

Serv. de Urología del Hosp. Ramos Mejía,
Jefe: Doctor GILBERTO ELIZALDE

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI
y ROBERTO A. RUBI

EL FRACASO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE STEINACH EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA DE LA PROSTATA

Ya en 1920, Pousson, en el XX Congreso Francés de Urología, se ocupó de "los métodos indirectos de tratamiento del adenoma de la próstata, consistentes en provocar la atrofia regresiva de la glándula hipertrofiada, actuando sobre diversos órganos que tienen bajo su dependencia la nutrición de la misma".

Basados sobre un hecho de observación: próstatas anormalmente pequeñas de los sujetos castrados, o de los criptórcidos con atrofia testicular, numerosos autores pretendieron obtener la regresión de la próstata hipertrofiada actuando sobre el aparato genital. A título de simple recuerdo mencionaremos algunos de estos procedimientos.

1° — *La castración*, abandonada por completo.

2° — *La sección del cordón en su totalidad*, operación absurda que lleva, no a la atrofia, sino a la gangrena del testículo.

3° — *La ligadura del conducto deferente*.

4° — *La sección del deferente entre dos ligaduras* o vasectomía.

5° — *La angioneurectomía del cordón*; resección de los nervios y vasos respetando el deferente, la arteria deferencial y una o dos venas satélites.

6° — *La epididimectomía* de K. Sand.

7º— *El procedimiento de Steinach N° 1*, que consiste en la sección de los deferentes; es la vasectomía, conocida de muy antiguo, razón por la cual resúltale ilógico a Fey atribuirle la paternidad a Steinach.

8º — Este autor francés, al hablar del procedimiento de Steinach, se refiere exclusivamente a la *ligadura intepididimo-testicular bilateral* (Steinach N° 2 de algunos autores), operación benigna en grado sumo, que se hace con anestesia local, a través de una incisión ínguino-escrotal.

Heitz-Boyer cree que en los casos beneficiados por la operación de Steinach interviene un mecanismo complejo; por un lado un efecto de orden reflejo, por intermedio del simpático, actuando *inicialmente*, es la acción primitiva de las primeras semanas y aun de los primeros meses, que se hace sobre el esfínter liso.

Por otro lado, *secundariamente*, cuando la ligadura ha aumentado o modificado la secreción interna del testículo excluido de las vías espermáticas, se produciría un efecto hormonal sobre el tejido prostático que iría a la atrofia lentamente.

El porvenir, dice Heitz-Boyer, dirá qué valor tienen esas explicaciones patogénicas y en particular el doble mecanismo invocado.

Los resultados obtenidos varían mucho, según la naturaleza de los síntomas observados: Papin divide a éstos en tres categorías:

1ª — *Trastornos psíquicos*: enfermos nerviosos, neurópatas, con trastornos disúricos y espasmos, sin ningún fundamento orgánico.

2ª — *Trastornos congestivos pasajeros*: enfermos con un adenoma en el período de prostatismo, sin residuo vesical.

3ª — *Trastornos mecánicos permanentes*: retencionistas incompletos con residuos variables, infectados o no, distendidos a veces, raramente en una primera retención completa.

Y podríamos agregar en una 4ª categoría, *trastornos referentes al estado general*.

Los enfermos que hoy presentamos pertenecen todos al tercer

grupo; hemos practicado en tres el Steinach N° 1 (mencionamos sólo los casos en que hicimos la vasectomía con la finalidad que informa este trabajo y no aquellos en que al hacerla nos guió la profilaxis de la orquiepididimitis) y en otros tres el Steinach N° 2.

Los pacientes de los dos primeros grupos son los que más se benefician con el método: pero, bien sabemos cuánto puede modificar esos estados el tratamiento médico, dilataciones, sales de magnesio, masajes, etc., sin contar los enfermos que espontáneamente, de un momento a otro, modifican de manera favorable sus trastornos urinarios.

Los del tercer grupo, en cambio, son a nuestro juicio los que realmente pueden poner a prueba el valor del procedimiento.

No debemos dejar de recordar que el Steinach N° 2, no pone al abrigo de epididimitis; de ahí la recomendación de Legueu de agregar sistemáticamente al Steinach la ligadura de los deferentes.

Marion cita en su estadística tres casos de muerte. Fey, a nuestro juicio con razón, no le da importancia, pues dice que como la operación es tan benigna no tiene contraindicación; se intervienen toda clase de enfermos y de entre éstos algunos estarían ya en la edad de morir.

He aquí las síntesis clínicas de nuestros casos:

CASO 1

M. V., 72 años. Historia 1963.

Un año de polaquiuria diurna y nocturna; desde tres meses atrás retención completa (orina por rebasamiento). Adenoma del tamaño de una naranja grande.

Se realiza ligadura y sección de los dos conductos deferentes. Continuó con su sonda permanente.

Dos meses después no se observa ninguna modificación apreciable al tacto ni cistoscópicamente.

Retirada la sonda permanente, el enfermo no puede orinar.

CASO 2

E. G., 72 años. Historia 1912.

Desde hace seis meses polaquiuria diurna y nocturna intensísima (de noche

cada cinco minutos). Un mes antes retención completa; es sondado en repetidas oportunidades.

