

Tema Oficial.

PROSTATECTOMIA EN UN TIEMPO CON SUTURA DE LA LOGE NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL

Por el Dr. HECTOR HUGO NOVILLO

INTRODUCCION

Desde la publicación de la técnica de Harris Harry sobre la prostatectomía con sutura de la Loge, hasta nuestros días, las modificaciones introducidas en la misma han permitido llegar a conclusiones que autorizan a hablar de ellas con suficiente experiencia.

Dicha técnica modificada por el Dr. Víctor Gorla y llevada a cabo en nuestro medio nos ha deparado la satisfacción de ejecutar una operación que permite un control ajustado sobre la complicación tan común como arriesgada cual es la hemorragia postoperatoria. Ejecutando esta operación en un tiempo, hemos conseguido reducir el acto quirúrgico en su tiempo de evolución.

Nuestra experiencia lograda con enfermos —la mayor parte del medio hospitalario— no han sido de casos seleccionados para la aplicación de dicho procedimiento. Se trata en su mayoría de enfermos con retención completa, o incompleta de orinas, con cistitis agudas o crónicas, las cuales se trataron en su mayoría con lavajes de nitrato de plata y sonda permanente.

Técnica operatoria.

El instrumental especializado se redujo a la aguja de Bumerang y al portahilos, instrumentos ambos conocidos en los servicios de cirugía de la especialidad, razón por la cual omitimos su descripción: el separador vesical de Enrique Finochietto, con el cual reemplazamos al separador de Harris, el que permite una visualización de la Loge prostática especialmente en enfermos de abundante panículo adiposo y vientre grande.

Previo lavado vesical, y llenando la misma con solución acuosa de Guillot soluble colocamos una sonda Nelaton calibre 18-20 fijada permanentemente, llevamos entonces al enfermo a la mesa de operaciones.

Incisión: Mediana, infraumbilical, de 6 a 8 centímetros, inmediatamente por encima del pubis, se aborda la vejiga y replegando el fondo del saco peritoneal, abrimos la misma evacuando su contenido por la sonda uretral o con aspirador.

Prostatectomía: Previa a toda maniobra digital, hacemos generalmente una incisión vertical de la mucosa que recubre el adenoma a fin de obtener

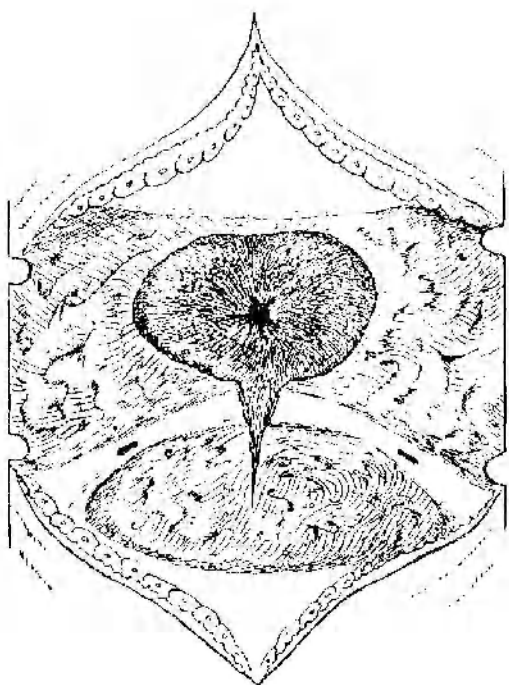


Figura 1
Prostatectomía y sección del trigono.

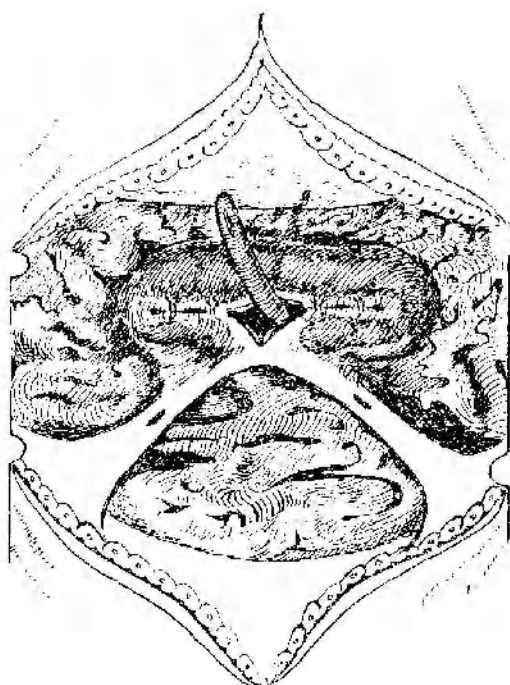


Figura 2
Sutura terminada de la loge.

sin dificultad el plano de clivaje. Se efectúa luego la extracción del mismo con ayuda de dos dedos introducidos en el recto, taponando luego momentáneamente con gasa la cavidad prostática.

