

Tema Oficial.

## NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES OBSTRUCTIVAS DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO DE VEJIGA

Por el Prof. ENRIQUE CASTAÑO y Dr. ARTURO B. ORTIZ

Traemos a estas jornadas urológicas, nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de las afecciones obstructivas de uretra posterior y cuello de vejiga a través de casi una década en el servicio de la Cátedra de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

No vamos a tratar aquí las afecciones de carácter inflamatorio agudo, capaces de producir fenómenos obstructivos reversibles, sino abordar el problema quirúrgico de las entidades nosológicas que actúan como productoras de trastornos en la fisio-dinámica de los órganos excretores y secretores de la orina; no sólo por bloqueo directo de la corriente urinaria vesico-uretral, sino por su gravitación sobre el músculo de cuello vesical, hipertonia con esclerosis final que es la causa predominante en las disfunciones totales, cuya repercusión sobre el organismo en general, es bien conocida.

No pretendemos aportar nada nuevo, sino contribuir al tema, mostrando la conducta que seguimos con el estudio previo pre y post-operatorio, intervención quirúrgica de elección según las afecciones, sus estadios, sus complicaciones y afecciones concomitantes en procura de post-operatorios benignos.

Vamos a referirnos pues: 1° al adenoma de próstata; 2° a la esclerosis de cuello vesical; 3° a los tumores malignos de la próstata.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ADENOMA DE PROSTATA

Como dijimos ya, pasaremos por alto los fenómenos congestivos de la primera fase del prostático, ellos caen en el dominio del tratamiento médico u hormonal, para tratar aquellos de sintomatología obstructiva progresiva y que han de ser resueltos por la vía quirúrgica cualquiera sea el período de su evolución.

Todos estos enfermos por su fragilidad a los agentes infecciosos son tratados como infectados.

*Estudio previo:* Como es corriente en la práctica, hacemos el dosaje de urea en suero, claro plasmático y globular, reserva alcalina, glicemia. Como prueba funcional nos basta los datos aportados por la P. S. P. y a veces el clearing ureico. Es indispensable siempre el índice de coagulación y sangría lo mismo que la determinación del grupo sanguíneo.

*Pre-operatorio:* Equilibramos al enfermo con sonda permanente y sueros hipertónicos. Practicamos lavajes vesicales antisépticos, y cuarenta y ocho horas antes de intervenir recurrimos a la penicilinoterapia como medida profiláctica. Los desequilibrios ostensibles y las infecciones de cierto grado nos obligan a prolongar este período todo el tiempo necesario.

*Anestesia:* Ella está condicionada al estado funcional renal, del sistema cardío-vascular o taras orgánicas sobreagregadas; pero mientras sea posible, recurrimos en la actualidad a las anestias raquídeas y entre ellas, las hechas con soluciones hipóbaras según la técnica de Howar-Jones que nos ha brindado hasta ahora muchas satisfacciones. Un goteo intravenoso con suero fisiológico o glucosado isotónico nos permite mantener a los enfermos alejados de fenómenos hipotensivos molestos.

*Elección de tratamiento quirúrgico:* Depende de varios factores: a) Resultados de las pruebas de laboratorio repetidas. b) Edad y estado general de los enfermos. c) Tamaño y lugar hacia el cual se desarrolla el adenoma. d) Complicaciones y afecciones concomitantes.

a) Los exámenes de laboratorio nos permiten elegir entre las técnicas en uno o dos tiempos, las tallas temporarias o definitivas, las resecciones endoscópicas y las ligaduras de deferentes con el aditamento de las sondas a permanencia. La técnica de Millin es la que nos ha permitido operar en una sola sesión enfermos con funciones límites y con un margen amplio de seguridad.

b) La edad no contraindica en la actualidad las intervenciones en un tiempo, cuando los test funcionales y el estado general del paciente lo permite, más en los enfermos de magras condiciones orgánicas debemos buscar en los otros procedimientos la solución temporaria o definitiva; talla, resección endoscópica o ligadura de deferentes. No olvidemos tampoco que la talla es una intervención de mortalidad elevada requiriendo siempre un tratamiento previo prolongado. Los segundos tiempos los hemos practicado últimamente en algunos enfermos por la vía retropúbica de Millin con facilidad y excelente resultado.

