

Tema Oficial.

NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS TRATAMIENTOS DE LAS OBSTRUCCIONES DEL CUELLO DE LA VEJIGA

Por el Dr. FRANK A. HUGHES
(de Montevideo)

Resumimos en esta comunicación el estado actual de nuestra manera de proceder frente a las obstrucciones del cuello de la vejiga y el resultado inmediato obtenido con las diversas técnicas utilizadas.

No nos referimos al resultado alejado porque en él sólo cabría referirse a una de las técnicas, a la resección endoscópica de la próstata, puesto que los demás procedimientos, excepto la técnica de Millin sobre la cual nuestra experiencia es pequeña, han demostrado en manos de todos los urólogos, resultados fuera de toda discusión.

Las operaciones efectuadas por nosotros durante los 18 meses transcurridos desde el 1º de abril de 1947 al 30 de setiembre de 1948 suman 120. Esas operaciones han sido realizadas con fines paliativos o como procedimientos curativos radicales.

Agrupamos dentro del primer grupo la cistostomía y la resección endoscópica. Dentro del segundo, la prostatectomía transvesical en 1 ó 2 tiempos, la prostatectomía retropúbica de Millin y la prostatectomía radical perineal. Esta última operación ha sido llevada a cabo en solo un enfermo, dado que ese fué el único paciente llegado a nuestras manos con un carcinoma prostático cuyos caracteres permitían la extirpación radical del órgano canceroso.

No hemos efectuado adenomectomías perineales, pues creemos que la seguridad que podemos ofrecer a nuestros consultantes con las otras vías de abordaje, no justifican la realización de una operación con la que, por lo menos nosotros, podríamos tener serias dificultades de orden funcional ulterior.

En cuanto a la ubicación de la resección endoscópica dentro del grupo de las operaciones paliativas, se debe a que si bien en algunos casos de adenomas

prostáticos y en las esclerosis cervicales, la resección puede llegar a constituir una operación de cura radical, nuestra opinión actual es, que como tratamiento de la mayor parte de las obstrucciones prostáticas adenomatosas, sólo puede ofrecerse como solución paliativa.

La demostración de este hecho se adivina a través de las páginas que siguen, al observarse cómo una serie de resecciones endoscópicas efectuadas por otros colegas y antes por nosotros, con un criterio que no es el que seguimos en la actualidad, debieron tratarse luego por operaciones radicales.

Eso no excluye, como es lógico, que consideremos a la resección endoscópica un método interesantísimo que debe figurar en el arsenal terapéutico de todo urólogo. Creemos que a ella se debe el que sobre un total de 114 obstrucciones cervicales de toda naturaleza que llegaron a nuestras manos con retenciones de orina completas o incompletas, sólo 5 debieron tallarse definitivamente y esas en casos de enfermos realmente precarios. Tan útil consideramos la resección endoscópica, aún como operación paliativa, que sobre un total de 120 intervenciones practicadas, la resección se hizo en 40 oportunidades.

El resultado alejado de la resección endoscópica de la próstata después de 10 años de realizarla con criterio variado, será objeto de una próxima publicación.

Precisaremos ahora nuestra conducta actual frente al adenoma prostático, frente al cáncer de la citada glándula y frente a procesos no tumorales del cuello de la vejiga.

A) *Frente al adenoma prostático.* — Hemos debido intervenir quirúrgicamente en 99 casos que corresponden en realidad a 95 pacientes, pues algunas operaciones debieron repetirse en el mismo enfermo. Hemos efectuado:

- 4 Cistostomías definitivas.
- 22 Resecciones endoscópicas.
- 33 Prostatectomías en 1 tiempo.
- 27 Prostatectomías en 2 tiempos.
- 13 Prostatectomías retropúbicas.

Las *cistostomías definitivas* se efectuaron en 4 pacientes de muy precarias condiciones y en los cuales sólo podían realizarse intervenciones mínimas.

La derivación suprapúbica definitiva la efectuamos con anestesia local en aquellos enfermos en que las condiciones generales, circulatorias o pulmonares no permiten la realización de otra maniobra que conserve el funcionalismo miccional. No hemos efectuado cistostomías definitivas por insuficiencias renales aún avanzadas, ya que la insuficiencia renal no contraindica, a nuestro

juicio, la realización de tratamientos operatorios que permitan la conservación de una micción evacuadora, siempre que el nitrógeno humoral puede llevarse a cifras próximas a lo normal.

La *resección endoscópica* la efectuamos en 22 ocasiones correspondientes a 18 enfermos, con adenomas prostáticos. Es a nuestro juicio en la mayor parte de los casos una operación paliativa, que sólo pretende el restablecimiento de una micción más o menos normal. La realización de una prostatectomía radical por vía endoscópica como la que hemos visto realizar a Nesbitt en Ann Arbor y a Alcock y Flocks en Iowa City, no puede ser realizada por nosotros. Por otra parte, dicha intervención es de acuerdo a lo que hemos visto, una intervención de mayores riesgos e inconvenientes que las prostatectomías radicales efectuadas por otras vías.

