

## NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ADENOMA PROSTATICO

Por el Prof. RODOLFO GONZALEZ  
y los Dres. J. M. GOMEZ, M. FIRSTATER y J. M. GALARRAGA

Esta breve comunicación es una glosa reducida de nuestra experiencia en el tratamiento de la enfermedad del epígrafe. Tema muy tratado desde hace cuando menos cincuenta años, no se espere del desarrollo que le daremos ningún hallazgo extraordinario; nuestro simple propósito es presentar a consideración de Uds. las cifras escuetas que corresponden a una corta serie de enfermos intervenidos con varias técnicas quirúrgicas. Creemos que si algún mérito tiene es el de la severidad con que hemos juzgado nuestra propia obra y el de la exactitud de los guarismos, de lo que damos fe.

Nuestra estadística comprende 216 enfermos, en los cuales se ha practicado el tratamiento radical del adenoma prostático, cerrándose la misma a fines del pasado año, en Diciembre de 1949. Pretendemos sintetizar aquí nuestra opinión sobre la influencia que la atención pre-operatoria, la elección correcta de la técnica quirúrgica y los cuidados prolijos y largos que exige este tipo de enfermos han tenido en nuestra experiencia sobre los resultados finales y muy particularmente sobre la mortalidad.

Creemos asimismo que nada ilustra tanto como el análisis honesto de los propios números, y también que de su comparación con otros resultados enseñanzas muy valiosas.

Las tendencias actuales en este tratamiento suelen presentarse a veces con apariencias revolucionarias. No olvidemos por ello lo mucho y bueno que hemos recibido en herencia y si bien es necesario que siempre estemos alertas y curiosos; que no sean esta posición ni la opuesta suficientes para que dejemos de lado nuestro espíritu crítico, colocándonos en conservadores o revolucionarios "a outrance".

El tema que dejaremos aquí abocetado es motivo de un desarrollo más amplio en un trabajo de tesis de uno de nosotros.

I. *Preoperatorio*. No son enfermos ideales nuestros prostáticos. Ya veremos en qué condiciones nos llegan.

Su edad, corroborando las cifras aceptadas universalmente, ha sobrepasado los 60 años en el 77,8 %, habiendo sido operados 4 de más de 80 años: uno de 86, otro de 87.

Alrededor de una quinta parte tenía menos de 60 años. Uno hemos observado de 38, diagnosticado clínica y endoscópicamente, pero no fué visto posteriormente, por cuya causa lo hemos excluido. Sin duda esa edad es una relativa rareza.

Siendo Córdoba un centro de afluencia de las Provincias del Norte, el 21,1 % de nuestros pacientes reconocían esa procedencia, resultando una relativamente pequeña cifra para los enfermos de nuestra propia ciudad: el 58,7 % eran argentinos y el 20,1 % extranjeros, gran parte de éstos también sin domicilio en Córdoba.

Nuestra clientela hospitalaria generalmente es humilde y su tipo de ocupación suele ser ruda: jornaleros, agricultores, obreros. El 59,2 % trabajaba de este modo. Un número menor estaba compuesto por oficinistas, jubilados, pequeños rentistas o comerciantes, gentes de ocupación característicamente sedentaria: el 25,6 %. Por último y entre ambas en cuanto se refiere a actividad física, el 15,2 %.

En sus antecedentes la blenorragia la hemos hallado en el 38,4 %; la sífilis en el 8,6 %; el alcoholismo en el 18 %. Algunos, el 5,5 %, han acusado uropatías diversas que quizá en alguna medida han influido en su afección obstructiva.

Como en toda disciplina quirúrgica, el estado cardiovascular ha sido motivo de nuestra preferente atención: en el 16,6 %, estaba de alguna manera afectado, en mayor o menor medida, pero generalmente con lesiones compensadas. Dos de nosotros nos hemos ocupado en otra ocasión y sitio de las alteraciones electrocardiográficas observadas en un lote de ellos compuesto de 52 pacientes. Entre éstos, en 27 casos el examen E. C. G. fué normal y en 25 existían alteraciones variadas. Sistemáticamente acudimos a la opinión del clínico y sobre el común acuerdo decidimos el acto y la técnica quirúrgica.