c) El tamaño y lugar hacia el cual se desarrolla la neo formación nos permite elegir las siguientes vías de abordaje:

1º) Los adenomas pequeños, lóbulos medios y laterales chicos, son reseca- dos casi exclusivamente por vía endoscópica con el aparato de Stern Mac Carthy a corte eléctrico; 2º) los medianos y grandes que hacen prociencia hacia la pared anterior de la uretra posterior y vejiga, o hacia el recto son extirpados en nuestro servicio por la técnica de Terence Millin.

d) Las complicaciones y afecciones concomitantes vesico-prostáticas son del dominio de la vía transvesical ya sea para tratar un divertículo o una lesión productiva. En cuanto a estas últimas su carácter maligno diagnosticado previamente nos hará variar radicalmente la técnica de acuerdo a su situación hasta llegar a la derivación uretro-intestinal tipo Coffey con prostatocistectomía total.

La litiasis vesical y prostática sin infecciones son resueltas directamente por el procedimiento de Millin. En cuanto a los adenomas degenerados son estudiados al tratar el cáncer de próstata adonde nos remitimos.

*Post-operatorio:* La medicación es casi idéntica al pre-operatorio, sueros glucoclorurados iso e hipertónico, penicilina, agregando los tónicos cardíacos y coagulantes (preferimos el Botropase) y transfusiones cuando el caso lo requiera. El retiro de la sonda depende del procedimiento empleado y del estado de la herida operatoria. La intervención de Millin reduce los post-operatorios en forma notable.

#### ADENOMA DE PROSTATA

Año 1940. Se internaron	103	Adenomas de Próstata
Se operaron	7	Freyer en un tiempo, sin defunciones
„ „	30	Freyer en dos tiempos, sin defunciones
„ „	23	Tallas vesicales, con 5 defunciones
„ „	5	2º tiempo, sin defunciones
„ „	13	Resecciones endoscópicas, con 1 defunción
„ „	2	Tallas y resecciones endoscópicas, sin defunciones
„ „	9	Ligaduras deferentes, sin defunción
		<hr/>
Total	89	operados, con 9 defunciones
Año 1941. Se internaron	97	Adenomas de Próstata
Se operaron	15	Freyer en 1 tiempo, con 4 defunciones
„ „	30	Freyer en 2 tiempos, con 4 defunciones
„ „	12	tallas vesicales, con 2 defunciones
„ „	3	segundos tiempos, sin defunciones
„ „	7	resecciones endosc., sin defunciones
„ „	1	talla y res. endosc., sin defunciones
„ „	6	lig. deferentes, sin defunciones
„ „	3	próst. perineales, con 1 defunción
		<hr/>
Total	77	operados, con 11 defunciones

Año 1942.	Se internaron 119 adenomas de próstatas
	Se operaron 17 Freyer en un tiempo, con 1 defunción
.. ..	41 Freyer en 2 tiempos, sin defunciones
.. ..	18 tallas vesicales, con 2 defunciones
.. ..	2 segundos tiempos, con 1 defunción
.. ..	9 res. endosc., sin defunciones
.. ..	5 lig. deferentes, sin defunciones
	<hr/>
	Total 92 operados, con 4 defunciones
Año 1943.	Se internaron 128 adenomas de próstatas
	Se operaron 27 Freyer en un tiempo, con 4 defunciones
.. ..	33 Freyer en dos tiempos, con 7 defunciones
.. ..	20 tallas vesicales, con 2 defunciones
.. ..	1 segundo tiempo, sin defunciones
.. ..	7 resec. endosc., sin defunciones
.. ..	1 talla y resec. endosc., sin defunciones
.. ..	11 ligaduras deferentes, sin defunciones
	<hr/>
	Total 100 operaciones, con 13 defunciones
Año 1944.	Se internaron 117 adenomas de próstata
	Se operaron 25 Freyer en un tiempo, con 3 defunciones
.. ..	31 Freyer en dos tiempos, con 6 defunciones
.. ..	17 tallas vesicales, con 3 defunciones
.. ..	2 segundos tiempos, con 1 defunción
.. ..	15 res. endosc., con 1 defunción
.. ..	2 prostatectomías perineales, sin defunción
.. ..	8 ligaduras deferentes, con 1 defunción
	<hr/>
	Total 100 operados, con 15 defunciones
Año 1945.	Se internaron 145 adenomas de próstata
	Se operaron 30 Freyer en un tiempo, con 2 defunciones
.. ..	32 Freyer en dos tiempos, con 5 defunciones
.. ..	28 tallas vesicales, con 6 defunciones
.. ..	4 segundos tiempos, con 1 defunción
.. ..	18 res. endosc., con 3 defunciones
.. ..	7 prost. perineales, con 1 defunción
.. ..	4 ligaduras deferentes, sin defunciones
	<hr/>
	Total 123 operados, con 18 defunciones

