

## RACIONALIZACION DE LA ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSVESICAL

Por el Dr. RODOLFO L. ROCCATAGLIATA

En 1939, me incorporé a la corriente seguida por muchos, tendiente a convertir a la adenomectomía prostática tranvesical en una operación más técnica, segura y confortable. En dos palabras, más quirúrgica. Numerosas son las evoluciones realizadas en tal sentido. Hasta 1943, no creo haber hecho dos intervenciones iguales. Pero en esa época, comencé a ver más claro. Fueron desechados una cantidad de objetivos tan tentadores como inconstantes y se entró a tamizar cada maniobra, según el punto de vista de la patología general. Desde ese momento, los resultados en serie fueron satisfactorios. Ello permitió que en mi segundo trabajo de adscripción correspondiente al año 1944, titulado "Cirugía del adenoma de próstata bajo control visual", se describiera la técnica utilizada. Los postulados allí enunciados aún se mantienen válidos, en lo que a la vía transvesical se refiere. Y tengo la impresión de que esta vía jamás será desplazada por completo, mientras el problema del adenoma de próstata se resuelva mediante el bisturí.

Los puntos fundamentales de la adenomectomía prostática transvesical se dividen en dos capítulos: I. Puntos operatorios, y II, Puntos postoperatorios. Los puntos operatorios son: 1º Liberación del adenoma; 2º Sección de la uretra; 3º Verificación y regularización de la celda; 4º Hemostasia; 5º Protección de la celda; 6º Avenamiento.

Los puntos postoperatorios son: 1º Cuidados locales; 2º Extracción del tapón; 3º Cierre de la brecha hipogástrica.

### CAPÍTULO I PUNTOS OPERATORIOS

1º *Liberación del adenoma.* — Desde la era de Fuller, Guiteras y Freyer, se utilizó el método bimanual, es decir, uno o dos dedos en el recto para

levantar y fijar el adenoma y uno o dos dedos en vejiga para hacer real el plano de despegamiento, previa dilaceración de la mucosa. Desde 1906, con Duval, se inician tentativas para suprimir el uso indicado de una y otra mano. Al buscar esta modificación, los autores trataban de que la maniobra fuera más quirúrgica —diríamos más estética—. Para ello, se ha propuesto realizar la liberación utilizando únicamente instrumentos; otros, se limitan a evitar que el cirujano introduzca el dedo en el recto, maniobra que hacen ejecutar por un ayudante. He empleado todos los métodos propuestos y tal como le ha sucedido a muchos, cumplida la trayectoria, he vuelto al punto de partida: hoy día, soy fiel al método bimanual. ¿Por qué? a) Es más rápido, ventaja nada desdeñable; b) Es menos traumático, porque nada mejor que el tacto da la sensación de estar en el buen plano de despegamiento; c) Es más seguro, porque únicamente el tacto bidigital nos permite afirmar que no dejamos un pequeño núcleo adenomatoso. Breve, más quirúrgico, porque la cirugía debe tender a la simplicidad y no a la complicación de los tiempos operatorios. Es sabido que las más elementales reglas quirúrgicas prescriben que deben preferirse los instrumentos. Pero, en cuanto las circunstancias lo imponen, es más quirúrgica proseguir con los dedos, que son la prolongación material más cierta de nuestros ojos y de nuestra inteligencia.

2º *Sección de la uretra.* — En los métodos a ciegas, una vez liberado el adenoma, traccionando de éste, se busca separarlo de la uretra. ¿Dónde se secciona la uretra? En cualquier parte. ¿Cómo se secciona la uretra? Muchas veces, en forma irregular, desgarrada. Consecuencias de esto: pocas veces, felizmente, trastornos del esfínter estriado; algunas veces, cicatrizaciones viciosas que provocan estenosis del conducto. ¿Cómo debe seccionarse la uretra? Bajo control de la vista, en forma neta, con un golpe de tijera, lo más alto posible. Así lo indica ya Pierre Duval en 1906 y lo hace evidente la magnífica lámina que se encuentra en la página 784 del libro "Medicine Operatoire des Voies Urinaires" del genial Albarrán, edición de 1909. Modesta y fervientemente adhiero a esta conducta.

