

CONSIDERACIONES SOBRE LAS RESECCIONES TRANS- URETRALES DE CUELLO Y PROSTATA

Por los Dres. HECTOR D. BERRI y JUAN J. RATTO

Presentamos a la consideración de esta Sociedad Argentina de Urología varias observaciones y resecciones transuretrales en cuello y próstata efectuados en el servicio de la Sala VI del Hospital Alvear en el 1er. semestre del año próximo pasado.

Hemos usado como instrumento el Panendoscópico de Mac Carthy y el resectótomo electrótomo del mismo autor cuyas condiciones excelentes para este fin nos han permitido actuar en forma eficaz en todos los casos tratados.

Su manejo sencillo, su visión amplia y perfecta, su abundante irrigación continua y su ansa puntiforme coagulante, nos han permitido no solamente precisar el diagnóstico, sino también obtener una electrocoagulación casi absoluta en las hemorragias abundantes y pertinaces que hemos observado.

Se ha usado como fuente de corte y electrocoagulación el aparato Jewell del servicio cuya eficacia es muy buena y en ciertas oportunidades el de Heitz Boyer cuyo poder para electrocoagulación es mayor.

La sonda permanente que se ha usado después de la intervención ha sido la sonda Foley.

Hemos seguido la técnica de la sección en trozos efectuando de inmediato una meticulosa electrocoagulación a fin de evitar las excesivas hemorragias que llegan a dificultar la visión de no seguir esta norma de conducta. Siguiendo esta técnica no hemos tenido que efectuar a excepción de un solo caso transfusiones sanguíneas para compensar las pérdidas sufridas.

Creemos que este control durante y después de la resección, constituye un problema de primera magnitud, de mayor importancia aun en las grandes próstatas para cuyo fin debe cuidarse el libre drenaje de la vejiga en las 24 a 48 horas que siguen a la intervención, efectuando un lavado vesical cada 2 o 3 horas.

En un caso hemos tenido abundante hemorragia postoperatoria que cedió a

los lavados de la vejiga por la sonda Foley y con la extracción de algunos coágulos.

Se ha ayudado a la electrocoagulación con el uso de diversas sustancias (coaguleno, lavado vesical con antipirina al 10 %; así como se ha cuidado de disminuir los riesgos de la infección con el uso de la sonda permanente hasta 24 horas antes de la intervención, y los lavados vesicales con solución de nitrato de plata, así como el uso de antisépticos por vía oral.

La anestesia usada ha sido la novocaina al 2 % aplicada por la vía epidural en cantidad de 20 cc. que nos ha dado una excelente insensibilidad, sin acusar los riesgos de la raquídea.

Se ha usado sin embargo la anestesia raquídea con la solución Bayer al 5 % (0,10 a 0,12); y con estos dos tipos de anestesia no hemos necesitado usar otro en ninguna circunstancia.

La anestesia vesical obtenida que ha eliminado el control del enfermo en lo que respecta al estado de la distensión del globo vesical, ha hecho que cuidáramos el estado del mismo a fin de que no llegaran a producirse trastornos serios.

E. M., 44 años. Italiano. Ocupa cama 23. Ingresa el 30 de abril de 1945. Alta el 16 de junio de 1945.

Comienza con síntomas de prostatismo, observándose al examen urogenital que su próstata está aumentada de tamaño en su diámetro vertical, con los caracteres de adenoma. Retención 50 c.c.

Cistoscopia. Se observan celdas y columnas, cuello deformado a 6 horas de forma convexa y planas a las 3 y 9 horas. Presión arterial mx. 15 mm. 9.

Examen panendoscópico: Iguales caracteres que el examen cistoscópico. Azotemia 0.50. Sulfofenol a los 6 minutos. Elimina 65 % a la hora. Orinas limpidas. Densidad 1020. Reacción ácida, cloruros 7, urea 1025. Albúmina vestigios, glucosa no hay. Sedimento, abundantes leucocitos y hematie, cristales de fosfato amónico magnesio. Glucemia 0.88. Apirético durante toda su internación.