Año 1946. Se internaron 144 adenomas de próstata

Se operaron	37	Freyer en un tiempo, con 3 defunciones
.. ..	36	Freyer en dos tiempos, con 2 defunciones
.. ..	19	tallas vesicales, con 3 defunciones
.. ..	3	segundos tiempos, sin defunciones
.. ..	5	res. endosc., sin defunciones
.. ..	3	prost. perineales, con 1 defunción
.. ..	9	ligaduras deferentes, sin defunciones
<hr/>		
Total	112	operaciones, con 9 defunciones

Año 1947. Se internaron 142 adenomas de próstata

Se operaron	14	Prostatectomías a lo Millin, con 1 defunción
.. ..	31	Freyer en un tiempo, con 2 defunciones
.. ..	31	Freyer en dos tiempos, con 3 defunciones
.. ..	14	tallas vesicales, con 6 defunciones
.. ..	9	segundos tiempos, sin defunciones
.. ..	19	res. endosc., sin defunciones
.. ..	11	ligaduras deferentes, sin defunciones
<hr/>		
Total	129	operados, con 12 defunciones

Año 1948. Se internaron 146 adenomas de próstata

Se operaron	67	prostatectomías a lo Millin, con 3 defunciones
.. ..	14	Freyer en un tiempo, con 1 defunción
.. ..	12	Freyer en dos tiempos, con 1 defunción
.. ..	11	tallas vesicales, con 4 defunciones
.. ..	3	segundos tiempos, sin defunciones
.. ..	2	Millin en segundo tiempo, sin defunciones
.. ..	17	res. endosc. sin defunciones
.. ..	1	prost. perineal, con 1 defunción
.. ..	7	ligaduras deferentes, sin defunciones
<hr/>		
Total	134	operados, con 10 defunciones

Desde que comenzamos en nuestro Servicio a practicar la técnica de Terence Millin han sido hechas 81 prostatectomías por este procedimiento; el término medio del post-operatorio ha sido de 14 días; no hemos observado

hemorragias en el acto operatorio ni secundariamente, las fístulas hipogástricas que se observaron en algunos enfermos han cerrado espontáneamente; hemos tenido 4 defunciones por flemón periuretral, neumonía e insuficiencia cardíaca, colapso y anuria respectivamente. Las pequeñas incontinencias observadas cedieron espontáneamente a la aplicación de corriente farádica.

A estos casos debemos agregar 19 casos de la clientela privada. Aquí podemos observar la bondad del procedimiento, no hemos observado complicaciones de ninguna naturaleza, la sonda uretral fué retirada entre los 5 y 8 días en todos los casos; salvo uno en que fué necesario mantenerla 14 días, tratábase de un adenoma muy infectado, no hemos lamentado ninguna muerte.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CUELLO VESICAL

Es bien sabido que el cuello vesical debe ser considerado como entidad anatómica y fisiológica, tiene por lo tanto su patología propia y la que le aportan los órganos vecinos, próstata y trigono vesical, que al efectuar su estructura íntima perturba su mecanismo erigiéndolo como un factor obstructivo de gran categoría dentro de la patología urinaria.

