

Tema Oficial.

Servicio de Urología del Hospital P. Piñero.

Jefe: Dr. Roberto A. Rubí.

LA ADENOMECTOMIA RETROPUBLICA DE MILLIN. NUESTRA EXPERIENCIA

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y ALFREDO A. GRIMALDI

Las ventajas de la vía retropública en la adenomectomía transcapsular de Millin, han sido puestas muy bien en relieve por el autor en diversas comunicaciones y en su libro de amplísima difusión. Por otra parte, en el extranjero y entre nosotros, son numerosas las contribuciones al tema y todas ellas concuerdan en la excelencia de los resultados obtenidos. No es pues, ese propósito el que nos guía al comentar brevemente nuestra casuística, sino más bien exponer las dificultades, inconvenientes y complicaciones observadas en los treinta y dos casos operados hasta la fecha.

Desde luego la tolerancia excelente para este procedimiento que brinda a los enfermos un postoperatorio tranquilo y plácido, ha ampliado a límites insospechados las indicaciones de la adenomectomía en un tiempo. Todos nosotros tenemos ya enfermos con riesgos quirúrgicos de consideración, operados por la vía transcapsular, que no hubieran quizás llegado al Freyer, sino a través de una cistostomía previa. No obstante esa mayor amplitud en la indicación operatoria no hemos tenido que lamentar ninguna muerte.

De ser posible recurrimos como agente anestésico al pentothal sódico y a los gases; con éstos tenemos mayor pérdida de sangre durante el acto operatorio que si utilizamos la anestesia raquídea, lo que nos obliga a efectuar transfusión de sangre total durante la operación y ser además exigentes en la hemostasia, más difícil de conseguir.

El acceso a la región no presenta dificultad. El segundo ayudante con un dedo en el recto facilita la mejor exposición de la glándula. El tejido celular que cubre la cara anterior de la cápsula es recorrido por venas de grueso calibre, a veces, que obligan a una disección delicada, pues a pesar del volumen suelen ser harto frágiles y su desgarramiento implica una hemorragia no siempre fácil de cohibir. En

ocasiones hemos perdido mucho tiempo en este momento, pues la ligadura de esos elementos es engorrosa por su friabilidad y la electrocoagulación que no goza de nuestra preferencia, no siempre nos ha dado una buena hemostasia; el rezumamiento sanguíneo subsiguiente resulta muy fastidioso.

Al seccionar la cápsula sus labios se retraen en parte, sobre todo el proximal a vejiga, por eso consideramos útil reparar los extremos con cuatro puntos de sostén como lo hemos visto hacer a Castaño, lo que nos facilitará la capsulorrafia ulterior.

Realizamos la adenomectomía como lo aconseja el autor, en parte clivando el tumor a tijera y en parte por divulsión digital, pero con el apoyo que nos da el índice del ayudante en el recto. En ciertos casos la hemostasia es muy laboriosa llegados a esta altura de la operación y pese al hecho de tener todo bajo el control de la vista nos ha resultado difícil cohibirla a veces.

La sección del hemicírculo inferior del cuello vesical no siempre es necesaria y depende desde luego del diámetro que él tenga una vez extirpado el tumor.

Al principio por sugestión del doctor Duggan, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Británico, utilizamos la sonda de Foley a cuyo alrededor aplicábamos oxícel. En más de una oportunidad nos defraudó el funcionamiento de la misma, por lo que decidimos colocar el balón directamente en vejiga, realizando una ligera tracción para calzarlo en el cuello. De este modo la sonda funciona bien de entrada: no hay prácticamente rezumamiento sanguíneo hacia vejiga, sobre todo si se colocan unas piezas de oxícel alrededor de la sonda, utilizándolo a modo de tapón reabsorbible en la celda prostática. Luego la sutura de la cápsula a puntos separados o en U imbricados, terminaba —a veces— con la hemorragia y otras quedábamos con la duda de lo que sucedería más tarde.

Como la aspiración de coágulos, a través de una sonda Foley 22 y aún 24, no es fácil y en dos casos tuvimos dificultades en el funcionamiento inmediato de los mismos, a pesar del empleo de la solución de citrato de sodio, recurrimos desde entonces a la sonda béquille, cuyo funcionamiento podemos asegurar llegando a la aspiración si fuera necesario.

Hemos tenido en estos primeros casos tres bloqueos de vejiga por coágulos: uno inmediato y dos entre el 6º y el 7º días; cedieron mediante el lavado, la aspiración, la medicación coagulante y la transfusión.

En el primer caso que operamos en el Hospital Británico, en abril del año pasado, no tuvimos ningún inconveniente en el acto quirúrgico, pero en las horas de la tarde el enfermo perdió la sonda de Foley, cuyo balón era defectuoso y no pudiendo luego llegar a vejiga, por resultar impracticable el cateterismo, tuvimos que efectuar durante la noche una cistostomía.

Retiramos la sonda alrededor del 7º día; en una sola oportunidad —por

pérdida suprapúbica de orina— hubimos de colocarla nuevamente durante seis días más.

Con la sonda Foley dejábamos levantar precozmente al enfermo; con el empleo sistemático de béquilles semi-rígidas en la actualidad, recién lo hacen al retirársela, es decir, al empezar la segunda semana.

