

PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA EXTRAVESICAL. CURACION DE TERENCE MILLIN

Por los Dres. ENRIQUE CASTAÑO y ARTURO B. ORTIZ

La adenomectomía según la técnica de Freyer ha sido considerada siempre como la menos quirúrgica de las intervenciones urológicas. La enucleación digital ciega, la introducción de los dedos en el recto, hacen imperfecta la asepsia del campo operatorio y del cirujano; el taponamiento de la loge y el drenaje suprapúbica dejan expedita las vías a la infección a la par que acarrearán incómodos pos-operatorios (contracciones vesicales, etc.).

Las intervenciones a cielo abierto, permiten la enucleación sin recurrir al dedo rectal, facilitan la hemostasia porque todos sus tiempos se realizan bajo el control de la vista y si agregamos a ello que con sutura de la loge o de sus bordes, con las llamadas gasas reabsorbibles y las sondas uretrales tipo Foley se ejerce una firme acción hemostática que imponen en múltiples ocasiones el cierre "per primam"; nos encausamos así dentro de los cánones que deben regir toda intervención quirúrgica.

La ruta perineal; de técnica reglada y perfecta, requiere largo aprendizaje; más, a pesar de todo y en las manos más hábiles suelen quedar trastornos temporarios o definitivos que inciden en el aspecto social de los pacientes, creando al cirujano enojosas situaciones (Incontinencias, fístulas, impotencias, etc.).

La vía retropública extravésical propuesta por Terence Millin, hace suyos los principios de estos dos últimos procedimientos: técnica y control de hemorragia; es al decir al autor "la prostatectomía perineal realizada lejos del recto, del esfínter estriado y de los conductos eyaculadores "y que tiene la ventaja de su sencillez pues solo requiere la prolijidad del cirujano.

Antecedentes. No vamos a hacer la descripción detallada de todos los intentos de abordaje semejantes; solo diremos que, desde 1909 hasta 1937 Von Stockum, Mäier, Jacob y Casper, Hinman, Uteau y Leroy etc. propusieron in-

tervenciones más o menos similares; más por la falta de observaciones algunas veces y los fracasos en otras fueron relegados al olvido.

Es pues a Millin a quien corresponde sin duda la originalidad del procedimiento, su meticulosa investigación previa, permitiéndole llevarlo a la práctica, y en la fecha de su primera comunicación presentaba 26 observaciones personales.

Principios. El autor enuncia los principios básicos siguientes para fortalecer el valor de su técnica.

- 1º Procedimiento extravesical, evitando el drenaje suprapúblico.
- 2º Aplicable a todos los tipos de obstrucción.
- 3º Operación corta y libre de shocks.
- 4º Operación anatómica, sin interferencias de órganos importantes que pudieran ser dañados.
- 5º Mortalidad baja.
- 6º Post operatorio sencillo para el paciente y los encargados de su cuidado.
- 7º Remoción total del elemento obstructivo, obviando riesgos de obstrucción intercurrente.
- 8º Corta internación; rara vez más de dos semanas.

Selección de los casos. Para Millin es aplicable a todos los casos de obstrucción, más reconoce las ventajas de la resección endoscópica en la esclerosis de cuello.

Cibert, Perrin y Collenet han usado el procedimiento en 5 infectados y lo creen factible, aun en los casos en que la Freyer o la resección endoscópica están contraindicados.

Michon habiendo seguido en su servicio dos casos operados por el mismo autor de la técnica, (uno de ellos gran distendido con azohemia elevada tratado con sonda uretral a permanencia) manifiesta que los post-operatorios fueron de extrema simplicidad.

Esto lo indujo a practicarlo en enfermos que no hubieran admitido la Freyer en un tiempo y que sin embargo los post-operatorios fueron benignos.

En nuestro servicio practicamos esta técnica desde hace poco tiempo y en los casos no complicados de litiasis vesical múltiple, divertículos ó papilomas; seleccionamos los casos con el criterio con que se deciden en todas partes las operaciones en un tiempo, en cuanto a los infectados que forman legión entre la clientela hospitalaria ya no contraindican el procedimiento, merced a los poderosos antibióticos con que contamos en la actualidad.

