

COMPLICACIONES EN LA CIRUGIA DEL ADENOMA DE PROSTATA NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Abriata, Rubén Osvaldo (*) - Dr. Correa, Carlos Alberto (**) - Dr. Ortiz, Héctor (***)

Resumen

Hemos realizado un estudio estadístico sobre complicaciones en general de la cirugía del adenoma de próstata. Según la técnica Fuller-Freyer sobre 210 pacientes en nuestro Servicio, durante el año 1976, como también modestamente esbozamos algunas etiologías de las mismas e intentos de prevención.

Introducción

El objeto de esta comunicación es poner de manifiesto las actuales complicaciones de la cirugía del adenoma de próstata por vía transvesical, haciendo notar que en el Servicio de Urología del P. F. C., al que pertenecemos, se realizan casi todas las técnicas a cielo abierto, como también R. T. U. Los picos de mayor incidencia son la vía transvesical y R. T. U. Sobre la primera está basado nuestro trabajo.

Comenzaremos con una breve reseña histórica de los pioneros de esta cirugía. Remontándonos a mediados del siglo XVI se atribuye a Pierre Franco el abordaje suprapúbico en cirugía urológica para eliminar un cálculo vesical. Tres siglos más tarde, Amussent retiró un fragmento de tejido prostático obstructivo mediante abordaje suprapúbico a cielo cerrado. Pero corresponde a Freyer, en 1900, haber desarrollado el método de abordaje transvesical para el adenoma que luego Fuller modificaría en parte. En la actualidad es la que se realiza en nuestro servicio. En 1909, Von Stochh hizo una forma de prostatectomía retropúbica. Luego, en 1945, Millin publicó 20 casos de prostatectomía retropública y pasó a describir la técnica en detalle, técnica que no cambió en los últimos 32 años. En la actualidad se han realizado distintas variantes y aportes a la técnica de Fuller-Freyer, siendo desde más de un siglo la más usada en todos los servicios urológicos del mundo. Dicho procedimiento lo indicamos para todo paciente con una próstata mayor de 50 g. que clasificamos Grado III, IV, que está baja en la pelvis. Por esta vía se encuentran con facilidad los cálculos y los divertículos vesicales, y los lóbulos prostáticos intravesicales; los puntos sangrantes del cuello vesical quedan expuestos con facilidad, identificándose bien los meatos ureterales no requiriéndose instrumentos especiales. Para todo paciente que llega a quirófano es requisito obligatorio e indispensable del preoperatorio tener: valoración clínica, E. C. G. y valoración cardiológica, con o sin indicación de monitoreo operatorio, U. excretor, panendo y cistoscopia (que nos indica la vía alta o la R. T. U.) y en casos especiales requerimos estudios al Servicio de Nefrología.

Material y métodos

Se recopilaron 210 casos correspondientes a los operados en el año 1976 por vía transvesical con la técnica de Fuller-Freyer, representando el 42 % del total de la patología quirúrgica del Servicio.

Todos los casos tuvieron información histopatológica, 6 correspondieron a adenocarcinoma, mientras que el resto se informó como hiperplasia benigna con sus distintas variantes.

De los 210 casos, en 153 pacientes se realizó incisión mediana infraumbilical y en 57 de Pinenstein. En todos los casos la anestesia fue peridural, realizándose vasectomía bilateral posoperatoria.

Estadística correspondiente a 1976

Vía alta. Técnica de Fuller-Freyer

I) Total de operados en 1976	210	casos
II) Edad promedio	64,7	años
III) Promedio día preoperatorio	3,2	días
IV) Promedio día posoperatorio	12,8	días
V) Promedio día sonda	10,2	días
VI) Complicaciones diversas	63	casos
VII) Fallecidos	16	casos