Nosotros preconizamos la resección endoscópica solo como medio de restablecer la normalidad miccional. Somos reseccionistas tímidos, que solo llegamos en nuestras resecciones más amplias a 20 ó 25 grs. de tejido. No utilizamos el dedo rectal ya que para nuestra manera de proceder no lo necesitamos. Es lógico entonces, que solo practiquemos resecciones en casos precisos y sin pretender, lo volvemos a repetir, practicar una operación radical. En nuestro trabajo aparecen 22 resecciones endoscópicas practicadas sobre 18 enfermos, en un total de 95 pacientes portadores de adenomas prostáticos, lo que da un porcentaje de 18,9 %.

Ella fué practicada en 9 casos porque el trastorno obstructivo era provocado por una próstata cuya disposición (barra mediana, lóbulo medio o pequeños lóbulos laterales) permitía obtener con una operación muy simple, una solución correcta al problema. Esta se obtuvo en esos casos por lo menos, como resultado inmediato.

En 8 casos se realizó porque la edad o las condiciones generales no permitían la realización de una operación radical. En estos enfermos los resultados aún inmediatos no fueron buenos.

Las operaciones endoscópicas las practicamos en casi todos los casos con raquianestesia con Procaína. Utilizamos cantidades pequeñas de anestesia, 80 a 100 milig. como máximo y efectuamos la punción lo más bajo posible.

Sobre 18 pacientes con adenomas tratados por vía transuretral, se obtuvo resultado favorable en 14 (77 %), perdimos un enfermo (5,5 % de mortalidad) y no obtuvimos buen resultado funcional en 3 (16,6 %).

Consideramos que la resección endoscópica en nuestras manos para el tratamiento de los trastornos obstructivos provocados por el adenoma de próstata, encuentra indicación precisa en los casos de lóbulos medios, de barras medianas o de lóbulos laterales pequeños. Puede también utilizarse, sin ofrecer seguridades en su resultado, en aquellos pacientes en que por sus condicio-

nes no puede practicarse una intervención radical y antes de ser tallados definitivamente.

La *prostatectomía en 1 tiempo* la hemos efectuado en 33 pacientes sobre un total de 95 (34,7 %). La efectuamos una vez solucionadas las complicaciones infecciosas y una vez que el drenaje ha equilibrado al aparato urinario.

Con la prostatectomía en 1 tiempo sobre 33 enfermos, perdimos uno (3 %) por una celulitis subperitoneal, complicación que nunca habíamos observado.

Exigimos para su realización una edad razonable, condiciones generales y un aparato cardiovascular y respiratorio sin perturbaciones de jerarquía. Al respecto, la colaboración de un internista que conozca el problema urológico en términos generales, es imprescindible. Es la intervención que efectuamos en los pacientes que podríamos llamar elegidos.

La *prostatectomía en dos tiempos* la hemos realizado en 27 enfermos sobre 95 (28,4 %). La utilizamos en aquellos casos en que la edad avanzada del paciente y las condiciones cardiocirculatorias o respiratorias hacen necesario la realización de actos quirúrgicos cortos, y también cuando la infección y la intoxicación exigen un drenado permanente prolongado antes de la operación radical. Empleamos de preferencia para la cistostomía, anestesia local y para la prostatectomía, Pentothal o Pentothal con protóxido. Hemos efectuado con éxito, prostatectomías en 2 tiempos en pacientes ancianos y de precarias condiciones:

En un caso, a los 88 años.

En 1 caso, a pesar de una insuficiencia renal que nunca permitió que la urea sanguínea descendiera de 0,70 gr.

En 4 casos con profundas alteraciones miocárdicas o pulmonares.

A pesar de ello sólo perdimos sobre 27 enfermos operados, 2 casos (7,4 %). El primero a consecuencia de una neumopatía postoperatoria y el segundo el día de la operación por un colapso circulatorio. Este último paciente fué operado a pesar de sus precarias condiciones circulatorias y de sus 87 años, porque no aceptaba bajo ningún concepto permanecer tallado.

El segundo tiempo lo efectuamos rápidamente después del 1° si el motivo de la realización en dos tiempos ha sido sustituir una intervención larga por dos cortas (caso de los cardiovasculares o de los respiratorios). Figuran frecuentemente en nuestra casuística, prostatectomías hechas a los 7 días de la cistostomía. Cuando procedemos de ese modo, nos limitamos a saltar los puntos de la herida que se abre entonces con facilidad. Se desinfectan sus bordes y el resto de la intervención no ofrece dificultades.

