

# ADENOMA DE 230 GRAMOS OPERADO CON EL PROCEDIMIENTO DE MILLIN

## NUESTRA EXPERIENCIA

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y JUAN CARLOS CHIOZZI

A raíz de las publicaciones de Millin sobre su brillante intervención y el entusiasmo que despertó en la Escuela Francesa, tan adicta al método de Fuller-Freyer, así como el trabajo del Profesor Enrique Castaño en colaboración con el Dr. Ortiz, presentado a las jornadas Urológicas realizadas en Córdoba el año pasado, decidimos realizar nuestra propia experiencia, con el objeto de conocer una nueva técnica quirúrgica y comprobar sus elogiosos resultados. Debemos agregar como premisa que esos conceptos se confirmaron ampliamente en casi todos nuestros operados. Seremos breves en nuestra exposición, por estimar que la técnica es suficientemente conocida por todos los colegas, habiendo merecido sus detalles preferente atención en el mencionado trabajo del Profesor Castaño y el Dr. Ortiz.

En la lectura de los primeros trabajos sobre el Millin, pensamos que la manualidad resultaría difícil por el reducido espacio que ofrecía el Retzius; sin embargo, a poco de realizado el procedimiento nos convencimos de nuestro error: el retropubis, especialmente en los enfermos delgados y con un *ligero* Trendelenburg presenta un campo relativamente más amplio de lo que se supone, para trabajar con comodidad.

El secreto está en: a) levantar bien el fondo del saco peritoneal; b) absoluta vacuidad vesical; c) separar ampliamente la próstata de los tejidos vecinos como aconseja el autor y d) hacer, como dijimos un *ligero* Trendelenburg, porque de lo contrario, cuando es pronunciado el pubis se interpone ocultando el campo operatorio como bien lo sostiene Convelaire.

En cuanto a la técnica debemos manifestar que no disponemos en la actualidad de los conocidos separadores de Legueu, Harris, Rebaudi o Millin.

ni de la aguja boomerang de Young, ni de pinzas especiales para los bordes de la incisión prostática como sugiere el autor, aunque a bien creemos que con cierta práctica en la cirugía urológica es posible realizarla con el instrumental común descripto.

Queremos sin embargo, destacar el valor de la introducción del dedo en el recto por un 2º ayudante, según el consejo de Convelaire: la próstata se expone de esta manera considerablemente a la mano del operador y constituye un buen punto de reparo para el clivaje del adenoma.

Nuestra modesta experiencia concuerda por otra parte con la mayoría de los autores franceses especialmente. Uncliou, quien en la reunión realizada en la Sociedad de Urología del 17 de febrero de 1947, después de haber intervenido 40 casos, afirma que en la actualidad, practica el Freyer por excepción y solamente en los cistostomomizados y en los obesos. Su estadística acusó: 1 muerte; 2 fístula hipogástrica, 1 de las cuales curó espontáneamente con sonda uretral y 2 hemorragias secundarias que obligaron a realizar la talla.

Cibert, en la misma sesión declaró haber practicado 91 Millin, considerándolo como el método de elección, porque "tiene la evolución de una resección endoscópica y los resultados de una prostatectomía".

Convelaire, por su parte, se muestra decidido partidario del procedimiento, después de haberle practicado en 40 enfermos, con 4 hemorragias secundarias, de las cuales solamente 1 requirió una transfusión, sin ninguna muerte en todos los operados.

En cuanto a Millin los resultados son sencillamente brillantes, según la estadística aparecida en su libro titulado "Retropublic Urinary Surgery", conocido por casi todos los colegas, por lo que no abundaremos en su descripción, concretándonos solamente a mencionar algunas cifras aparecidas en el mismo.

— Hemorragias . . . . .	1
— Pielonefritis ascendente . . . . .	3
— Infección de la herida . . . . .	5
— Incontinencia persistente . . . . .	1
— Embolia pulmonar . . . . .	1
— Obstrucción post-operatoria . . . . .	5
— Neuritis del obturador . . . . .	3

Los autores argentinos mencionados llegan a conclusiones similares, en

su interesante trabajo, después de haber practicado el procedimiento de Millin en 10 enfermos. Según sus resultados la sonda uretral fué retirada.

— En 2 enfermos a los 8 días.

— En 2 enfermos a los 10 días.

— En 1 enfermo a los 11 días.

— En 1 enfermo a los 17 días.

— En 3 enfermos a los 20 días.