Ingresa al Servicio en retención completa.

Al tacto rectal, un adenoma del tamaño de una mandarina.

Se hace la talla, ligadura y sección de ambos deferentes.

A pesar de esta última operación complementaria, durante el mes siguiente el enfermo no consigue modificar en absoluto su retención completa, por lo que se efectúa la prostatectomía.

CASO 3

P. R., 78 años. Historia 1981.

Desde hace muchos años, disuria inicial, polaquiuria diurna y nocturna. Retención completa de un mes atrás. Ingresa al Servicio con una sonda permanente uretral. Al tacto, adenoma del tamaño de una mandarina chica.

Teniendo en cuenta el mal estado general, se realiza la ligadura y sección de ambos deferentes. En tres oportunidades se retira la sonda uretral y el enfermo es incapaz de orinar espontáneamente.

Visto varios meses después, no se comprueba ninguna modificación del adenoma al tacto ni cistoscópicamente.

CASO 4

C. V., 72 años. Historia 2030.

Polaquiuria nocturna de larga data; la víspera de su ingreso retención completa.

Globo vesical visible y palpable. Uretra posterior de 9 cm. de largo. Al tacto rectal, adenoma.

Se deja sonda permanente durante ocho días y al retirarla el enfermo tiene micciones normales, sin residuo vesical.

Reingresa un año después, con retención completa. Se le practica una operación Steinach N° 2.

A los 15 días se retira la sonda uretral; el paciente no orina absolutamente nada.

Al mes se repite la maniobra, con idéntico resultado.

CASO 5

J. R., 69 años. Historia 2331.

Polaquiuria diurna y nocturna de cinco años de evolución, con disuria en los últimos tiempos. Orinas turbias. Residuo de 150 c. c. Al tacto rectal, adenoma.

Se practica un Steinach N° 2.

Al retirarse la sonda, en varias oportunidades, se comprueba que la retención persiste, por lo que se hace cistostomía.

CASO 6

M. M., 63 años.

Con un largo pasado de polaquiuria diurna y nocturna y disuria, entra en retención completa a los 58 años de edad. Se le efectúa en otro Servicio, entonces, una doble ligadura epididimaria (¿Steinach N° 2?).

Queda bien, sin molestias subjetivas ni retención vesical, durante cinco años, al cabo de los cuales reaparecen sus trastornos urinarios que lo llevan a la retención completa. Se le coloca sonda Pezzer permanente por uretra, la que se retira después de varios días, no notándose ninguna modificación en la retención.

Al tacto y cistoscópicamente, adenoma de próstata.

Se le hace una prostatectomía, extrayéndose un tumor del tamaño de una mandarina.

CONCLUSIONES.

Consideramos que estos casos nos autorizan a suscribir y ratificar, por lo menos en parte, las conclusiones de Papin:

1ª — ¿Está demostrado que la ligadura de los conos eferentes aumenta la secreción interna del testículo? *No.*

2ª — ¿Está demostrado que la o las hormonas testiculares actúan sobre la función vesical? *No.*

3ª — ¿Está demostrado que la hipófisis desempeña algún papel en este asunto? *No.*

4ª — ¿Hay posibilidad de comparar la acción hipotética de estas secreciones sobre una próstata normal y sobre un adenoma? *No.*

5ª — ¿La ligadura llamada Steinach N° 2 puede modificar las lesiones anatómicas de la hipertrofia prostática? *No.*

6ª — ¿La ligadura citada actúa sobre los trastornos congestivos pasajeros? *Quizás.*

7ª — ¿Actúa sobre los trastornos psíquicos? *Seguramente.*

BIBLIOGRAFIA

FEY Y DOSSOT: "Valeur des méthodes de traitement de l'hypertrophie de la prostate, en dehors de la prostatectomie". Congr. Fr. d'Urol., 1933.

NATHAN: "Les travaux récents sur le rajeunissement". La Presse Méd., t. XXX, p. 237.

HEITZ-BOYER: "A propos de l'opération de Steinach". Journ. d'Urol., tomo XXXIV, p. 497.

- BOLOGNESI: "Transplantation testiculaires. séminifères et interstiellles". Journ. d'Urol., t. XII, p. 113.
- RETTETTER Y VORONOFF: "Effets locaux et généraux de la résection des canaux deferents". Journ. d'Urol., t. XIV, p. 81.
- KNUD SAND: "De la vasoligature par epididymectomie employée contre la senilité et des états depresifs". Journ. d'Urol., t. XV, p. 431.
- DMITRIJEW: "L'operation de Stainach et le transplantation testiculaire". Journ. d'Urol., t. XXI, p. 83.
- PAPIN: "Des opérations sur l'appareil génital dans l'hypertrophie de la prostate". Arch. des Mal. des Reins., t. VI, p. 187.
- PAPIN: "La deconfiture de l'opération de Steinach". Arch. des Mal. des Reins., t. VIII, p. 113.
- MARION: "A propos de l'opération de Steinach". Journ. d'Urol., t. XXXV, p. 213.
-