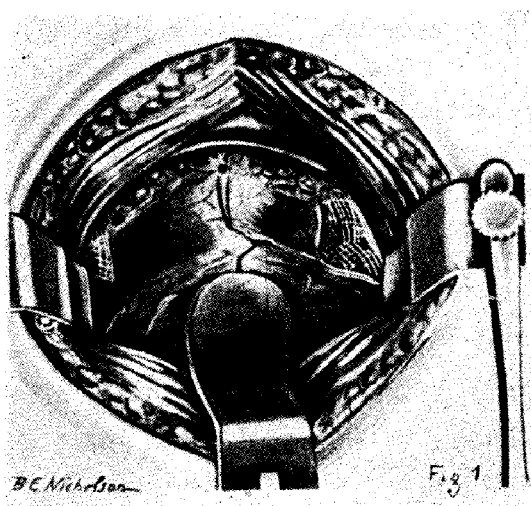


FIGURA 1.

Cara anterior de la región vesicoprostática mostrando alguna de las venas que la surcan. (Según Millin)



FIGURA 2.

Incisión de las cápsulas a bisturí. (Según Millin).

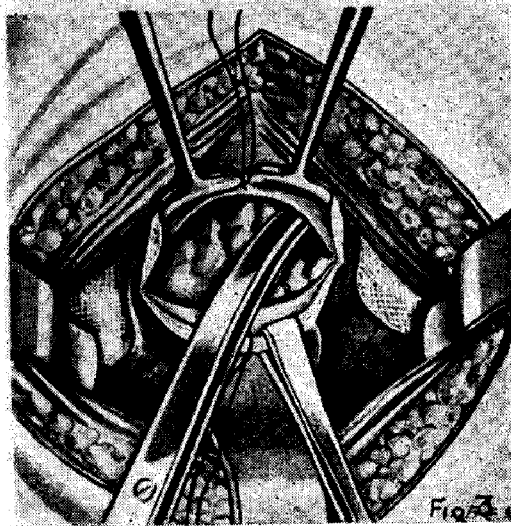


FIGURA 3.
Liberación del adenoma. (Según Millin).



FIGURA 4.
Lóbulos del adenoma enucleados, antes de la sección a nivel del
cuello vesical. (Según Millin)



FIGURA 5.
Control de la lodge. (Según Millin)



FIGURA 6.
Colección de la sonda en vejiga. (Según Millin)

Técnica. Previo estudio, investigación de los test funcionales corrientes, sometemos al enfermo a un preoperatorio a base de sueros y penicilina 48 horas antes de la intervención. La sonda permanente se puede omitir en los casos ideales.

Practicamos siempre un lavado antiséptico de uretra y vejiga antes de transportar al enfermo a la mesa de operaciones.

Anestesia. Usamos anestesia raquídea con soluciones hipovaras según la

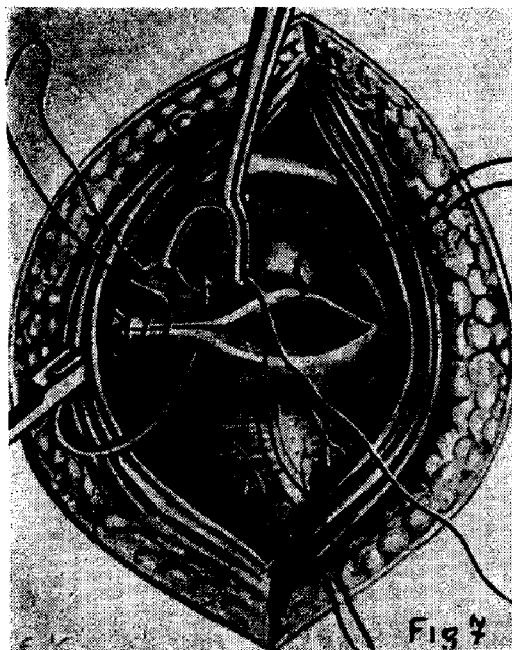


FIGURA 7.

Sutura de la incisión. (Según Millin)

técnica de Howard Jones que nos permite por su prolongada duración la minuciosidad en todos los tiempos de la intervención. Cuando ella es impracticable recurrimos al éter, etc.

Operación. 1º Insición mediana infraumbilical de 10 cms. de longitud; piel tejido celular y aponeurosis.

2º Separación de los rectos y liberación de la vejiga a través del espacio prevesical hasta el sitio de abordaje marcado por los ligamentos pubovesicales.