La tensión arterial en nuestros viejos enfermos también ha sido motivo de nuestra preocupación: con cifras máximas menores de 130 mms. hemos visto el 32,4 %; cifras entre 130 y 180 mms. el 59,7 % y por encima de esta última el 7,8 %. En general, pudiéramos decir que los hipertensos, inclusive los grandes hipertensos, han soportado el trauma quirúrgico muy bien, seguramente mejor que los hipotensos.

Signos gastrointestinales, como no podía ser de otra manera, los hemos observado en el 42 % y alteraciones funcionales hepáticas descubiertas por el laboratorio más que por la clínica, pues fué tomado un lote de enfermos al azar, han sido vistas en el 33,3 %, de manera muy manifiesta y en una cifra igual sin tanta claridad. Resulta ciertamente inútil insistir sobre la enorme importancia de los déficits hepatorrenales.

Afecciones respiratorias de distinta magnitud en el 9,7 % y una pequeña cifra, el 5,5 % de neuropatías. El 13,4 %, integraba un número grande de enfermedades y taras que no entraremos a discriminar.

Ha resultado una constatación interesante la antigüedad del proceso, de acuerdo a cómo lo relata el enfermo: menos de un año el 14,8 %; de uno a cinco, el 57,8 % y mayor de cinco años el 27,4 %.

Las hematurias fueron denunciadas por una quinta parte de los enfermos, que consultaron casi siempre impelidos por uno o varios episodios de retención aguda completa de orina: el 69,9 %.

Ya en su examen instrumental, la estrechez la hemos comprobado en el 1,4 %, siendo el tamaño de la próstata, juzgado un poco arbitrariamente por el tacto prolijo, mediano en el 68,5 %, grande en el 25,1 % y pequeño en el 6,4 %.

La mayoría de nuestros enfermos tenía una capacidad vesical conservada: el 81,1 %, estando en su primer período de prostatismo el 13,8 %; en el segundo el 47,6 % y siendo distendidos el 38,6 %.

La cistoscopia nos acusó la presencia de divertículos en el 11,8 %; de cálculos en el 10,2 % y de intensas cistitis en el 35,4 %. El 1,5 %, padecían simultáneamente tumores vesicales.

Los exámenes de laboratorio y las pruebas funcionales, incluyendo en éstas la urografía de excreción cuando su ejecución ha sido posible, han comprendido múltiples elementos:

Análisis hemocitológicos completos, en los que se comprobaron cifras de 3,5 millones de glóbulos rojos o menos en el 5,5 %.

Infección de la orina, evidenciada en el 78,8 % y en todos los grados imaginables.

Urea sanguínea con un 54,2 % de enfermos, en los cuales la cifra sobrepasaba la de grs. 0,40:1000, siendo en el 4,7 % mayor en grs. 0,80:1000.

La eliminación de la S. F. F., inyectada por vía endovenosa en dosis de grs. 0,006 y en 4 c.c., y dosada en 70', arrojó cifras por encima del 40' en el 91,1 % de los enfermos.

Hemos comprobado la hiperglicemia en el 8,4 %.

El examen histopatológico de las piezas quirúrgicas ha demostrado la presencia de infecciones inespecíficas en el 15,6 % y tuberculosas en el 0,4 %.

La existencia de nidos carcinomatosos ha sido puesta en evidencia solamente en el 1,8 %.

Por último, la urografía excretora, que en un lote de enfermos ha resultado normal en el 40 %; con imágenes aproximadamente normales y retardo eliminatorio en el 33,3 % y con retardo y franca uronefrosis en el 26,6 %.

Muchos otros análisis se solicitan rutinaria y eventualmente; esperamos que nuestros colegas nos eximan de su enunciación.

