

# NUEVO METODO DE PROSTATECTOMIA EN CASOS DE HERNIA INGUINAL CONCOMITANTE

y

# COLOSTOMIA TRANSVERSA E IMPLANTACION URE- TERAL BILATERAL EN CASO DE FISTULA COMPLICADA UROGENITAL

Por el Dr. RICARDO ARZE LOUREIRO (de Cochabamba)

(Relato del Dr. RODOLFO I. MATHIS)

El doctor Ricardo Arze Loureiro, de Cochabamba, envía a nuestra Sociedad dos interesantes trabajos:

En el primero, se refiere la observación de un enfermo portador de adenoma prostático en su primer período de evolución, en quien practicó al mismo tiempo una operación radical de hernia por la misma incisión inguinoabdominal. La intervención fué seguida de éxito, y el enfermo fué dado de alta curado, a los 22 días de la operación.

El autor, que denomina original el método seguido, yo agregaría excepcional, se pregunta al final de su trabajo, si es posible realizar estas dos intervenciones concomitantemente, respondiendo por la afirmativa, y proponiéndola para esos enfermos en buenas condiciones físicas, en quienes el factor tiempo es muy importante por razones económicosociales.

El problema que plantea la existencia relativamente frecuente de adenoma de próstata y hernia, ya que tan a menudo uno condiciona a la otra, ha sido resuelto en distintas formas. Lo importante es no desconocer la existencia de una uropatía obstructiva, cuando existe una hernia, ya que el fracaso de la operación radical sería su consecuencia. En general, el criterio imperante es

curar la uropatía obstructiva antes de tratar la hernia. En nuestro medio, el doctor Gerardo Vilar ha insistido sobre los buenos resultados que se obtienen con el tratamiento primero de la hernia, mientras se prepara meticulosamente al enfermo con sonda permanente, cuando es menester, etc., para ser sometido muy luego a la adenomectomía en un segundo tiempo; así se procede en general en su servicio del Hospital Fernández, con excelentes resultados.

Este criterio, algo en pugna con la conducta anterior, permitiría ahorrar tiempo, pues se aprovecha la preparación del prostático, serviría de índice de

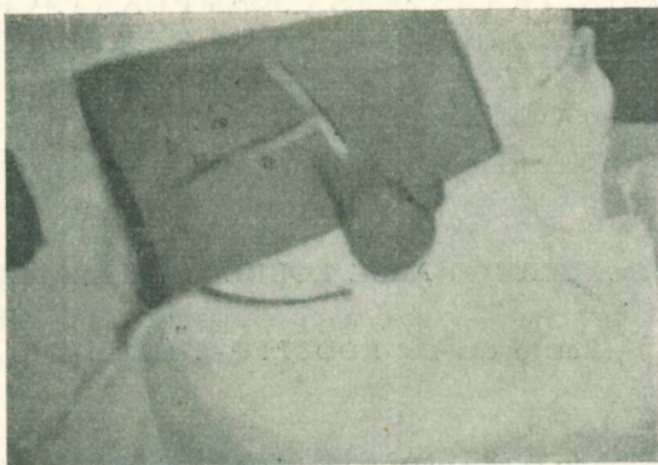


Figura 1

tolerancia quirúrgica, permite hacer la ligadura del deferente preventiva de orquitis, y sobre todo, se efectúa la intervención radical de la hernia en un medio de asepsia completa, pues está demostrado que la adenomectomía, intervención siempre séptica, va seguida de cierta infección de los tejidos perivesicales, lo que haría menos segura la intervención de celiorrafia.

La manera de proceder del autor, tiene que ser del todo excepcional: si bien esta observación demuestra su practicabilidad, en mi opinión, asociar una intervención que debe ser practicada con el mayor rigorismo de asepsia como es la reparación de una hernia, con otra intervención que siempre es séptica, la adenomectomía, por mayores que sean las precauciones a tomar, hace muy dudoso la posibilidad de un buen resultado.

Los riesgos a que se somete a un enfermo siguiendo estas directivas, no compensan a mi entender, los beneficios que se obtienen casi exclusivamente en el factor tiempo. No obstante felicitamos al autor por el buen éxito obtenido, aunque personalmente no lo recomendamos.

En cuanto al segundo trabajo, refiere la conducta seguida en un caso indudablemente de difícil solución.

Se trata de una enferma portadora de una verdadera cloaca, por doble fístula vésigovaginoanal, con incontinencia total de materias fecales y orina,



Figura 1

Se observa las neobocas; y ausencia del intertrigo en la zona perineal y cara interna de los muslos.

con todas las consecuencias físicas y morales de esta invalidez, secuela de un parto distócico.

El autor resuelve el problema con una serie de intervenciones:

1º Derivación de materias por colostomía transversa a lo Devine, intervención popularizada entre nosotros por la escuela de Finochietto.

En la misma sesión operatoria talla hipogástrica y reparación de la fístula véscovaginal.

En una segunda sesión se trata de fístula rectovaginal; la reparación de ambas fístulas no se logró sino en parte, pues sólo se consiguió disminuir el diámetro de las comunicaciones.