28 de mayo de 1945: Tratamiento. Anestesia epidural 20 cc. al 2 % de novocaina. Resectotomía electrotomía de Mac Carthy. Se extirpa lóbulo medio extrayendo unos 15 trozos. Perfecta electrocoagulación. Se coloca sonda Foley.

30 de mayo de 1945: Orinas limpidas.

2 de junio de 1945. Se retira sonda. Micción normal.

10 de junio de 1945: No hay retención.

16 de junio de 1945: No hay retención orinas: limpidas micción normal. Biopsia. Tejido de adenoma. Alta el mismo día.

E. N. S. 60 años. Argentino. Ocupa cama 43. Ingresa el 11 de abril de 1945. Alta el 16 de mayo de 1945.

Ingresa con trastorno de prostatismo. Regular estado general. Pulso mx. 14 mm. 8. Próstata normal. Retención 40 c.c. Cistoscopia. Mucosa normal, celdas y columnas, cuello espesado y levantado en barra. Azotemia 0.25. Sulfofenol a los 5' cantidad 60 %.

Orinas: Diuresis diaria 1500 c.c. Lípidas 1018, ácida, cloruros 7.5. Urea 11.20. albúmina y glucosa no hay. Sedimento células y leucocitos normales. granulaciones de urato de sodio. Reacciones de Wasserman y Kahn negativas.

25 de abril de 1945: Tratamiento. Anestesia raquídea 0.12 de novocaina. Resectotomo electrotomo de Mac Carthy. Se reseca cuello en 2 cms. de ancho y 1 de profundidad. Electrocoagulación. Sonda de Foley.

27 de abril de 1946: Se retira sonda Foley. Orinas algo turbias. Sulfatiazol.

9 de mayo de 1945: Ha mejorado notablemente de sus fenómenos de disuria. Orinas lípidas. Retención 5 c.c.

27 de mayo de 1945. Se da de alta en muy buenas condiciones.

M. K., 37 años. Armenio. Ocupa cama 52. Ingresa el 3 de enero de 1945. Alta: 2 de junio de 1945.

Intervenido de Hidrocele izq. años atrás. Ingresa con trastornos de prostatismos con cho-tro de micción muy fino y sin proyección.

Mal estado general. facies pálidas. desnutrido. mucosas pálidas. lengua saburral. meteo-rismo abdominal intenso. Pupilas regulares con buena reacción. Presión mx. 14 mm. 8. Diuresis 1800 c.c. Pequeño meato uretral (Meatotomía). Próstata normal con surco medio conservado. Retención 60 c.c.

Cistoscopia. Mucosa normal. cuello saliente en el hemicírculo inferior a tipo de barra trans-versal gruesa que se proyecta hacia uretra posterior. Azotemia 0.30. Sulfofenol 7' cantidad 60 %. Cromocistoscopia. Riñón izq. 8'. Riñón der. 6'.

Orina 1400 c.c. turbia 1020. ácida. Urea 12.50. Cloruros 5. Albúmina vestigios; Glu-cosa no hay.

5 de abril de 1945: Tratamiento: Anestesia epidural 20 c.c. de novocaina al 2 %. Resectotomo electrotomo de Mac Carthy. Resección de cuello. Electrocoagulación. Sonda Foley.

7 de abril de 1945: Se retira sonda. Orinas turbias con intenso ardor miccional. Quimio-terapia. Se retira sonda Foley.

20 de abril de 1945: Aunque mejorado de su disuria esta persiste en forma intensiva. Retención 40 c.c.

24 de mayo de 1945: Nueva resección de cuello en forma amplia en sentido transversal y vertical. Hemorragia intensa que obliga a intensificar la electrocoagulación. Sonda Foley.

Los días siguientes a la intervención orinas ligeramente hemáticas retirándose la sonda Foley.

2 de junio de 1945: Alta sin retención.