Aquí tampoco tratamos las formas hipertónicas simples, congénitas o adheridas, lesiones que dependen en la generalidad de los casos de alteraciones nerviosas centrales o periféricas, ya viniendo desde el claustro materno, o por irritaciones del simpático visceral, presacro o retro-vesical por procesos inflamatorios y que desaparecen con el agente causal.

Sólo tiene importancia desde el punto de vista quirúrgico: a) las esclerosis congénitas; b) las esclerosis adquiridas; c) las válvulas uretrales.

a) Las esclerosis congénitas, segundo estadio de las hipertonías prolongadas o agencias del cuello por anomalías o infecciones intrauterinas.

b) Las esclerosis adquiridas por procesos inflamatorios que se localizan en el labio inferior del cuello vesical, secuela de procesos agudos anteriores (prostatitis, vesiculitis, cavernosis prostática) de carácter irreversible y sintomatología obstructiva acentuada.

c) Las llamadas válvulas uretrales descriptas por Cambell y Mercier que son en realidad las riendas posterior y laterales del veru-montanun en estado de hipertonia o esclerosis.

Estas tres categorías de afección de cuello deben ser tratadas por la resección endoscópica, ella deja expedita la vía a la evacuación urinaria con un mínimo de traumatismo. Reservamos la vía alta para aquellos enfermos sin calibre uretral (anomalías congénitas) o para tratar lesiones concomitantes.

Los tumores benignos de cuello (mioma, fibroma) son resueltos en idéntica forma.

En cuanto a las formaciones epiteliales benignas o malignas de cuello serán tratados por las vías apropiadas según el caso clínico.

La enfermedad de cuello vesical de la mujer con cuadro sintomatológico idéntico a la afección en el hombre, tiene lógicamente el mismo tratamiento, la resección endoscópica.

#### ENFERMEDAD DE CUELLO VESICAL

Año 1940.	Se internaron	14	enfermedades de cuello vesical
	.. operaron	12	resecciones endosc. con 1 defunción
	.. ..	1	ligadura deferente, sin defunción
Año 1941.	Se internaron	7	enfermedades de cuello vesical
	.. operaron	5	resec. endosc. sin defunciones
Año 1942.	Se internaron	5	enfermedades de cuello vesical
	.. operaron	4	res. endos. sin defunciones
Año 1943.	Se internaron	14	enfermedades de cuello vesical
	.. operaron	9	resec. endosc., con 1 defunción
	.. ..	2	talla vesical, sin defunción
	.. ..	1	ligadura deferente, sin defunción
Año 1944.	Se internaron	18	enfermedades de cuello vesical
	.. operaron	13	resec. endosc., con 3 defunciones
	.. ..	1	talla vesical, sin defunción
Año 1945.	Se internaron	3	enfermedades vesicales
	.. operaron	3	resecciones endosc., sin defunción
Año 1946.	Se internaron	11	enfermedades del cuello vesical
	.. operaron	9	resec. endosc., sin defunciones
	.. ..	1	talla y res. de cuello, sin defunción
Año 1947.	Se internaron	14	enfermedades de cuello vesical
	.. operaron	11	resec. endosc., sin defunción
	.. ..	1	talla ves. y res. de cuello, sin defun.
Año 1948.	Se internaron	19	enfermedades de cuello vesical
	.. operaron	17	res. endosc., sin defunción

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE PROSTATA

A los efectos de encausar la descripción del tratamiento, englobaremos al tumor maligno primitivo de la próstata y al adenocarcinoma, bajo la denominación corriente del cáncer de la próstata. En cuanto al sarcoma está fuera del alcance de todo recurso terapéutico por su evolución rápida y de extrema malignidad.

La conducta a seguir frente al cáncer de la próstata comprende: a) El estudio previo. b) El tratamiento hormonal. c) La conducta quirúrgica.

a) Al estudio previo común a las afecciones obstructivas ya mencionadas en la parte concerniente al adenoma, hay que agregar una prueba fundamental

cuyo valor diagnóstico y de control terapéutico es innegable; nos referimos al dosaje de la fosfatasa ácida.