3º *Verificación y regularización de la celda.* — a) Para comprobar que no hay núcleos adenomatosos remanentes, y b) para regularizar los bordes, a los efectos de evitar esfacelos que favorecen la infección y la permanencia de colgajos capaces de cicatrizar en forma viciosa, dando lugar a la formación de diafragmas y tabiques.

4º *Hemostasia.* — En la primera etapa, la celda no era tratada. La hemorragia era abandonada a su suerte. Pero muchos enfermos fallecían por exceso de pérdida sanguínea. Freyer propuso el masaje bidigital de la celda.

Más adelante, se hicieron lavados calientes. Todo esto resultó aleatorio hasta que, Keyes, introduciendo el taponamiento, trajo una seguridad desconocida hasta entonces. Pero también surgieron inconvenientes. El tapón resultó fuente de tenesmos, infecciones y hemorragias secundarias. Se buscó eliminarlo apelando a ligaduras, plásticas de la celda, balones, compresivos y electrocoagulación de los puntos sangrantes. Algo se adelantó. Pero el problema no está totalmente resuelto. Lo prueba la diversidad de opiniones que existen al respecto. Diré cuál es la nuestra.

La hemorragia de la celda encuentra principalmente, origen en los puntos siguientes: vasos arteriales provenientes del tronco vésico-prostático que discurre entre la cara superior de la próstata y la base de la vejiga; vasos venosos del contorno vesical y de la superficie de la celda; rezumamiento de la sección uretral. Desde 1913, Cabot señaló que la ligadura en masa de los troncos de las arterias prostáticas, yugulaba la hemorragia en una buena proporción. De acuerdo con ello, se inicia la hemostasia con los dos puntos de Cabot. La colocación de estos puntos se hace fácil y efectiva mediante el uso de la aguja "boomerang". En segundo término, se liga por transfixión y a puntos separados, algunas veces en equis, los puntos sangrantes de importancia en el contorno de sección del cuello vesical y acto seguido, se tratan con electrocoagulación, que no ha de ser muy profunda para evitar escaras, los puntos sangrantes de la cavidad que resultan inaccesibles a la ligadura. Hecho esto, la hemostasia es satisfactoria. Pero casi siempre, se hace evidente un cierto grado de hemorragia en napa que proviene de la superficie cruenta de la celda y de la sección de la uretra. Por lo general, esta hemorragia no es muy importante. Sin embargo, como en todo "prostático" debe presumirse un desequilibrio del medio humoral, resulta un imperativo aborrazar la más mínima cantidad de sangre. Por esta razón y porque con el mismo expediente cumplimos la necesidad de proteger la celda, tal como se lo explica en el punto número 5, se coloca, dentro de la celda, una mecha de gasa. Esta gasa no debe sobresalir en vejiga y es reparada con una hebra de seda o hilo de lino grueso. La cantidad de mecha necesaria está en relación con el tamaño de la celda. Pero insistimos en que la gasa introducida debe *llenar* y no *rellenar* la cavidad. Bajo tales condiciones, el tapón realiza hemostasia por aposición y no por compresión. Esto significa que sólo es útil para tratar la hemorragia venosa y, en consecuencia, exige que la hemorragia arterial haya sido previamente controlada por ligaduras. Este tipo de taponamiento no provoca tenesmo ni infección, en razón de que, no siendo compresivo, no despierta reflejos dolorosos y no determinando isquemia, no condiciona el decúbito que facilita la infección.