3º Insición trasversal a bisturí eléctrico que partiendo a 1 cm. por abajo

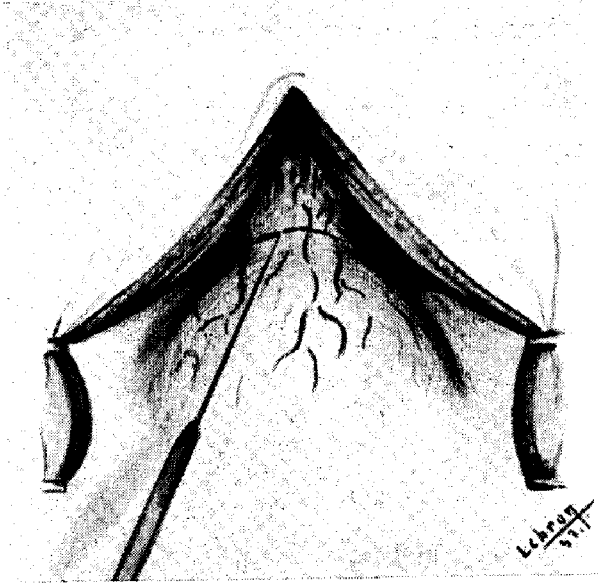


FIGURA 1.

Vista panorámica de la región vesicoprostática, señalando la línea de incisión que se hace con bisturí eléctrico.
(Técnica usada en el Servicio)

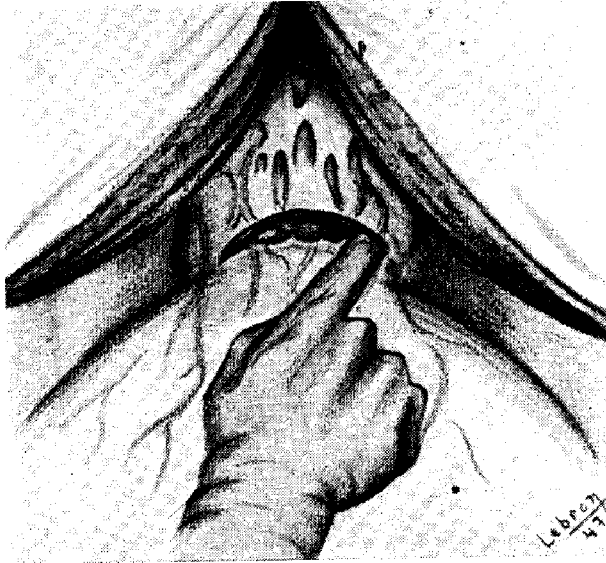


FIGURA 2.

Enucleación digital del adenoma.
(Técnica usada en el Servicio)

del límite vesicoprostático describe una curva ligeramente convexa hacia abajo y que comprende la fascia prevesical y la cápsula propia de la próstata, electrocoagulación directa o sobre pinzas de los vasos sangrantes.

Esta insición debe ser suficiente para permitir la perfecta enucleación del

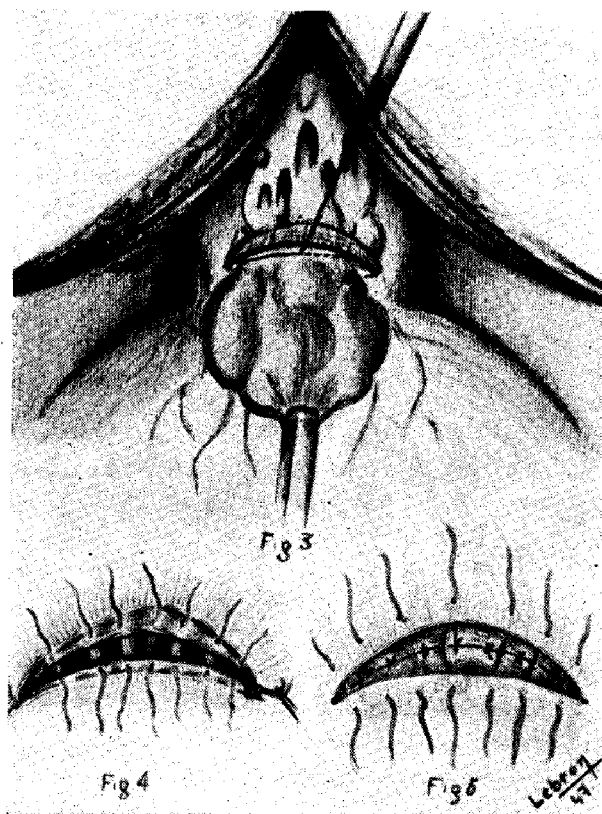


FIG. 3. — Enucleado y basculado, el adenoma es liberado a nivel del cuello vesical a bisturí eléctrico o a tijeras.

