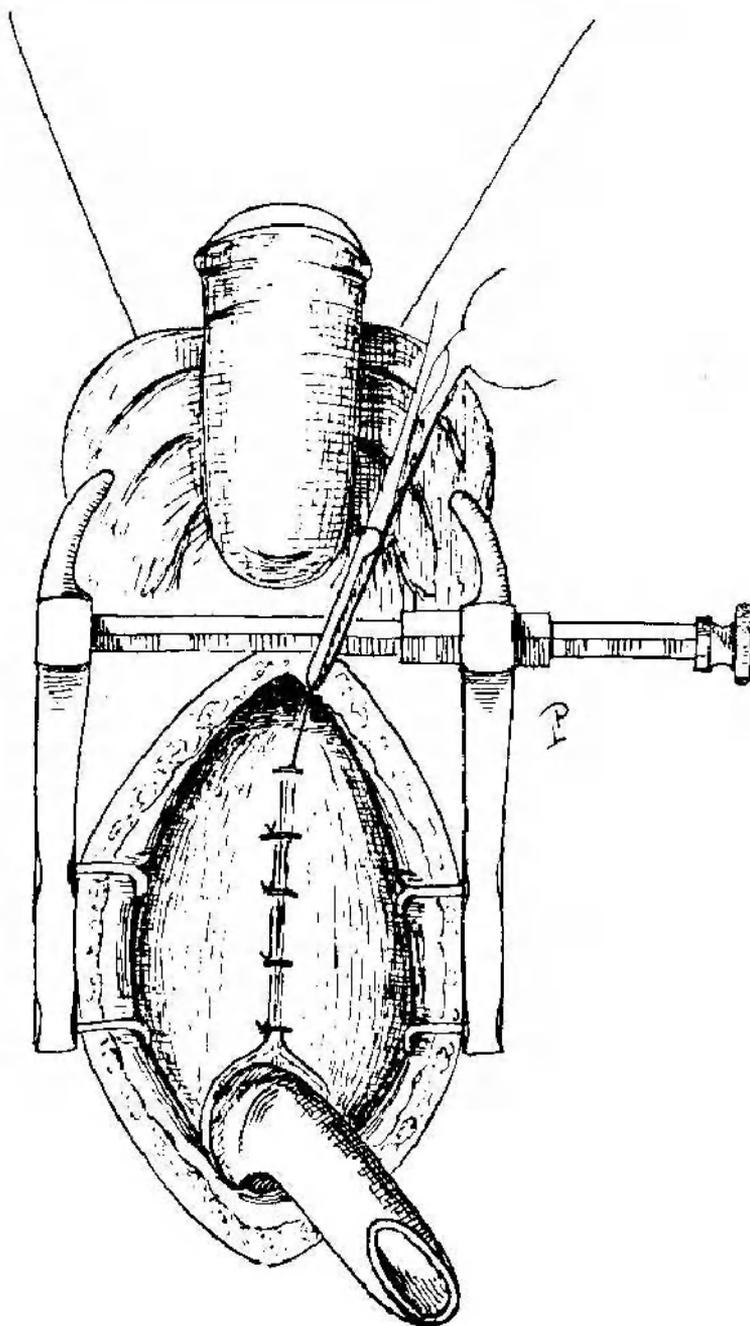


Figura 7 - Cierre parcial de la vejiga

diendo así se consigue un buen drenaje. El enfermero cuidará que el tubo no se doble en los movimientos que hace el operado, pues de lo contrario el drenaje se hace mal y la curación abdominal, que debe permanecer seca, se moja, con las consiguientes molestias para el enfermo.

En los días subsiguientes se practican las debidas curaciones lavando la vejiga con solución antiséptica a través del tubo abdómi-

no perineal; dicho lavado es simple, fácil y eficaz, manteniendo a los enfermos en un estado de aseo, imposible de obtener con el drenaje abdominal.