La estadía en el Hospital no la abreviamos mucho. Preferimos tener al paciente durante tres semanas o un mes si es necesario, para el mejor tratamiento de la piuria residual, a nuestro modo de ver, más acentuada que la observada después del Freyer.

Hemos observado un caso de litiasis secundaria de la celda con gran disuria, que terminó por expulsar el cálculo. Desde luego reconocemos que la evolución de los operados particulares es en ese sentido mucho mejor, al punto de abandonar el Sanatorio, generalmente a las dos semanas.

Desde el punto de vista funcional el resultado en nuestros pacientes ha sido bueno: micción espontánea, fácil, con buena proyección del chorro, sin residuo. No hemos tenido dificultades en el cateterismo ulterior, exceptuando un caso, que obligó a la dilatación uretral. Hasta el momento actual no hemos retocado ningún operado por vía transuretral.

Practicamos la vasectomía bilateral sistemática y hemos tenido una deferentitis que terminaba a nivel de la sección del deferente y tres casos de supuración e induración localizadas a nivel de la herida escrotal, en el medio hospitalario.

Finalmente tres enfermos, dos de la clientela privada y uno en el hospital han presentado un cuadro doloroso muy desagradable, atribuible a la neuritis del obturador. El primer enfermo reingresa a la Sala diez días después de ser dado de alta, con dolor referido a la herida operatoria e irradiado hacia la raíz de las bolsas, periné anterior y cara interna de ambos muslos, interesando sobre todo la masa de los músculos aductores. Aún en cama los movimientos de flexión del muslo al poner en tensión los músculos de la pared abdominal resultan limitados y dolorosos, asimismo como los cambios de decúbito; no podía sentarse en la cama sin la ayuda de otra persona. El examen general y local, incluido el radiográfico no justificaban el proceso, apirético por otra parte. Dado de alta al mes y medio de su reingreso mejorado.

El segundo enfermo inicia el mismo cuadro estando en el Sanatorio, durante sus primeros ensayos de marcha, que sólo podía realizar apoyado en una silla y arrastrando los pies, pues la intensidad del dolor hipogástrico, periné y aductores le impedían flexionar, aún levemente, el muslo. A pesar del tratamiento la faz aguda del cuadro se prolongó arriba del mes y continúa con molestias a tres meses de la intervención.

El tercer enfermo puede deambular precozmente, se retira bien del Sanatorio, nos visita en el consultorio y cae en cama por el mismo motivo casi al

mes de operado, en la imposibilidad de realizar el menor esfuerzo durante una cuarentena de días. Como el enfermo anterior, a más de tres meses de operado, nota como secuela de este episodio, un dolor profundo que refiere a la masa de los adductores del lado izquierdo, que le dificulta la ejecución de algunos movimientos. Millin ha observado esta complicación tres veces, según consta en su libro, atribuyéndola a la acción de decúbito de valvas excesivamente largas o a la compresión excesiva del taponamiento lateral provisorio o la acción tóxica de la sulfamida, factores que en nuestros casos no son imputables.

COMENTARIOS

Nos hallamos, en síntesis, frente a:

1. Un procedimiento operatorio que desde el punto de vista quirúrgico satisface las exigencias de una buena técnica.
2. Con un abordaje directo del tumor.
3. Como consecuencia no se abre vejiga, disminuyendo la posibilidad de una fístula más o menos persistente.
4. Es una operación poco chocante que amplía las indicaciones de la prostatectomía en un tiempo.
5. Postoperatorio sin dolor, al extremo que torna superflua generalmente la medicación sedante.
6. Permite el levantamiento precoz y abrevia la evolución ulterior.

Todas estas ventajas del procedimiento de Millin no nos autorizan a despreciar algunos inconvenientes que pueden presentarse en el acto quirúrgico o en el período postoperatorio:

1. Es de técnica más compleja, aun cuando las dificultades no son insalvables, a pesar de carecer del instrumental adecuado.
2. Acto operatorio prolongado.
3. Hemostasia en ocasiones insatisfactoria y posibilidad de hemorragias secundarias, con bloqueo vesical, que han llevado, a veces, al cirujano a efectuar una cistostomía.
4. Limitación de sus indicaciones ante la asociación de lesiones (tumores, divertículos, cálculos voluminosos, etc.), o frente a algunas complicaciones (hemorragia, por ejemplo, que exige una amplia exploración vesical).
5. Secuelas dolorosas, a veces intensas y prolongadas (neuritis del obturador).

6. Aunque en nuestros casos no fueron observados, se describen otras complicaciones (incontinencia, osteítis pubiana, epididimitis, obstrucción cervical, fístulas persistentes, etc.) y mortalidad según estadísticas autóctonas y foráneas oscila del 0 al 9,4 %, imputable las cifras más elevadas a la exagerada liberalidad de algunos autores en las indicaciones del procedimiento.

Por todas estas consideraciones se justifica el auge del Millin, pero no por ello debemos restar importancia a algunos inconvenientes y complicaciones, que de no subsanarse restringirán la universalidad de sus indicaciones, que ya preconizan algunos autores.