Posteriormente se presenta al servicio en varias oportunidades como se le había indicado sin acusar mayores molestias.

A. M., 67 años. Turco. Ocupa cama 15. Ingresa 28 de mayo de 1945. Alta: 26 de junio de 1945.

Se presenta con hematuria abundante, espontánea, indolora, que acusa desde hace un mes acompañado de polaquiuria diurna y nocturna, y esfuerzo inicial en la micción y a veces interrupción brusca. Orinas turbias sanguinolentas.

Mal estado general. Piel y mucosas muy pálidas. No hay edemas. Reflejos y pupilas normales. Pulso regular 95'. Presión mx. 12 mm.7.

Se palpa en ambas regiones inguinales y en fosas ilíacas, ganglios duros aislados, indoloros. Próstata aumentada de volumen en forma muy discreta de consistencia aumentada.

Retención 350 c.c.

Cistoscopia con 180 c.c. vejiga con celdas y columnaas en bóveda entrada de un divertículo. Cuello levantado y irregular con formaciones poliposas. Trigono ocupado en toda su extensión con formaciones del mismo tipo. Azotemia 0.64. Glucemia 1.73. Wassermann y Kahn negativa.

Examen Hematológico: Glóbulos rojos 2.270.000. Blancos 9.800. Hemoglobina 45 %. Reacción globular 1 x 28. Neutrófilos 92 %. Linfocitos 6. Monocitos 1. Linfoblastos 1.

Orina 1.600, turbia, ácida, 1020 cloruros 655. Urea 18. Albúmina y Glucosa no hay. Sedimento cédulas planas. Leucocitos granulosos. Glóbulos de pus, hemáticos y urato de sodio.

7 de junio de 1945: Tratamiento: Anestesia epidural. Resectotomo electrotomo de Mac Carthy. Se estirpan los pólipos que obstruyen la vertiente posterior del cuello con el ansa de resección cubriendo la abundante hemorragia con el ansa puntiforme correspondiente hasta llegar a obtener una limpieza en extensión y profundidad. Se coloca sonda de Foley.

16 de junio de 1945: Continúa con la sonda Foley pues la hemorragia aun subsiste por lo que se continúan los lavados vesicales con sustancias hemostáticas. Extracto hepático. Transfusión.

15 de junio de 1945: Se retira sonda Foley. No hay hematuria. Afebril.

25 de junio de 1945: Micciones mejoradas, por lo que se le da de alta a fin de continuar el tratamiento tónico y reconstituyente que se le indica.

N. S., 68 años. Sirio. Ocupa cama 27. Ingresa el 4 de setiembre de 1945. Alta el 9 de junio de 1946. Desde hace un año acusa síntomas de prostatismo por lo que es tallado en el Hospital Sirio Libanés.

Ingresa en regular estado de nutrición. Mucosas algo pálidas. Pulso irregular, aritmico. 90' mx. 17 mm.11. Pulmones con gran cantidad de rales y sibilancias generalizadas en ambas bases.

Al examen urinario nos muestra: Próstata muy aumentada de volumen e irregular, no dolorosa.

Cistoscopia se efectúa cerrando la sonda hipogástrica. Con 100 c.c. nos muestra un cuello deformado convexo irregular.

Mucopús y edema de la mucosa vesical.

Prueba de Volhard. Indica una diferencia de 1002 a 1018 con eliminación en la segunda y tercera media hora de 250 c.c. Cada vez.

Azotemia 0,30. Sulfofenol 7'. Cantidad 68 %. Wassermann y Khan negativas. Orina promedio de diuresis 1500 c.c. Turbia 1015. Ácida. Cloruros 8,30. Urea 15,75. Albúmina y glucosa no hay.

Tratamiento: Anestesia local. Castración bilateral.

12 de abril de 1945: Clínestrol 1 mlgr. diario.

Anestesia Epidural novocaína al 2 % - 20 c.c. Resectotomo electrotomo de Mac Carthy. Se efectúa tunelización amplia a 6 horas en el cuello.