— 1 falleció a los 20 días por un flegmón difuso periuretral.

Los doctores Castaño y Ortiz llegan a la siguiente conclusión "la prostactomía suprapúbica extravescical según técnica de Millin, constituye un procedimiento de indudable valor por su sencillez, su técnica reglada y los post-operatorios confortables y libres de shocks".

Por nuestra parte practicamos el procedimiento en 12 casos con los siguientes resultados:

— En 7 se retiró la sonda a los 7 días.

— En 2 días se retiró la sonda a los 12 días.

— En 1 por infección del Retzius a los 18 días.

— En 1 a los 25 por hematoma infectado por Retzius.

— 1 falleció a los 20 días a raíz de una tromboflebitis derecha que se complicó de una embolia pulmonar fatal.

Como prueba presentamos 2 de nuestros enfermos con sus uretrocistografías post-operatorias, operados con este procedimiento a quienes se les extrajo la sonda a *los 7 días*, sin haber tenido ningún inconveniente posterior hasta la fecha (1  $\frac{1}{2}$  y 2 meses de la intervención).

El caso, motivo de esta comunicación corresponde a G. D. de 72 años de edad, portador de un adenoma de 230 gr. extraído sin inconvenientes por este procedimiento a través de una incisión prostática no mayor de 4 cm. El examen realizado en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Fiorito N° 9.992, dice: "pieza de 230 gr. de peso, adenoma prostático".

En conclusión, diremos que el procedimiento ofrece sobre los conocidos hasta ahora, las siguientes ventajas:

1°) Fácil abordaje de la glándula en casi todos los casos.

2°) Hemostasia prácticamente perfecta por la completa visualización de la loge.

El dedo en el recto del 2° ayudante, facilita extraordinariamente el desprendimiento del adenoma y el examen de la cavidad resultante.

3º) Sonda a bequille común, *sin necesidad de realizar taponaje hemostático.*

4º) Extracción de la sonda entre el 4º y 7º día (nosotros hasta el 7º), con excelente resultado funcional.

Si bien por inexperiencia con el método no cumplimos estrictamente con las indicaciones de Millin a propósito del tratamiento de la loge al colocar en 1 caso una sonda de Foley, en otros 2, un pequeño tapón por el gran tamaño de la misma y otros 2 oxícel para la prevención de alguna hemorragia, la evolución fué en todos los pacientes satisfactoria a pesar del ambiente relativamente séptico en que operamos provisoriamente hasta la terminación de nuestro nuevo Servicio.

Consideramos después de nuestra reducida práctica, confirmatoria por otra parte, de la extensa experiencia realizada por otros autores, que el procedimiento de Millin significa una verdadera adquisición de la cirugía urológica, debiendo considerárselo como el *método de elección en la mayoría de los casos.*

A continuación presentaremos 2 enfermos y algunas uretrografías post-operatorias.

#### DISCUSIÓN

Dr. Pujol. — *Le pediría al doctor Bernardi que nos especificara si los 12 enfermos operados eran todos individuos con orinas limpidas o infectadas.*

Dr. Bernardi. — *Algunos estaban infectados.*

Dr. Pujol. — *¿La evolución fué igual?*

Dr. Bernardi. — *Absolutamente igual. Utilizamos el procedimiento de Terence Millin; colocamos la sonda, lavamos con cierto cuidado, le hicimos penicilina desde dos o tres días antes. Las orinas así se limpian rápidamente y los enfermos pueden ser operados sin inconveniente alguno. Además, seguimos dando penicilina durante tres o cuatro días, cada 3 horas 30.000 unidades, para evitar de ese modo la infección del retro-pubis, que siempre es de temer y en segundo lugar, dado el ambiente séptico en que intervenimos.*

*Si bien los pacientes que supuraron lo hicieron intensamente, no cabe duda alguna que la penicilina es un gran coadyuvante.*

*Estamos ampliamente satisfechos con la utilización de este procedimiento. Después de haber practicado los otros procedimientos, entiendo que éste es el que debe preferirse. Hay un gran control de la "loge", de la hemorragia. • El post-operatorio de los pacientes es tranquilo y creo que los hemos practicado en suturas de la "loge", muy poco podemos hablar de enfermos a los que se le retira la sonda a los siete días. El caso en el que retiramos la sonda más rápidamente fué de 15 días a contar de la intervención. Casi todos los casos pasan de la quincena y algunos llegan hasta el mes.*