5° *Protección de la celda.* — La cavidad prostática presenta una amplia superficie cruenta. En patología general, "superficie cruenta" significa superficie de absorción y un principio de cirugía impone la necesidad de aislar, en lo posible, toda superficie en estas condiciones. Este precepto se exalta en los "prostáticos", enfermos frágiles y, casi siempre, con orinas infectadas. La gasa, por el momento, es el elemento ideal para el bloqueo de la cavidad prostática, y, si a esto se agrega, el papel que desempeña en la hemostasia, su uso resulta un destacado factor de seguridad.

Colocado "in situ" el tapón no compresivo, el tejido de la cavidad reacciona ante el cuerpo extraño, provocándose modificaciones tisulares que deben ser calificadas como inflamatorias. Tales reacciones se producen en el seno del tejido conjuntivo vascular. Ellas son: la hiperemia activa y las exudaciones vasculares. Esto despierta la liberación de proteínas y fermentos endocelulares, produciéndose dos sustancias: la leucotaxina y el factor promotor de la leucocitosis. La función de éstas es promover un aumento de la permeabilidad capilar local, que permite el aflujo de leucocitos hacia la zona de inflamación y hacer que sustancias de elevado peso molecular como es el fibrinógeno, puedan acudir a desempeñar su papel de protección en la zona injuriada. Por lo tanto, la obstrucción de los linfáticos y el aislamiento de las superficies cruentas, se hace merced a la capa protectora de fibrina originada por la coagulación del fibrinógeno. De esto se deduce que, si no es compresivo el tapón, lejos de resultar un elemento favorecedor de la infección, se erige en verdadero protector de la zona cruenta, ya que, provocando con su presencia las modificaciones exudativas y productivas que hemos mencionado, promueve el bloqueo biológico de la misma.

6° *Avenamiento.* — El urólogo estadounidense, Alexander Randall, ha dicho: "El gran avance de la cirugía prostática, fué posible gracias al drenaje. Lo usamos en el preoperatorio y resulta una desventaja omitirlo en el postoperatorio". Randall emitió este juicio, al comentar la actitud de Lower que cerraba completamente la vejiga, dejando como único drenaje una sonda por uretra. Compartimos la opinión de Randall. El día que esté asegurado un avenamiento uretral que no pueda ser obstruido y que se elimine la peligrosa reacción de los tejidos adyacentes al catéter, las convicciones podrán ser inclinadas en favor del avenamiento uretral postoperatorio. Mientras tanto, nos declaramos partidarios del avenamiento hipogástrico por las siguientes razones: a) gracias a su mayor calibre, es más difícil su obstrucción: b) todos sabemos que aun en uretras vírgenes, el catéter suele producir reacciones uretrales, cuyas consecuencias aumentan de gravedad al ocurrir en un adenomectomizado.

Algunos expresan que el avenamiento hipogástrico no es lógico porque

va contra la gravedad. Para éstos, conviene mencionar a Young, quien dice textualmente: "En el drenaje suprapúbico es conveniente dejar salir la orina en forma intermitente y no permitir que la vejiga viva contraída por el continuo drenaje".

En cuanto a la objeción de que retarda el postoperatorio, contestaremos diciendo que, teniendo buena noción de cuándo deben cambiarse los tubos de drenaje, tal retardo no existirá. En cambio, todos hemos visto y muchos hemos experimentado, que la colocación precoz de la sonda uretral, es decir, cuando todavía la celda elimina coágulos o grumos de esfacelo o de fibrina, la obstrucción del cateter es frecuente, su desobstrucción es difícil y el rezumamiento de orina a través de la herida hipogástrica origina una situación molesta y peligrosa.

Cuando la hemostasia ha sido correcta, no es necesario apelar a tubos de grueso calibre. Basta una sonda Pezzer acodada número 26. Se aconseja fijar el pabellón de esta sonda lo más alto posible, indicación concordante con la necesidad de evitar, dentro de lo posible, la existencia de cuerpos extraños en el interior de la vejiga y, sobre todo, en contacto con los bordes de la celda. En estas condiciones, estando el pequeño tapón bien colocado dentro de la celda y el pabellón de la Pezzer en el punto más alto de la vejiga, las contracciones, si existen, quedan reducidas al mínimo.