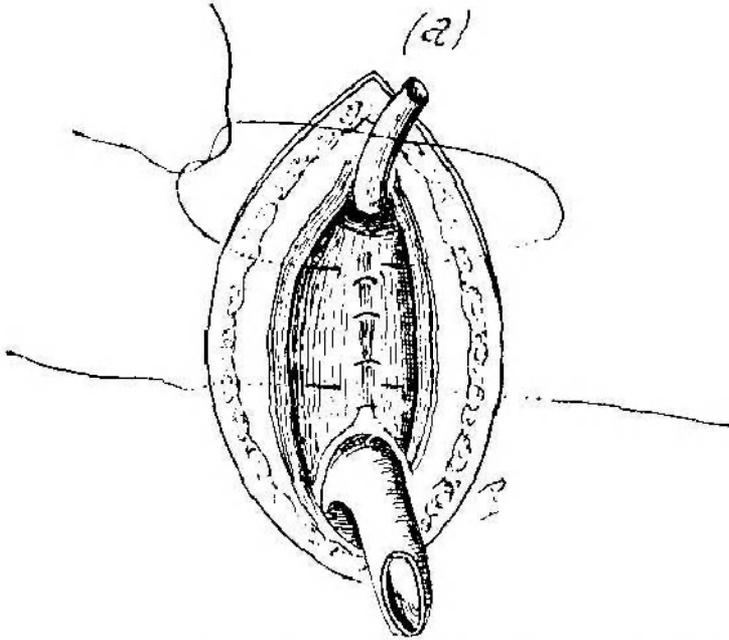


Figura 8 -- Pequeño tubo en el espacio prevesical (a). Cierre parcial de la herida musculocutánea, con fijación de la vejiga.

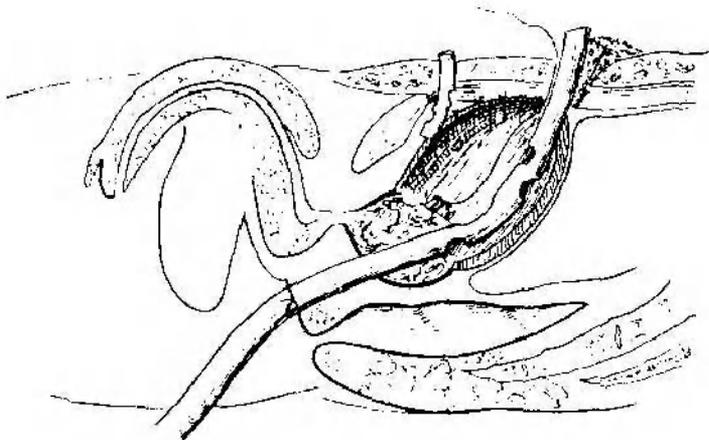


Figura 9 -- Tubo drenaje; mecha de gasa. a su salida abdominal y fijación con dos puntos al PERINE

Al sexto o séptimo día se corta el extremo abdominal del tubo de drenaje y se quitan las gasas que taponan la cavidad prostática,

dejando aun varios días más el extremo perineal, lo que permite la cicatrización de la vejiga. Luego, en un tiempo variable que oscila entre doce o quince días, se suprime el drenaje perineal reemplazándolo por una sonda uretral. La vejiga se cierra entre los doce a veinte días; se mantiene, no obstante, la sonda a fin de modelar la cicatrización de la uretra posterior. Suprimido el tubo perineal es de observar que no hay tendencia a drenar por el túnel próstato perineal dejado por el mismo, el cual no da más orina a las 24 horas de extraído el tubo.

El post-operatorio de los prostatectomizados con drenaje por el periné es singularmente más tranquilo que en aquellos que llevan el drenaje hipogástrico, el grueso tubo de Freyer que llena la vejiga y que se apoya sobre el trigono dando lugar a intenso tenesmo que llega a veces a la expulsión del mismo durante las contracciones de la vejiga, con los inconvenientes conocidos, por el contrario, el tubo abdominal perineal, no obstante el taponamiento de la cavidad prostática, no provoca tenesmo, o, si lo hay, es con menor intensidad; los operados gozan de una mayor movilidad y se los puede sentar, lo que es una indiscutible ventaja, tratándose de viejos en su totalidad. Por fin, la duración del post-operatorio está abreviada en un 50 % y algunos de mis operados se han podido levantar antes de los 20 días del acto quirúrgico.

Los operados que han sido dados de alta hasta la fecha, y que suman 11 sobre 17 operados, han necesitado para estar con su vejiga cerrada los siguientes días: el primero, 25 días; el segundo, 19; el tercero, 35; el cuarto, 32; el quinto, 16; el sexto, 16; el séptimo, 18; el octavo, 20; el noveno, 20; el décimo, 13; el undécimo, 21; el duodécimo, 21; el decimotercero, 17 días; los restantes hasta completar el total de 17 están aún internados en el hospital y podrán ser examinados el sábado próximo por los que deseen concurrir al mismo a las 10 de la mañana.