Después de un lapso de tiempo de más de tres años en estas condiciones, la enferma se decide a aceptar el plan operatorio que consiste en la implantación de ambos uréteres en el intestino excluido, en una sola sesión. El éxito coronó esta última intervención, haciéndose continente la neovejiga, y quedando la enferma con su ano transverso definitivo, que sobrelleva desde entonces con buena tolerancia.

Comprendemos que el caso que plantea esta enferma, es de los más com-

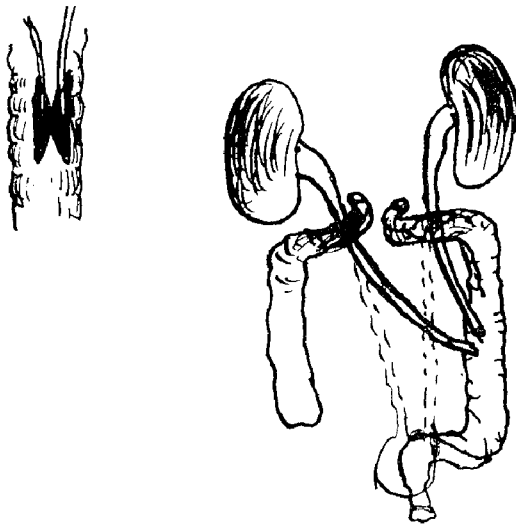


Figura 2

plejos y ha dado lugar a múltiples soluciones, demostración que ninguna satisface plenamente. Felicitamos al Dr. Arze Loureiro por el buen éxito obtenido dentro de lo que permitía la afección a tratar.

No obstante, no comprendemos bien cómo esta enferma, que queda con una fístula rectovaginal residual consigue después de una semana retener la orina en este intestino excluido. De cualquier manera lo lógico era presumir que esta solución no era factible por la persistencia de esta fístula, no debiendo contar con una readaptación funcional, de todo punto excepcional.

No acompañamos al autor en la primera de sus conclusiones. La vida de un enfermo portador de urétero-intestino anastomosis es siempre imposible de prever. La dilatación de las vías urinarias altas y la infección, son corolarios imposibles de evitar en este momento, a pesar de las ventajas de la exclusión

intestinal, tan bien analizadas en el reciente estudio del Dr. Triana de Bogotá en su comunicación a la Academia de Cirugía.

En cambio sí nos adherimos a la practicabilidad de la anastomosis en un solo tiempo de los dos lados, por una sola incisión, aunque nosotros somos partidarios de hacerlo en tiempos sucesivos para mayor seguridad, y sobre todo para poder efectuar la anastomosis a la manera II de Coffey, cuyo sistema valvular nos da más garantía de evitar el reflujo.

Queremos recordar que en un caso semejante el Dr. Pedro O. Bolo, entre nosotros, en el año 1928, efectuó la operación entrevista por Verhoogen en 1908, y practicada por Makkas con éxito en 1910.

Consiste en la exclusión del ciego, últimos centímetros del ileon, y parte del ascendente, abocando el apéndice a la pared, introduciendo en su luz una sonda permanente a la manera de uretra. En tiempos sucesivos hizo el abocamiento de los uréteres al ileon excluido. Consiguió así una neovejiga que permitió una sobrevida muy llevadera a la enferma, de más de 15 años.

Sin embargo, entre nosotros, algunos cirujanos con buena experiencia ginecológica, han obtenido éxitos, en casos muy complejos con intervenciones plásticas por vía vaginal, consiguiendo la curación de las enfermas en forma absoluta, lo cual hace pensar en la posibilidad de haber insistido, intentando esa cirugía más reparadora. (Véase Pavlovsky Alejandro. Cirugía Especializada. Ed. El Ateneo, 1941, pág. 45, en este caso.)

Propongo se le agradezca al Dr. Arze Leureiro su valiosa colaboración y se publiquen íntegramente sus trabajos en nuestra revista.

#### DISCUSIÓN

Sr. Presidente Dr. Rubi. — *Queda abierta la discusión en los trabajos iniciados por el doctor Arce Loureiro.*

Dr. Schiappapietra. — *Con respecto al primero de los trabajos leídos, participo por completo de las consideraciones formuladas por el relator, doctor Mathis. Si se puede realizar en un tiempo, hay que considerar como excepcional el resultado obtenido en una operación de prostatectomía y de hernia inguinal, por la misma vía.*

*Cuanto mayor es la hernia, nosotros tenemos mayor motivo para efectuar la operación de la hernia en el tiempo preoperatorio.*

Dr. Bernardi. — *Por mi parte, desearía preguntarle al relator, doctor Mathis, si en la intervención se realizan una o dos incisiones.*

Dr. Mathis. — *En esa parte, dice el doctor Arze Loureiro en su comunicación, que practica una incisión oblicua ínguinoabdominal del lado correspondiente. Verdaderamente, esto no está muy claro. En el trabajo hay adjunta una fotografía, poco visible, que se puede proyectar.*