II. *Técnica quirúrgica.* Según se ha visto, el examen clínico, urológico, radiológico y de laboratorio nos da la información suficiente para el planteo quirúrgico. Consideramos fuera de lugar comentar menudamente las indicaciones y contraindicaciones de la intervención en sí o de cada técnica quirúrgica en cada caso particular. En este orden de ideas, nos ajustamos a lo que la experiencia universal indica, procurando siempre mantener el principio tantas veces inolado en aras de la novedad: "primun non noscere". Como se verá, jamás hemos olvidado ante el enfermo que la brillantez quirúrgica es una cosa o muy otra la suerte de esa vida confiada a nuestra pericia, pero también a nuestra conciencia.

Hemos utilizado tan sólo en un caso la técnica de Fuller-Freyer clásica: el 0,4 %.

En un tiempo "a cielo abierto" hemos operado el 35,6 %.

Por vía perineal, según la técnica que debiéramos llamar de Wilsboltz-Puigvert, el 2,3 %.

A la manera de Millin, el 9,3 %.

En dos tiempos, con la vieja intervención de Fuller-Freyer, modificada en su línea original, han sido intervenidos el 52,4 %.

La anestesia empleada ha sido general, con barbitúricos, en el 10,6 %

y con gases en el 1,8 %. La raquianestesia la hemos utilizado en el 78,7 % y la local de Legueu en el 8,9 %.

La intervención radical ha sido hecha en el 29,1 % con vasectomía bilateral simultánea. Tendremos después ocasión de comentarlo.

Respecto de las técnicas como tales, hemos de decir que para todas, excepto para la "a cielo abierto", nos hemos ajustado a lo que sus propugnadores indican. En la mencionada "a cielo abierto" hemos seguido parcialmente la "indicada por Figueroa Alcorta, parcialmente, pues no hemos creído que el cierre total de vejiga "per priman" constituyese una garantía para el enfermo. Así, hemos dejado drenaje hipogástrico cuando menos 48 horas, y debemos hacer presente que en absoluto nos arrepentimos de esta conducta. En otra parte de esta comunicación volveremos sobre lo mismo.

Corresponde aquí también un elogioso recuerdo a la maestría de Puigvert, de quien hemos tomado la técnica por él tan brillantemente ejecutada.

Debemos decir, y perdonémosen la vanagloria, que ninguno de nuestros enfermos ha sucumbido en la mesa de operaciones. Creemos que este temido espantajo del cirujano puede ser ahuyentado con el cuidadoso pre-operatorio, cuyos detalles e indicaciones todos conocemos.

Nos ha parecido que el taponamiento de la loge hasta el 4° o 5° día de la Fuller-Freyer, mantiene su indicación como así la mantiene la cistostomía previa, según se comprenderá al ver nuestras cifras.

No creemos fácil en todos los casos ni mucho menos, una perfecta hemostasia en las intervenciones "a cielo abierto", por lo demás quirúrgicas y hasta elegantes si se quiere.

Pensamos que el uso del bisturí eléctrico confiere una seguridad inmediata a expensas de una intranquilidad mediata, según diremos.

Por último, se nos ocurre que las intervenciones perineales serán desalojadas en la práctica por las "vías altas y claras del abdomen", según decía Legueu, y que entre éstas, la suprapúbica extravesical a la manera de Van Stokum-Millin, pues debemos hacer justicia, será quizá la del porvenir.

III. *Post-operatorio. Complicaciones.* El post-operatorio comprende dos etapas patológicas: la debida al despertar o a la reaparición de una enfermedad general o urinaria y la tributaria de la "enfermedad quirúrgica" agregada.

Con cierta frecuencia hemos observado brotes de amebiasis crónica, mucho más frecuentes de lo que parece en nuestro medio y que retardan una convalecencia normal.

Han sido vistos algunos accidentes neuropáticos sin mayor trascendencia: parestias del radial.

No hemos debido lamentar un número considerable de alteraciones cardiovasculares graves, a pesar de que el 16,6 % de los enfermos presentaban lesiones comprobadas. Ya hemos comentado cuál ha sido nuestra conducta en estos casos. En total, las afecciones de orden general y las cardiovasculares las hemos registrado en el 7,2 % de los operados.