Normalmente por el método de Gutman y Gutman, único método en uso por la sensibilidad del sustrato que emplean (monofenilfosfodisódica) las cifras límites son de 1 a 4 % expresada en miligramos de fenol.

Es bien sabido que el cáncer de la próstata y sus metástasis a distancia (hueso y partes blandas), presentan una actividad fosfatasa ácida aumentada. Cuando se instituyen estrógenos, las tasas elevadas suelen caer después de la segunda semana y después de la primera semana en los orquidectomizados.

b) El tratamiento hormonal comprende: La administración por vía oral o la implantación subcutánea de estrógenos a altas dosis: 30, 40, 50 o más miligramos diarios, según la tolerancia del enfermo. Aparte de la probable acción preventiva de metástasis produce sobre la neo formación una involución que suele facilitar la intervención radical.

c) En cuanto a la conducta quirúrgica, la podemos dividir en: 1) castración; 2) cirugía radical; 3) cirugía paliativa:

1) La castración obra sobre la neoplasia por extirpación de las fuentes androgénicas, a semejanza de la estrogénoterapia; sobre las metástasis y sobre el tumor en sí.

2) La cirugía radical depende de varios factores: naturaleza del cáncer y extensión del mismo. En el adenocarcinoma que no ha pasado los límites de su cápsula, la vía extravesical y retropúbica de Millin nos seduce, recordaremos de paso, que muchos adenomas extirpados tienen ya en su interior atipias celulares, cuando no verdaderos procesos degenerativos en evolución.

La vía perineal es la más indicada en los procesos que requieren una exéresis total.

3) En cuanto a la cirugía paliativa queda reservada a aquellos casos inoperables, con fenómenos obstructivos francos, e irreductibles, en donde sólo vamos a combatir el síntoma en sí, sea, ya por la resección endoscópica o la derivación hipogástrica, dejando librado el tumor a su propia evolución y el enfermo a su angustioso cuadro final.

#### CANCER DE PROSTATA

Año 1940.	Se internaron	12	cáncer de próstata
	„ operaron	5	tallas
	„ „	1	ligadura de deferentes
Año 1941.	Se internaron	6	cáncer de próstata
	„ operaron	1	talla vesical, sin defunción
	„ „	1	resec. endosc. y castración, sin defunción



Año 1942.	Se internaron	12	cáncer de próstata
	„ operaron	6	tallas vesicales, sin defunción
	„ „	1	res. endosc. y castración, sin defunc.
	„ „	1	res. endosc. sin defunción
	„ „	2	castración, sin defunción
Año 1943.	Se internaron	12	cáncer de próstata
	„ operaron	1	res. endosc. y castración, sin defunc.
	„ „	7	castraciones, con 1 defunción
	„ „	1	talla y res. endosc., con 1 defunción
Año 1944.	Se internaron	16	ne de próstata
	„ operaron	1	res. endosc. y castración
	„ „	7	castraciones, con 1 defunción
	„ „	4	tallas, con 2 defunciones
Año 1945.	Se internaron	13	cáncer de próstata
	„ operaron	3	castraciones, con 1 defunción
	„ „	3	tallas, con 1 defunción
	„ „	1	prostatectomía radical
Año 1946.	Se internaron	12	cáncer de próstata
	„ operaron	3	tallas vesicales, sin defunción
	„ „	3	tallas y castración, sin defunción
	„ „	1	res. endosc., sin defunción
	„ „	1	castración, sin defunción
	„ „	1	prostatectomía radical, sin defunc.
Año 1947.	Se internaron	11	cáncer de próstata
	„ operaron	4	castraciones, sin defunción
	„ „	1	castración y talla, con 1 defunción
	„ „	3	res. endosc. y castración
Año 1948.	Se internaron	18	cáncer de próstata
	„ operaron	11	castraciones, con 1 defunción
	„ „	2	res. endosc. y castración, sin defunc.