Electrocoagulación. Sonda de Foley.

14 de abril de 1945: Se retira sonda Foley no hay hematuria.

15 de mayo de 1945: En vista que obstruyendo la sonda hipogástrica el enfermo efectúa fácilmente sus micciones, se retira ésta colocando sonda permanente.

30 de mayo de 1945. La herida hipogástrica está cerrada por lo que se retira la sonda permanente.

5 de mayo de 1945: Sus micciones son sin dificultad con orinas limpiadas. Persiste su

mal estado general y acusa frecuentes ataques de asma por lo que se le aconseja el tratamiento correspondiente así también que continúe con la medicación hormonal femenina.

9 de junio de 1945: En las condiciones más arriba especificadas se le solicita su ingreso a un asilo de ancianos.

C. A., 74 años. Italiano. Soltero. Quintero. Ocupa cama 29. Ingresó el 18 de enero de 1944. Continúa en la fecha.

Se inician sus trastornos 6 años antes de su ingreso con síntomas de disuria y polaquiurea. Un año antes de internarse acusa un proceso inflamatorio que se extiende a la región perineoescrotal, abriéndose espontáneamente varias fistulas al exterior.

Entre sus antecedentes acusa blenorragia mal tratada a los 28 años.

Sujeto de regular estado de nutrición. Catarata senil ojo der. Bronquitis crónica. Pulso regular, rítmico. 65' mx. 15 mm. 9.

El examen de la región perineoescrotal nos muestra la presencia de una periuretritis fistulizada que drena abundante pus. La exploración uretral muestra anillos múltiples al N° 12. Próstata normal.

Urograma de excreción. Buena función renal bilateral. Levantamiento del cuello vesical a 6 horas de reloj. Se observa dos divertículos vesiculares.

Azotemia 0.35. Glucemia 1. Sulfofenol aparece a los 8' y elimina el 62% en una hora. Reacción de Wassermann y Kahn negativas.

Orina. Promedio de diuresis 1200 c.c. Turbia 1020. Acida. Cloruros 7. Urea 18. Albúmina y Glucosa no hay. Sedimento. Células epiteliales, cristales de oxalato de calcio. Examen bacteriológico. No hay Koch. Colombino negativo.

Tratamiento: Anestesia local. Talla hipogástrica. Dilatación lenta y progresiva de la uretra. Resección del tumor urinoso fistulizado. Como persistieran y recidivaran los anillos uretrales con suma rapidez se efectúa un meato perineal.

10 de febrero de 195: Anestesia epidural 20 c.c. de novocaina al 2%. Resectotomo electrototomo de Mac Carthy colocado por el meato perineal. Se reseca cuello en un cms. de extensión y en profundidad dando muy poca hemorragia. Electrocoagulación. Sonda de Foley. Se retira la sonda al día siguiente.

10 de abril de 1945: Se efectúa la plástica de la herida hipogástrica que cierra por primera vez.

1 de mayo de 1945: El estado del enfermo es bueno en lo que respecta a las micciones. La herida hipogástrica está cerrada y se ha solicitado su ingreso a un asilo de ancianos.

CONCLUSIONES

Estimamos a pesar de las pocas observaciones que acabamos de presentar, que la resección transuretral es la vía de elección en los diversos procesos del cuello (hipertrofias, y esclerosis, etc.). Siendo superior a la vía alta por ser mínimos los riesgos operatorios.

Que en la hipertrofias de lóbulo medio está indicado este tipo de intervención así como en el cáncer de la próstata inoperables, cuando predominan los fenómenos disuricos.

Que en aquellos enfermos cuyo estado general no es posible efectuar la prostatectomía, está indicado este tipo de intervención.

Por último, estimamos que en las grandes y medianas hipertrofias de próstata, es preferible la intervención radical no solamente por las hemorragias abundantes que pudieran presentarse sino por el peligro de la degeneración neoplásica tan frecuentemente observada en la práctica diaria.