Las neumopatías o bronconeumopatías, causa tan común de muerte en los viejos, sólo las hemos registrado en el 3,7 %, y en ningún caso han sido mortales. Los antibióticos seguramente explican esta "estadística blanca".

Hemos desechado las fiebres o febrículas cuya duración no ha ido más allá de 3 ó 4 días, pero consideramos febriles a aquellos enfermos en que ese plazo fué sobrepasado: el 7,8 %. Habitualmente la causa ha sido la infección de la herida, nada rara si se considera nuestra alta proporción de infectados en el pre-operatorio.

Las escaras, por lo común secas, fueron observadas en el 2,7 %, y evolucionaron a la curación sin incidentes.

Complicaciones vinculadas al acto quirúrgico y afectando o no el aparato genito-urinario se han registrado en el 34,9 %. Esta cifra comprende muchos enfermos que han padecido simultáneamente 2 ó 3 de las afecciones que se señalarán, de modo que su número relativo es mucho menor.

Las hemorragias graves, que obligaron a medidas sumamente enérgicas, se observaron en el 2,7 % muy particularmente en las intervenciones "a cielo abierto". Creemos que, dado que casi siempre fueron vistas pasados 10 a 15 días del acto quirúrgico, este grave riesgo está en relación inmediata con la caída de las escaras producidas por el bisturí eléctrico.

En el 4,1 % se han observado orquiepididimitis, y de éstas casi una tercera parte en enfermos vasectomizados, lo que pone sobre el tapete la cuestión de la vía hematógica como nada despreciable.

Una vez, en el 0,4 %, hemos asistido a un tormentoso post-operatorio debido a la existencia de una fístula véscicorrectal. Incidentalmente digamos que ésta curó espontáneamente en un plazo de meses.

Dos periuretritis abcedadas, el 0,9 % de los casos, fueron atendidas sin secuelas.

Uremias que han llegado a 1,5:1000 a veces se observaron en el 10,6 %, retrocediendo con rapidez. En alguna oportunidad, como hemos de verlo, la insuficiencia fué irreversible y el enfermo sucumbió.

En las operaciones en dos tiempos hemos registrado una cifra alta de fístulas hipogástricas que obligaron al cierre ulterior: en el 11,1 %. Recordemos lo dicho a propósito de los infectados.

Por último, otras complicaciones no mortales, incluyendo algunos íleos paralíticos, fueron observadas en el 3,2 %.

IV. *Altas. Resultados finales y secuelas.* Según veremos al analizar las cifras de mortalidad, creemos que el tiempo que insume el alta, así sea largo, no debe equipararse como valor a la mortalidad. Dicho de otra manera, no damos ninguna importancia a días más o menos de post-operatorio cuando la demora es debida a la técnica quirúrgica, si esta elección de técnica y esta pausa se traducen en una cifra menor de decesos. Sobre 208 sobrevividos, los operados en un tiempo han obtenido su alta el 2,9 % en menos de 10 días; el 22,4 % de 10 a 20 días; el 37,7 % entre 20 y 30 días y el 36,9 % en un plazo mayor.

En los operados en dos tiempos las cifras han sido: entre 10 y 20, el 10,9 %; de 20 a 30 el 32,7 % y más de 30 el 56,4 %.

Destaca el evidentemente largo post-operatorio de los operados en dos tiempos, no mucho mayor sin embargo que en el grupo anterior, pero consideramos que sus cifras son aceptables.

Hemos observado secuelas, las más de las veces transitorias y pasibles de tratamientos radicales. La *incontinencia* de orina fugaz la hemos registrado en el 4,3 % y discretamente persistente, pero curada en el 1,9 %. En ningún caso definitiva.

La impotencia generandi, como sabemos de regla en muchos casos, no ha sido motivo de consulta más que en uno, y la coeundi en otro, intervenido éste por vía perineal.