Cuando la talla ha sido hecha para combatir una infección o una intoxi-

cación urinaria, dejamos la derivación suprapública todo el tiempo que consideramos oportuno antes de proceder a la operación radical.

En todos los casos de prostatectomías en 1 ó 2 tiempos hacemos transfusión durante el acto operatorio y siempre vasectomía bilateral. A pesar de esta última precaución hemos visto epididimitis en algunas oportunidades (2 casos).

Como agente de hemostasis usamos en la casi totalidad de operaciones transvesicales el oxichel y como drenaje durante los 2 ó 3 primeros días un tubo de Marion delgado a través del cual se practica irrigación continua gota a gota. En los dos días que preceden al acto quirúrgico hacemos sistemáticamente, 400.000 U. de penicilina en dos dosis de 200.000 disueltas en líquidos de absorción lenta. El día de la operación y el siguiente 600.000 U. en 3 dosis de 200.000. Luego seguimos hasta el final del postoperatorio con 200.000 U. diarias.

Al día siguiente de operado el enfermo se levanta y al cabo de 2 ó 3 días el tubo de Marion es sustituido por una sonda Pezzer N° 30 sin pabellón. Entre el 4° y 10° días el oxichel es eliminado con los lavados de vejiga, que se hacen con jeringa que permitan inyección y aspiración del líquido. En general, hasta el 10° día no terminan de eliminarse los restos del oxichel y hasta ese momento no colocamos la sonda uretral con frecuencia demoramos aún más en colocar. En general, entre el 15° y 20° día del postoperatorio la vejiga está cerrada. Hemos tenido sin embargo, enfermos cuya fístula hipogástrica ha demorado más de un mes en curarse. En nuestros primeros operados con oxichel, tuvimos un caso de cistitis incrustada y dos casos de cálculos vesicales. En esos enfermos, tal vez no procedimos a evacuar totalmente los restos de la celulosa oxidada antes de la colocación de la sonda uretral. Desde que procedemos del modo citado más arriba antes de la colocación del catéter uretral, no hemos tenido dificultades.

Las complicaciones de orden general tenidas con estos enfermos son las corrientes en todas las intervenciones y en las proporciones también corrientes. Debe precisarse que en ningún caso tuvimos problema de hemorragia y que en general al día siguiente de la operación la orina pierde el carácter rojo macroscópico. Con el oxichel se suprimen prácticamente las molestias y los pujos que se observan con los demás agentes de hemostasis (mechas, sondas de balón de Pilcher, etc.). Lo consideramos en el momento actual el agente de elección para la hemostasia de la prostatectomía transvesical.

En 3 enfermos hicimos una prostatectomía a cielo abierto cerrando la vejiga y dejando sonda Foley permanente. Habiendo tenido una extravasación secundaria del espacio prevesical en el 3er. caso que debió drenarse, dejamos de hacerla.

En 4 casos utilizamos mecha y en uno el balón de Pilcher. Repetimos que nos parecen agentes con más inconvenientes que el oxicel.

La *prostatectomía retropúbica* la hemos efectuado en 13 de los 95 pacientes con adenomas (13,1 %).

Consideramos que debe hacerse en la misma clase de enfermos que la prostatectomía en 1 tiempo. Perdimos un enfermo lo que da una mortalidad de 7,6 %. En los primeros 4 casos obtuvimos buen resultado, habiendo visto los enfermos restablecer la micción normal entre los 7 y 10 días. En un caso la tarde de la intervención la sonda uretral se obstruyó con coágulos y habiendo sido necesario su retiro, el drenaje uretral no pudo restablecerse por lo que el paciente debió ser llevado de nuevo a la sala de operaciones donde se le hizo una cistostomía.

A consecuencia de esta segunda intervención el paciente fué empeorando paulatinamente y falleció con un cuadro sépticémico a los 4 días del postoperatorio. Desde entonces al Millin una vez terminado, le agregamos la colocación de una sonda Pezzer en la vejiga. Esta sonda permite precisar las condiciones de funcionamiento de la sonda uretral. Una vez que se tiene la seguridad que el drenaje uretral es correcto, se retira a las 24 ó 48 horas. Ese modo de proceder lo hemos utilizado en los 7 casos restantes sin que se haya tenido el menor inconveniente sobre el cierre rápido de la herida. En los casos de pérdida de orina, ella nunca se produjo por el orificio donde había estado la sonda hipogástrica sino por donde había estado el drenaje prevesical.