Es de destacar que en nuestro Servicio no se realizó para estas intervenciones en el año 1976 ninguna talla vesical ni taponaje en la Loge prostática, técnica ésta que hace varios años no se realiza. Lo que se realiza en todos los casos es el sistema de drenaje cerrado estériles avalvulares y lavados vesicales, que generalmente van con solución fisiológica con sustancia antibacteriana, furacin, neomicina, etc. Desde luego, una sonda Foley N° 24 triple vía, ubicada con el balón en la Loge prostática. Otra experiencia dentro del grupo de operados fue colocar sondas con jales A. T. B. y corticoides, sobre todo en uretra, pero aún carecemos de resultados. Con este sistema nosotros creemos que evitamos las importantes molestias de la talla vesical, logrando un más rápido cierre de la vejiga y herida. Dejamos goteo de acuerdo con la coloración de la bolsa recolectora y retiramos el lavado generalmente al 2º ó 4º día, presentándose siempre excepciones.

Comentarios

Análisis de las complicaciones

I) *Supuración de heridas operatorias*: la padecieron 59 pacientes, el 25 %. Aumentó en relación a otros años, la atribuimos al desuso de soluciones A. T. B. que aplicábamos con lavados previos en la vejiga y antes del cierre en el prevesical. También se observó en otros servicios, lo que nos indicaría problemas en la esterilización.

II) *Fístulas hipogástricas*. Se vieron en 43 pacientes y representó el 20,5 %. Las mismas se solucionaron en forma espontánea, en todos los casos, mediante la correcta evacuación de la vejiga utilizando sonda semirrígida KIO 4 multiperforada. Aparece esta complicación cuando el lavado no se hace en forma correcta, bloqueándose por coágulos. Este inconveniente se subsana en la sala de resección endoscópica mediante la colocación de una camisa de 1 resetcopio; con jeringa Tumel evacuamos enorme cantidad de coágulos. Nunca fue necesario recurrir a la reintervención quirúrgica, como así tampoco a electrocoagulación endoscópica.

(*) Médico Residente de Urología.

(**) Médico Concurrente de Urología.

(***) Médico Concurrente de Cirugía.

III) *Incontinencia de orina*. No se presentaron incontinen-
cias de orina verdaderas. Sí, en cambio, seudoincontinen-
cias, que las atribuimos a: 1) infección; 2) períodos prolon-
gados de sonda; 3) claudicaciones miógenas después de
largo período por el obstáculo mecánico que significa para
el paciente.

IV) *Hemorragias digestivas*. Desgraciadamente, creemos
que constituye uno de los capítulos más importantes de to-
das las complicaciones de los operados de próstata. Se pre-
sentaron 20 casos de los cuales fallecieron 7, dos de ellos
operados por el Servicio de Cirugía, encontrándose 2 ulce-
raciones de antigua data en duodenos, 2 várices esofágicas
en cirróticos. En el resto no se pudo establecer el diag-
nóstico. Los 13 casos restantes fueron gastritis hemorrági-
cas por stress. Todo paciente con H. D. pasa al servicio de
cirugía general.

V) *Cardiorrespiratorias*. Aquí también resaltan su importan-
cia estas complicaciones. Se presentaron 2 infartos masi-
vos y 3 casos de probable tromboembolismo pulmonar. En
todos los casos fue inevitable prevenirlos.

VI) *Insuficiencia renal aguda*. Dada la edad de los pacien-
tes y su pasado renal, después de stress quirúrgico suelen
reaparecer cuadros agudos. Fallecieron por esta causa 4
pacientes.

VII) *Osteítis del pubis*. Esta complicación, por suerte, no
se presentó en ningún operado.

No se presentaron en los 210 pacientes, fístulas permanen-
tes, coagulación intravascular diseminada, ni oclusión intes-
tinal; sí, en cambio, cuadros de suboclusión subsanados con
la medicación correspondiente y sonda nasogástrica.

Bibliografía

1. Weyrauch, H. M.: "Surgery of the Prostate". Filadelfia.
2. Young, H. H., y Davis, D. M.: "Benigne Hypertrophy of the Pros-
tate".

3. "Secuela de la Cirugía Cérvico-Prostática". Congreso S. U. Tucumán, págs. 481-494, 1962.