Los síndromes obstructivos post-operatorios han sido vistos en el 2,8 % y resueltos en forma cruenta o incruenta. En un caso señalamos una rara fibroesclerosis periuretrocervical que determinó un estado de retención completa crónica, reintervenido por vía perineal con todo éxito.

Las cistitis, estado común del prostático operado, a veces durante meses, han tenido caracteres de intensidad o duración no habituales en el 21,4 %. De éstos, las dos terceras partes la han padecido por corto tiempo y la restante por un lapso mayor. Hemos recurrido a toda la terapéutica local y parenteral conocida y destacamos los excelentes resultados que hemos obtenido con la solución G de Suby y Albright, en las formas incrustadas.

La litiasis vesical ha sido comprobada en el 0,9 %, siendo tratada según las normas.

Las pseudorreincidivas en nuestros propios operados han sido vistas dos veces y una sobre otro paciente proveniente de otro Servicio. Reoperados, su evolución ulterior ha sido la normal. Se dice de esta secuela que es muy rara, pero se nos ocurre que quizá no lo sea tanto. Las estadísticas no son fáciles de hacer cuando algunas secuelas se presentan tan largo tiempo después de la operación.

Alguna eventración aislada, sobre todo en obesos, completan el cuadro estadístico.

V. *Mortalidad*. Sobre nuestros 216 operados, 8 han fallecido. Sobre estos 8, uno lo ha sido por tétanos a los 11 días de la intervención, cuando prácticamente nada se temía ya y otro pasado el mes por un cuadro tífico con reacciones de aglutinación para el Eberth intensamente positivas.

Eliminando estos dos casos, cuya muerte no es ciertamente imputable al acto quirúrgico en sí ni a ninguna uropatía responsable, nuestra mortalidad llega al 2,73 %.

Es clásico afirmar que la causa más importante de la muerte en los prostáticos operados es la insuficiencia renal irreversible. Hemos lamentado dos por este mecanismo, es decir que se ha dado en el 33,3 % de los fallecidos.

La causa eficiente más común, que insume la mitad de los fallecidos, ha sido en nuestros enfermos la claudicación cardiovascular y en un caso la hemorragia, de tal manera aguda e intensa que determinó el deceso.

De los 6 muertos, 4 fueron operados "a cielo abierto", el 66,6 % y 2 en dos tiempos, a lo Fuller-Freyer, el 33,3 %.

No hemos perdido ningún enfermo en 20 Millin, 5 perineales y una Fuller-Freyer en un tiempo.

Sobre 77 operados "a cielo abierto" fallecieron el 5,19 %.

Sobre 113 operados en dos tiempos, el 1,77 %.

Resulta aleccionador observar que la intervención en dos tiempos, de elección en los enfermos de peor riesgo quirúrgico, haya dado una mortalidad casi tres veces menor, cuando lo lógico hubiese sido lo contrario. Esta comprobación nos obliga a hacer un esfuerzo para romper el hechizo de las nuevas y brillantes técnicas, que en nuestra estadística no se traducen en mejores resultados, por cierto. Pero no deseamos que se nos tenga por conservadores a todo evento.

La anestesia fué general con éter en uno de los fallecidos; general con penthotal en otro y raquinovocaína en los cuatro restantes.

De acuerdo con la edad hemos perdido un enfermo entre 50 y 60 años; 3 entre 60 y 70 y 2 entre 70 y 80. Hemos operado 4 con más de 80 años, en dos tiempos y con post-operatorios perfectos.

Las pruebas funcionales en todos los fallecidos, inclusive en los dos que lo fueron por insuficiencia renal irreversible, dieron cifras perfectamente normales, siendo la eliminación de la S. F. F. por encima del 40 % en todos.

El examen cardiovascular también en todos informó de la ausencia de cualquier contraindicación quirúrgica, pero en dos existían trastornos de conducción y en otros dos una hipotensión moderada. Los restantes no presentaban ninguna alteración.