FIG. 4. — Colocada la sonda se practica el primer plano de sutura perforante interno.

FIG. 5. — Segundo plano de sutura de la insición.
(Técnica usada en el Servicio)

adenoma y control hemostático y lo más económica posible para facilitar el cierre hermético ulterior de la sutura.

4º Se incinde siguiendo la misma dirección en ligera V invertida la falsa cápsula prostática la que se reclina y se procede a la remoción del tejido adeno-

matoso por sus caras laterales y posterior con tijeras romas largas o digitalmente (no fué necesario el dedo vector intrarectal).

5º Insición de la uretra distal y basculación de la próstata fuera de la insición, traccionada con pinzas largas; esta maniobra permite su liberación final y sección a bisturí eléctrico a nivel del cuello.

6º Hemostasia de los vasos que sangran principalmente a nivel de las zonas laterales del cuello.

7º Introducción de la sonda uretral la que es llevada hasta la vejiga. Nosotros hemos utilizado las sondas Foley Nº 24 ó 26, sin globo neumático la que permite la irrigación continua en ciertos casos.

8º Sutura de la pared anterior de la uretra en dos planos con catgut crómico 0 y 1 respectivamente.

9º Toilet de la región, espolvoreándola con sulfanilamida, se deja drenaje de Rubber y cierre de la pared por planos.

Post-operatorio. Desostruida la sonda, aspirados los pequeños coágulos que se forman, se reintegra el enfermo al lecho, continuando con la penicilinas y tónicos cardiacos de al menra habitual.

Practicamos lavajes antisépticos diarios; se retira el drenaje a los 4 ó 6 días y la sonda entre los 10 a 12 días si el estado de la herida operatoria, (filtraciones, etc.), lo permite.

OBSERVACIONES

1º Obs. H. CLCCCXXVIII - 17 c. 27. — R. P. 60 años. Antecedentes de disuria, polaquiuria y retención. Al ingreso retención completa, orinas turbias y mal olientes. Diág.: Adenoma de próstata. Pruebas funcionales normales.

Operación: Adenomectomia. Técnica de Millin, anestesia raquídea, técnica de Howar Jones.

Pos-operatorio a los 4 días se sale la sonda, el enfermo orina espontáneamente, no hay escape suprapúblico, se coloca nuevamente la sonda sin dificultad. Se retira la sonda definitivamente a los 20 días.

2º Obs. H. C. CCCXXXIV-7 c. 48. — J. M. 53 años. Antecedentes, disuria, polaquiuria, hematuria y retención completa. Al ingresar no hay micción espontánea, distendido, orinas turbias. Diág.: A. de P. Pruebas funcionales normales, operación. Adenomectomia. Téc. de Millin anestesia raquídea, téc. de H. J.

Post-operatorio, normal. Se obstruye la sonda, a los 5 días es cambiada por la guardia, se retira a los 20 días.

3º Obs. H. C. CCCXXV-12 C. 24. — P. L. 59 años. Antecedentes de disuria, polaquiuria. Ingresar con retención aguda, orinas claras. Diág.: A. de P. Pruebas funcionales normales.

Operación: Adenomectomia. Téc. de Millin anestesia etérea.

Post-operatorio: Simple, se retira la sonda a los 17 días.

4º Obs. H.C. CCCXXXVII-1 C. 26. — M. T., 54 años. Antecedentes de disuria, polaquiuria y retención aguda. Al ingreso, polaquiuria diurna y nocturna, disuria franca, orinas turbias, ret. 200 grs. Diág. A. de P. Pruebas funcionales normales.

Operación: Adenomectomía. Téc. de Millin, anestesia etérea.

Post-operatorio: Normal, se sale la sonda, a los 5 días se coloca nuevamente, sin dificultad se retira definitivamente a los 10 días.

5º Obs. H.C. CCCXXXVI- C. 54. — A. P., 70 años. Antecedentes de disuria, polaquiuria, retenciones episódicas y hematurias. Al ingreso distendido 800 grs., orinas turbias, Diág.: A. de P. Se instituye tratamiento previo hasta llegar a pruebas funcionales suficientes.

Operación: Adenomectomía. Téc. de Millin, anestesia raquídea, téc. de H. J.

Pos-operatorio: A los 6 días proceso periuretral flemonoso, cistosomía e incisión del flemon, fallece 20 días después.

6º Obs. Enfermo de la clientela privada del Dr. Carreño, J. A., 61 años. — Antecedentes de disuria y polaquiuria intensa, orinas límpidas. Ret. 50 grs. Diág.: A. de P. gran lóbulo medio. Pruebas funcionales normales.