Visualización de la loge prostática y sección del trigono: Previa cambio de delantal y guantes colocamos el separador vesical de Finochietto y extrayendo las gasas introducidas previamente en la loge, visualizamos el trigono y con la ayuda de un bisturí de mango largo hacemos la sección del mismo en su línea media originando la formación de dos lengüetas trigonales.

Sutura de la loge: Visualizando los meatos ureterales, iniciamos la sutura de la loge con los puntos hemostáticos, los cuales se efectúan en el extremo lateral de los bordes de la misma realizándolos en su mayor profundidad y empleando catgut común cromado N° 2. Por lo general, hacemos un punto en cada borde lateral obteniendo una hemostasia casi completa. A continuación, hacemos los puntos de aproximación utilizando para ello las dos lengüetas originadas de la sección del triángulo, para lo cual pinzamos previamente las mismas afin de obtener una visualización perfecta. Este punto toma en todo su espesor la pared vesical en el labio anterior de la loge, de modo tal que al ajustar el mismo ambas lengüetas desplazándose a la profundidad van a tapizar el piso de la loge desapareciendo toda superficie cruenta. Como decíamos, la hemostasia con los puntos hemostáticos es casi completa, quedando, sin embargo, la posibilidad de efectuar uno o más por fuera de los anteriores en caso que hubiere necesidad.

Cierre vesical: Una vez terminada la sutura, iniciamos el cierre de vejiga suturando la misma en dos planos con catgut fino, colocando la sonda autoestática de Goría y drenaje prevesical de goma.

Postoperatorio.

Trasladado el enfermo a la cama, colocamos un tubo con intermediario de vidrio, unido al pabellón de la sonda de Pezzer. Efectuamos una transfusión de sangre de 250 c.c., más o menos, la cual varía según la hemorragia producida en el acto quirúrgico. Efectuamos lavados vesicales con soluciones antisépticas, preferentemente con Guillot soluble.

Por lo general, nuestros enfermos presentaron orinas sanguinolentas durante los tres primeros días, las cuales fueron aclarándose gradualmente, para aclararse completamente a partir del cuarto día. A los cinco o seis días de la operación colocamos una sonda uretral, preferentemente Nélaton N° 20, retirando la sonda autoestática y fijándola a permanencia, controlando su funcionamiento con lavajes vesicales, dejando la uretral hasta el cierre definitivo de la fístula hipogástrica.

A excepción de un solo caso de hemorragia postoperatoria —a consecuencia de haberse soltado uno de uno de los puntos hemostáticos—, no hemos tenido complicaciones de este carácter en todos los casos operados, siendo en general la evolución de los mismos una duración que oscila entre 15 y 25 días. Creemos, sin embargo, que esta evolución podría reducirse, si se tiene en cuenta que nuestra experiencia hasta el presente no comprende sino un número limitado de casos.

RESUMEN DE NUESTRA CASUÍSTICA

Nº 1.—S. S. 61 años, casado, agricultor.

Antecedentes personales: Niega venéreas; hace tres meses, parcia en miembro superior e inferior derecho que curó sin tratamiento, atribuyéndolo actualmente a un espasmo vascular. Desde hace varios años, ardores vesicales y orinas turbias, polaquiuria y disuria.

Estado actual: Aparato circulatorio y respiratorio, normal. Abdomen, globo vesical grande, doloroso, renitente. Próstata: grande; deformada, superficie rugosa, consistencia normal. Orinas: turbias, con retención completa.

Operado el 17/III/1948; dado de alta el 20/IV/1948.

Nº 2.—T. N. 58 años, argentino, casado, jornalero.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Empieza hace un mes con ardores, polaquiuria y hematuria, síntomas que se acentúan hasta que por una hemorragia vesical se produce una retención completa de orinas.

Estado actual: Estado general discreto, orinas turbias sanguinolentas, Próstata: grande, aumentada de tamaño, forma conservada, consistencia aumentada. Cistoscopia: adenoma de próstata, cistitis crónica.