B) *Frente al cáncer de la próstata.* — En el cáncer de la próstata la solución inmediata del problema obstructivo lo encaramos con criterio médico o quirúrgico. Frente a toda retención completa o incompleta por cáncer prostático iniciamos el tratamiento colocando un drenaje uretral permanente y administrando estrógenos. Las dosis iniciales o de ataque deben producir una tumefacción dolorosa del seno. Son variables con las personas y en términos generales oscilan entre 15 y 20 milig. diarios si utilizamos el Clinestrol de Glaxo. Si la micción se normaliza antes de los 15 días o si tiende a normalizarse, continuamos el tratamiento con dosis de mantenimiento que son en términos generales las correspondientes a una tercera parte de la dosis de ataque. Ellas deben provocar una dolorosidad mantenida del pezón. En los casos en que la micción no se normaliza preferimos como medio de elección la resección endoscópica. Fué utilizada por nosotros en 13 casos. Sus resultados inmediatos son excelentes y permiten el restablecimiento de una micción prácticamente normal. Sólo un caso, enfermo al cual se le había practicado antes una resección con éxito, debió ser cistostomizado 15 días después de la segunda resección.

En un caso el resultado de la resección puso de manifiesto una carcinosis prostática que no había sido diagnosticada por el examen clínico. Ella nos llevó a practicar la única próstatovesicuclectomía radical por vía perineal que figura en nuestra lista de operados. Quedó como consecuencia de ella una incontinencia de orina, que nos proponemos tratar en oportunidad.

Al utilizar la resección endoscópica en el cáncer de la próstata tuvimos como complicación en dos oportunidades una extravasación perivesical, que sin embargo evolucionaron de modo favorable.

Además de estos 13 enfermos tratados quirúrgicamente, hemos visto desde el 1° de abril de 1947 hasta el 30 de setiembre de 1948, 5 enfermos con retenciones por cáncer prostático que no necesitaron recurrir a tratamientos quirúrgicos dado que la terapéutica estrógena hizo desaparecer el residuo.

Ellos añadidos a los anteriores hacen un total de 18 enfermos con cáncer prostático y trastornos obstructivos sobre 120 observaciones. Es un porcentaje menor al de la mayor parte de los autores, que aumenta si añadimos aquellos ocho casos que fueron operados por adenomas prostáticos, pero en los cuales el estudio histológico reveló la existencia de una transformación epiteliomatosa.

Estas observaciones sumadas a las mencionadas llevan el porcentaje del prostatismo maligno, en nuestra casuística, a 21,8 %.

C) *Frente a las obstrucciones no tumorales del cuello de la vejiga.* — Hemos intervenido en 7 oportunidades. Salvo un caso en que la intervención se hizo por vía alta, después de una diverticulectomía, en los demás utilizamos la vía endoscópica que consideramos de elección. En un enfermo la intervención debió repetirse a los cinco meses de la primera, por no haberse conseguido que mejorara la disuria que aquejaba al paciente. Este enfermo hizo a raíz de su primera intervención una cistitis incrustada que curó con dosis continuadas de penicilina. En un caso a raíz de la resección quedó una incontinencia que no hemos podido corregir hasta la fecha. En las demás observaciones el resultado fué bueno y sin particularidades.

RESUMEN

El resultado inmediato desde el punto de vista del restablecimiento funcional de la micción, de las complicaciones de jerarquía y de la mortalidad operatoria en el total de las operaciones realizadas por causas variadas, se puede resumir en la forma siguiente:

En 5 tallas definitivas, una muerte o sea 20 % de mortalidad, no pudiéndose como es lógico hablar de resultados funcionales.

En 60 prostatectomías transvesicales en uno o dos tiempos, 3 muertes

o sea 5 % de mortalidad; 57 resultados funcionales buenos y 10 complicaciones de jerarquía (16.6 %).

En 13 prostatectomías retropúblicas una muerte (7.6 %) de mortalidad, 12 resultados funcionales buenos (93.3 %) y 3 complicaciones de jerarquía 23 %.

En 40 resecciones endoscópicas una muerte 2.5 % de mortalidad; 32 resultados funcionales buenos (86 %) y 3 complicaciones de jerarquía.

En 1 prostatectomía perineal radical el resultado funcional fué malo dado la incontinencia que fué su resultante.

En 1 resección transvesical del cuello el resultado funcional fué bueno.

La mortalidad operatoria global en las 114 observaciones fué de 6 fallecimientos (5.2 %).

Y para terminar debemos añadir que sobre un total de 114 operados por causas obstructivas, debidas al adenoma y al cáncer de la próstata y a procesos esclerosos del cuello vesical, gracias a la utilización combinada de las diversas técnicas mencionadas en sólo 5 casos se debió recurrir a la cistostomía definitiva para solución del problema.

Esas cifras alcanzan cierto valor si tenemos en cuenta que fueron operados:

- 19 pacientes de más de 75 años.
- 8 de más de 80 años.
- 5 de más de 85 años.
- 1 de 90 años.