Operación: Adenomectomía. Téc. de Millin, anestesia raquídea, téc. de H. J.

Pos-operatorio: Simple se retira la sonda a los 11 días.

7º H.C. CCCXXXVIII-22 C. 25. — D. C., 84 años. Antecedentes, hemiplejía izq.: hace 8 años. Polaquiuria diurna y nocturna. Ingresos con retención completa; distendido, orinas claras. Diág.: A. de P. Pruebas funcionales normales.

Operación: Adenomectomía. Téc. de Millin, anestesia raquídea, téc. de H. J.

Pos-operatorio: Simple, se cambia la sonda a los 5 días y se retira a los 10 definitivamente.

8º Obs. H.C. CCCXXXVIII-23 C. 29. — D. P. 63 años. Antecedentes de disuria, polaquiuria y retenciones episódicas, al ingreso. Retención completa crónica, orinas turbias. Diág.: A. de P. Pruebas funcionales normales.

Operación: Adenomectomía. Téc. de Millin. Anestesia raquídea, téc. de H. J.

Pos-operatorio: Normal, se retira la sonda a los 8 días.

9º Obs. H. C. CCCXXXVIII-5 C. 12. — A. A., 77 años. Antecedentes, hematurias a repetición disuria. Al ingreso: orinas claras, no hay retención. Diág.: A. de P. Pruebas funcionales normales.

Operación: Adenomectomía. Téc. de Millin, anestesia raquídea, téc. de H. J.

Pos-operatorio: Siete días perfecto, al 8º ligera pérdida de orina por hipogastrio e infección del Retzius. Al los 12 días entró en normalidad, se retira la sonda a los 20 días.

10º Obs. H.C. CCCXXXIX-19 C. 43. — 2C. S., 64 años. Antecedentes disuria acentuada, hematurias. Ingresos en disuria y polaquiuria acentuadas; retención de 50 grs., orinas turbias. Diág.: de A. de P. Pequeño cálculo vesical. Pruebas funcionales normales.

Operación: Adenomectomía. Téc. de Millin, Anestesia raquídea, novocaína 12 cms.

Pos-operatorio: Normal, hasta el momento lleva 8 días de operado.

CONCLUSIONES

No hemos tenido que lamentar hemorragias inmediatas o secundarias, las orinas sanguinolentas no van más allá de las 48 horas.

Postoperatorios de tranquilidad realmente seductora; salvo algunos casos ligeras distensiones abdominales que desaparecen a la medicación.

Las infecciones del Reitzius han sido mínimas. Hemos tenido un caso desgraciado, flemón periuretral que obligó a la cistostomía e insición del absceso falleciendo el enfermo algunos días después.

En las primeras intervenciones practicábamos ririgaciones continuas con soluciones débiles de argirol que abandonamos por no creerlas necesarias.

Los escapes de orina por le hipogastrio han sido raros, fácilmente controladas con la prolongación dela sonda permanente.

No hemos observado incontinencias.

Para terminar repetimos: La prostatectomía suprapúbica extravesical según técnica de Millin constituye un procedimiento de indudable valor por su sencillez, su técnica reglada, los postoperatorios confortables y libres de shocks.

Sobre los resultados alejados nada podemos decir todavía; posteriores observaciones dirán si el autor y con él los que adoptamos con entusiasmo el procedimiento estábamos en la verdad.

BIBLIOGRAFIA

- Terence Millin.* — Retropubic Prostatectomy a new extravesical technique. *The Lancet*, Dec. 1945, p. 693.
- Cibert, J.; Millin, T.* — Prostatectomie retropubienne una nouvelle technique extravesicale. *J. d' U. y T.* 53, 1, 2 y 3, 1946-47, p. 82.
- Couvelaire, R.* — Note preliminaire sur la technique e les indications de l'adenomectomie prostatique pour voie retropubienne extravesicale (op. de T. Millin) *J. d' U. T.* 53; 4, 5 y 6, 1946-47, p. 98.
- Terence Millin.* — Retropubic Prostatectomy. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, T. 39, 1946, p. 327.
- Gouverner et Pierre Aboulker.* — Reflections sur la prostatectomie extravesicale retropubienne de T. Millin, *J. d' U., T.* 53-4, 5 y 6; 1946-47, p. 105.
- Cibert, J.; Perrin, J. et Collenet, J.* — La prostatectomie de Millin chez les infectes. *J. d' U., T.* 53, 7, 1946-47, p. 257.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *Nosotros hemos hecho en el Hospital Alvear seis intervenciones de Millin y las hemos realizado porque lo hemos visto a él hacer esa operación.*

Realmente, es de una técnica simple y ejecutada bajo el control absoluto de la vista en todas sus etapas. Se ven sangrar los vasos dentro de la cápsula, muchas veces de gran calibre, dando un gran trabajo el cohibir la hemorragia.