Operado el 10/XI/1947; dado de alta el 22/XII/1947.

Nº 3.—L. P. 62 años, argentino, soltero, jornalero.

Antecedentes personales: Niega venéreas; hace dos años retención aguda de orina que cede con sondaje; hace un año, orquitis, enfermedad por la cual se internó en este Servicio.

Enfermedad actual: Empieza hace un mes con disuria y orinas turbias, síntomas que se acentúan llevándolo a una retención completa.

Estado actual: Estado general bueno. Aparato circulatorio y respiratorio, normal. Próstata: grande, lisa, deformada, consistencia conservada.

Operado el 19/XII/1947; alta el 15/I/1948.

Nº 4.—J. Á. 52 años, árabe, casado, comerciante.

Antecedentes personales: Hace varios años, retención aguda de orinas. Niega venéreas.

Enfermedad actual: Hace un año le fué practicada una talla hipogástrica por adenoma de próstata.

Estado actual: Estado general bueno; aparato circulatorio y respiratorio, normal. Abdomen blando, depresible, fístula hipogástrica postoperatoria con sonda de Pezzer permanente.

Operado el 5/VI/1947; alta el 30/VI/1947.

Nº 5.—D. C. 59 años, argentino, labrador.

Antecedentes personales: Desde hace varios años sufre de hemorroides y desde hace tres meses dificultad para orinar. Se interna para un tratamiento de hemorroides en Sala de cirugía, pasando luego a nuestro Servicio con el siguiente estado:

Estado actual: Próstata, grande, lisa, indolora. Polaquiuria, disuria.

Operado el 18/II/1948; alta el 10/III/1948.

Nº 6.—P. C. 73 años, argentino, empleado.

Antecedentes personales: Paludismo en su juventud. Hace diez días retención aguda de orina. Evacua sus orinas por sonda.

Estado actual: Aparato circulatorio: estrechez mitral, tensión 14-7. Abdomen blando, depresible, tumor vesical doloroso, renitente.

Operado el 8/IX/1948. Este enfermo hace un cuadro de insuficiencia renal a los días de ser operado, falleciendo de uremia doce días después de la operación.

Nº 7. — J. L. 61 años, argentino, labrador.

Antecedentes personales: Niega venéreas. Hace un año retención completa de orina. Internado en nuestro Servicio, es dado de alta mejorado. Gastritis crónica.

Enfermedad actual: Desde hace quince días dificultad para orinar. Polaquiuria, disuria. Orinas turbias. Próstata grande, lisa, deformada, indolora.

Operado el 9/VIII/1948, es dado de alta el 24/VIII/1948.

Nº 8. — J. E. R. 66 años, argentino, soltero, agricultor.

Antecedentes personales: No recuerda enfermedad alguna anterior.

Enfermedad actual: Desde hace tres meses, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, orinas turbias. Próstata grande, lisa, indolora, consistencia aumentada.

Operado el 14/V/1948; alta el 20/VI/1948.

Nº 9. — A. A. 89 años, soltero.

Antecedentes personales: Paludismo en su juventud. Pretritis aguda que curó con lavajes y sellos. Hace 5 años, reumatismo articular.

Enfermedad actual: Desde hace un mes retención completa de orina, internándose en nuestro servicio.

Estado actual: Aparato circulatorio y respiratorio, normal. Abdomen blando, depresible. Globo vesical renitente doloroso. Próstata: grande, lisa, consistencia aumentada.

Operado el 12/VIII/1948; alta el 20/IX/1948.

Nº 10. — C. C. 75 años, argentino, jornalero.

Antecedentes personales: Uretritis aguda en su juventud. Hace un año disuria y retención completa de orina que mejora con sonda permanente.

Enfermedad actual: Desde hace tres días retención completa de orina.

Estado actual: Aparato circulatorio y respiratorio, normal. Próstata grande, lisa, indolora. Globo vesical doloroso renitente.

Operando el 16/XII/1946. A las 48 horas, este enfermo fallece al hacer una insuficiencia cardíaca aguda.

Nº 11. — V. Z. 59 años, casado, argentino, empleado.

Antecedentes personales: Paludismo crónico. Niega venéreas. Desde hace varios años, nicturia.

Enfermedad actual: Desde hace 48 horas, retención completa de orina.

Estado actual: Abdomen globo vesical doloroso. Aparato circulatorio, respiratorio normal. Próstata grande, aumentada de tamaño, indolora.