DISCUSION

Dr. Surra Canard. — *En ocasión de la comunicación de los doctores Berri y Ratto, he traído el relato al Congreso Nacional de Medicina que hubo de realizarse en la ciudad de La Plata, Sección Urología, del año 1943. Congreso que no se reunió por circunstancias especiales, y cuyo tema era: "Criterio actual en el tratamiento endoscópico del adenoma de la próstata."*

Cuando escribimos el relato no pretendimos recapacitar todo lo que se había escrito en materia de resecciones endoscópicas porque en el II Congreso Panamericano y I Argentino de Urología, en 1937, entre nosotros, el mismo punto fué el tema oficial y estuvo admirablemente tratado.

En nuestro relato nos extendimos de preferencia al postoperatorio inmediato y tardío por constituir lo primero el fundamento capital del éxito operatorio y lo segundo, la resultante que permite cotejar la resección endoscópica con los demás métodos cruentos.

El postoperatorio inmediato y aparte de la técnica eficientemente realizada durante el acto quirúrgico, debe ser conducido con una severa disciplina que exige para su aplicación un ambiente personal técnico especializado. Es éste justamente el punto que el doctor Berri en su comunicación ha pasado con cierta ligereza. Deseamos insistir sobre ello porque hoy lejos de encarar la resección endoscópica como una técnica fácil y exenta de riesgos, debemos considerarla como más delicada que los procedimientos cruentos que se ejecutan corrientemente justamente por el manejo del enfermo en el postoperatorio. Es así como Barnes en su libro sobre "resección endoscópica", dice que: cuando el enfermo reseado no puede ser atendido por personal especializado y experimentado, debe existir una cartilla en la que se establece las obligaciones del personal que atiende al paciente. Esta cartilla consta de 23 puntos de los cuales, algunos como el punto 4º señala la necesidad de una continua vigilancia.

Por ese motivo, en el relato que hicimos en el año 1943, decíamos, en síntesis: "Que la resección endoscópica en nuestro país está todavía en sus comienzos y que, por lo tanto, es un procedimiento quirúrgico que beneficia a los enfermos cuya condición cuadra dentro de las indicaciones expresadas" (Maraini, Congreso 1937; Castaño y Trabucco, 1940; Pagliere y Schiappa pietra, 1941).

Dr. Berri. — *Nosotros, en lo posible, hemos tratado de preparar con anterioridad a los enfermos. Hemos cuidado el estado vesical: hemos tropezado con el inconveniente de que en los servicios hospitalarios, a veces, es imposible atender a estos enfermos durante las 24 horas que siguen a estas operaciones.*

En algunos casos, es imposible obtener la frecuencia de los lavajes vesicales, porque se retira un personal y viene otro que no está al tanto de las cosas: muchas veces, hemos debido ir a la tarde del día de la operación, a controlar esas cosas. Probablemente, en todos estos casos hemos tenido suerte.

En cuanto a las grandes próstatas, no tengo mayor experiencia; creo que es conveniente limitarse a los pequeños lóbulos medios, que son los casos en que se beneficia más el enfermo.

Dr. Irazu. — *A raíz de una resección endoscópica, tuvimos la oportunidad de observar una incontinencia de orina, que atribuimos al uso de la sonda de Fowley.*

¿El doctor Berri ha observado esa complicación?

Dr. Berri. — *Con el uso de la sonda Fowley no hemos tenido inconveniente alguno. Por su ventaja en la fijación del cuello vesical, por la hemostasia que hace, por la compresión del globo, nos ha parecido excelente. Tan es así, que al día siguiente, algunos enfermos han conseguido eliminar la sonda Fowley espontáneamente, sin hemorragia de ninguna naturaleza.*

A nuestro juicio, esa sonda llena todas las condiciones que se requieren para hacer una resección de cuello, no habiendo tenido con ella, repito, ningún inconveniente.