Los resultados en los dos primeros casos fueron sumamente satisfactorios: después de una evolución de siete días, al noveno ya caminaban estos enfermos.

En cambio, el tercero tuvo incontinencia, lo que ya no nos pareció muy agradable. En el cuarto y quinto caso, los resultados también fueron muy buenos y en el sexto, se estableció una fístula suprapúbica que nos está dando aun gran trabajo para terminar con ella. Ya lleva quince días de tratamiento y todavía no hemos podido curarla.

Considero de gran interés la intervención de Terence Millin. Como toda nueva intervención, tiene sus grandes partidarios y sus acérrimos detractores.

En la última reunión que se realizó en Buffalo, Estados Unidos, los urólogos estaban divididos en dos grupos: los que estaban en favor de su práctica y los que abogaban por su no realización. Ambos grupos daban argumentos de valor para abonar sus tesis.

Estamos, pues, en presencia de una nueva técnica como la perineal, que todos hemos practicado, con gran éxito en algunas ocasiones, no siendo tan satisfactorios sus resultados en otras, lo que nos obligó a abandonarla para seguir con la vieja y honrada prostatectomía transvesical suprapúbica, que nos da todas las garantías necesarias, sin que sea indispensable tapón. Controlada la hemorragia, bien hecha la hemostasia y cerrada o no por prima la pared vesical, a los doce días, el enfermo se levanta, y a los quince, abandona el lecho y la clínica.

De manera que como hecho es muy interesante la experiencia que nos traen los doctores Castaño y Ortiz. Con ese procedimiento, es más difícil la ocurrencia del shock, que con la suprapúbica, pero hoy en día, con los medios de que se dispone para tratar el postoperatorio de un enfermo, el shock pasa a un plano muy inferior.

Por otra parte, la intervención suprapúbica hoy se lleva a cabo en un solo tiempo. El procedimiento de Millin puede ser una técnica más. El tiempo nos dirá sus resultados en la práctica, pero no debemos olvidar por el momento, a la suprapúbica, que está dando grandes éxitos con escasas complicaciones. Siguiendo la vía suprapúbica, son verdaderamente excepcionales los casos de incontinencia que se observan.

En cambio, sobre seis casos, he tenido una incontinencia. Quizá se trate de mala técnica, pero en el Congreso realizado en Estados Unidos, se ha hablado mucho de incontinencia, en un promedio que si bien no se puede calificar de alarmante, sí podemos considerarlo significativo, ya que sobre 40 enfermos se han tenido 4 incontinencias. Por otra parte, con la suprapúbica, no se tiene sino un porcentaje de 0,10 ó 0,15 de incontinencia.

Por lo expuesto, creo que la suprapúbica aun ha de mantener el cetro en cuanto a prostatectomía se refiere.

Dr. Ortiz. — Nosotros, en los primeros casos, practicábamos siempre una sutura en bloque, con lo que hemos tenido que lamentar algunas pérdidas de

orina por la herida hipogástrica. Desde que practicamos la técnica en dos planos, haciendo sutura perforante, todas las heridas han cerrado por prima.

Por otra parte, no hemos tenido oportunidad de observar casos de incontinencia. Posiblemente, exista una ligera micción imperiosa en las primeras micciones del enfermo, pero luego, se restablece inmediatamente.

Creo que esta operación es excelente, por cuanto ella tiene la ventaja de que respeta toda la integridad anatómica del cuello de la vejiga, principalmente del músculo, que no se toca.

Nunca hemos visto grandes hemorragias, en estas intervenciones, como lo señala el doctor Trabucco, al extremo que no hemos hecho hemostasias muy prolijas. En algunas ocasiones, la misma sutura hermética impidió la continuación de la hemorragia.

Sin pretender quitarle méritos a la suprapúbica en un tiempo, considero que esta operación es digna de ser tenida en cuenta.

Es por ello, que al final de nuestro trabajo solicitamos a los urólogos aquí presentes, que la practiquen para que, dentro de un tiempo, podamos controlar sus resultados.