Operado el 11/VII/1947; alta el 6/VIII/1947.

Nº 12. — E. C. 63 años, casado, argentino.

Antecedentes personales: Uretritis aguda en su juventud. Desde hace 3 años, polaquiuria, nicturia, síntomas que se acentúan últimamente.

Enfermedad actual: Retención completa de orina.

Estado actual: Abdomen, tumor vesical renitente doloroso. Evacúa orina por sonda. Próstata grande, lisa, indolora.

Operado el 11/VI/1948; alta el 7/VII/1948.

Nº 13º — J. A. M. 63 años, argentino, casado.

Antecedentes personales: Hace 5 años retención completa de orina, la que se repite periódicamente.

Enfermedad actual: Retención completa de orinas turbias. Próstata agrandada, lisa, indolora. Reingresa a nuestro servicio con iguales síntomas.

Operado el 5/VII/1948; alta el 11/VIII/1948.

Nº 14. — A. R. 69 años, argentino, casado.

Antecedentes personales: Uretritis a los veinte años; paludismo crónico. Hace tres meses, disuria y polaquiuria. Retención completa de orinas.

Enfermedad actual: Retención completa, evacúa orinas por sonda. Próstata grande, lisa, aumentada de tamaño y consistencia indolora. Orinas turbia, retención 300 cm³.

Operado el 31/V/1948; alta el 2/VII/1948.

Nº 15. — J. M. C. 70 años, argentino, casado.

Antecedentes personales: Uretritis en su juventud. A los 30 años, insuficiencia cardíaca. Estrechez uretral. Hace tres meses, flemón urinoso.

Enfermedad actual: Desde hace tres días, retención completa de orinas. Próstata grande, lisa, indolora.

Operado el 23/VIII/1948; alta el 23/IX/1948.

Nº 16. — A. V. 67 años, argentino, casado.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Polaquiuria, disuria. Retención incompleta de 150 cm³.

Estado actual: Próstata grande, lisa, indolora, forma conservada.

Operado el 8/IX/1948; alta el 7/X/1948.

Nº 17. — A. R. 61 años, argentino, casado.

Antecedentes personales: Reumatismo crónico; paludismo en su juventud.

Enfermedad actual: Desde hace seis meses, retención incompleta de orinas, polaquiuria y disuria.

Estado actual: Desde hace seis meses, retención incompleta de orinas, polaquiuria y disuria.

Estado actual: Próstata grande, lisa, indolora; aparatos circulatorio y respiratorio normal. Orinas turbias, con retención incompleta de 250 cm.

Operado el 20/IV/1948; alta el 20/V/1948.

Nº 18. — Z. M. 60 años, argentino, constructor.

Antecedentes personales: Uretritis en su juventud, que trató con lavajes y sellos.

Enfermedad actual: Desde hace cinco días, retención aguda de orinas. Estrechez uretral discreta, orinas turbias.

Estado actual: Estado general discreto; próstata grande, lisa, indolora, de forma conservada.

Operado el 16/VI/1948; alta el 10/VII/1948.

Nº 19. — J. B. 70 años, francés, comerciante.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Retención aguda de orinas.

Estado actual: Próstata grande, lisa, indolora.

Operado el 30/XI/1947; alta el 22/XII/1947.

Nº 20.—E. H. 52 años, argentino, casado.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Hace un mes, ardores, polaquiuria y hematuria, síntomas que se acentúan hasta que por una hemorragia vesical produce una retención completa de orinas.

Estado actual: Estado general discreto, orinas turbias sanguinolentas. Próstata grande, aumentada de tamaño, forma conservada, consistencia aumentada. Cistoscopia: adenoma de próstata, cistitis crónica.

Operado el 10/XI/1947; alta el 22/XII/1947.

CONCLUSIONES.

1) La técnica de Harris Harry permite, según nuestra modesta experiencia, un control casi completo de la hemorragia postoperatoria en la prostatectomía, reduciendo y simplificando notablemente la evolución del acto quirúrgico.

2) Dicha técnica, efectuada con el mínimo de instrumental especializado, se cumple con facilidad en todos sus pasos cuando se lleva a cabo la prostatectomía en un tiempo, no sucediendo lo mismo cuando la intervención debe hacerse en dos tiempos —previa talla hipogástrica—, pues la limitación del campo operatorio endovesical crea dificultades para llevar a cabo la misma.