## CAPÍTULO II

### PUNTOS POSTOPERATORIOS

1° *Cuidados locales.* — En este punto me referiré exclusivamente a los lavados vesicales. Desde 1941, y como resultado de las experiencias que realizara con Astraldi, el lavado sistemático de la vejiga ha quedado proscrito de nuestra práctica. Sólo apelamos a este recurso si algún coágulo o grumo tiende a obstruir el tubo,

2° *extracción del tapón.* — En el Capítulo I, Punto 4°, han quedado consignados los procesos anátomo-biológicos que el tapón despierta a nivel de la cavidad prostática. Allí se ha mencionado que su presencia provoca infla-

mación del tejido circundante. La primera manifestación anatomopatológica de este proceso es la hiperemia activa y las exudaciones vasculares. La congestión y las exudaciones, dan lugar a que se formen sustancias que facilitan el aflujo de leucocitos y de fibrinógeno, el cual, una vez coagulado, se transforma en fibrina, promoviendo el bloqueo biológico de la zona injuriada. En síntesis, el proceso se desarrolla en cuatro etapas: congestión, exudación, organización y cicatrización.

Ha sido costumbre muy difundida retirar el tapón entre el segundo y sexto día de la etapa postoperatoria. Esto significaría que, en la mayoría de los casos, la gasa es arrancada en pleno período de congestión o, en el mejor de los casos, en el de exudación. La frecuencia con que se observa un incremento de la hematuria o el desarrollo de manifestaciones sépticas después de extraído el tapón, es la confirmación más categórica de lo expuesto.

En cambio, si la gasa es extraída a los ocho días bien cumplidos, el proceso de reparación se encuentra ya iniciando su etapa de cicatrización. La fibrina cubre y bloquea la superficie cruenta de las paredes de la celda a la vez que un exudado puriforme impregna la gasa y le sirve de lubricante. El tapón ha sido ya biológicamente aislado de los tejidos circundantes y sólo pide una ligera tracción para salir al exterior. El clásico ejemplo de la espina de rosa, que exponía tan gráficamente Llambías, se cumple una vez más.

Desde hace casi cinco años seguimos el temperamento enunciado. Los resultados obtenidos en ese lapso no han hecho sino afirmar la primitiva concepción.

En algunas oportunidades, hemos procedido a extraer el tapón bajo analgesia con pentotal. Tal como lo habrán experimentado muchos otros que habrán recurrido a este temperamento, es notable comprobar cómo la ausencia de contracción facilita aún más, si es posible, la extracción tardía del tapón.

3° *Cierre de la brecha hipogástrica.* — Extraído el tapón y la sonda Pezzer operatoria, entramos en el segundo período de Marión: "de estrechamiento de la herida hipogástrica". Este período se caracteriza por dos hechos fundamentales: a) la celda prostática entra francamente en la etapa de cicatrización, y b) el orificio hipogástrico marca una tendencia acentuada al estrechamiento. ¿Cómo respetar ambos procesos? En primer lugar, no perturbando el proceso de reparación que se ejerce a nivel de la celda, con la colocación prematura de la sonda uretral cuya acción de decúbito puede ser perjudicial en esos tejidos neoformados; en segundo, permitiendo el achicamiento del orificio hipogástrico, mediante el empleo de tubos de avenamiento cada vez más finos.

En suma, se trata de obtener el cierre total del orificio hipogástrico, con menos días de sonda uretral en virtud de que, sonda uretral colocada más

tardíamente y en permanencia menos tiempo, significa disminuir las posibilidades de epididimitis y de irritación del canal —uretritis— de la herida prostática —prostatitis— (Marión).

Con el empleo de las maniobras expuestas en este trabajo, se han obtenido resultados que han permitido extraer las conclusiones siguientes: "comfort" postoperatorio; ausencia de complicaciones importantes y tiempo de internación variable entre 11 y 20 días.