Es una característica denunciada en todas las estadísticas que sobrepasan los dos centenares, que la segunda mitad arroja invariablemente cifras más bajas que la primera. Así lo hemos observado nosotros:

*Primeros 108 enfermos, mortalidad del 4,62 %.*

*Ultimos 108 enfermos, mortalidad del 0,92 %.*

Varios factores interfieren en esta circunstancia: adiestramiento mayor de todo el personal a cargo de los pacientes en cualquiera y en todas las etapas del proceso quirúrgico y uso más liberal de los antibióticos y de algunos otros recursos terapéuticos modernos. No olvidemos que nuestra estadística es hospitalaria.

Creemos entonces, y fundamos nuestra creencia en las cifras exactas que traemos a consideración de ustedes que las posibilidades de mejorarlas crecen con el tiempo, y así esperamos que nos ocurra.

#### CONCLUSIONES

1. — Sobre 216 enfermos intervenidos por adenoma prostático, el 77,8 % sobrepasaba los 60 años, siendo la edad límite observada la de 87.

Paradojalmente, el prostatismo determinó molestias sin relación aparente con el tipo de ocupación: sólo la cuarta parte de ellos desempeñaba oficios o profesiones sedentarias.

El estado general y urinario de los mismos se deduce de hallazgos estadísticos: afecciones cardiovasculares en el 16,6 %; hipotensiones moderadas en el 22,4 %; grandes hipertensos en el 7,8 %; afecciones respiratorias en el 9,7 %; tercera etapa del prostatismo en el 38,6 %; infecciones urinarias en el 78,8 %; adenomitis inespecífica en el 15,6 %, etc.

2. — Hemos empleado cinco técnicas quirúrgicas: Luller-Freyer en un tiempo en el 0,4 %; Fuller-Freyer en dos tiempos en el 52,4 %; en un tiem-

po "a cielo abierto" en el 35,6 %; a lo Van Stokum-Millín en el 9,3 %, y por vía perineal, a lo Wildboltz-Puigvert, en el 2,3 %. La anestesia de elección ha sido la raquinovocaina; en el 78,7 %. La local a los Legueu no ha parecido ser la mejor tolerada y más inocua: la hemos empleado en el 8,9 %.

La intervención ha sido simultáneamente con la vasectomía en el 29,1 %, sin demostrar este recurso una capacidad absoluta en la prevención de la orquiepididimitis.

3. — Las complicaciones observadas lo han sido: afecciones generales y cardiovasculares en el 7,2 %; neumopatías en el 3,7 %; estados febriles, por celulitis generalmente, en el 7,8 %; escaras en el 2,7 %; hemorragias graves en el 2,7 %; orquiepididimitis en el 4,1 %; pielonefritis en el 2,7 %; fístulas hipogástricas que obligaron al cierre en el 11,1 % etc.

4. — Los plazos en que han sido dados de alta los enfermos son relativamente altos para los operados en un tiempo: 74,6 % en más de 20 días, y están dentro de las cifras corrientes para los segundos tiempos: el 54,6 % en más de 30 días.

5. — Las secuelas observadas han sido: incontinencias fugaces en el 4,3 % y persistentes pero nunca definitivas, en el 1,9 %; síndromes obstructivos post-operatorios en el 2,8 %; cistitis residuales más o menos intensas o persistente en el 21,4 %, litiasis vesical en el 0,9 %; pseudorecidivas en el 0,9 %; etc.

6. — *Acusamos una mortalidad global del 2,73 %. Esta fué casi tres veces mayor en los operados en un tiempo: 5,19 % contra 1,77 % en dos. Ni el examen clínico ni las pruebas funcionales renales significaron una garantía absoluta sobre la que pudiéramos fundar un pronóstico.*

*En la primera mitad de nuestros operados la mortalidad fué del 4,26 %; en la segunda mitad del 0,92 %.*

Destacamos como conclusión fundamental la diferencia de cifras de mortalidad en las dos series de enfermos operados con técnicas en uno y dos tiempos, siendo esta última sin ninguna clase de duda la más inocua y compensando con creces este carácter de inocuidad los post-operatorios más largos, máxime si se consideran los excelentes resultados funcionales que se obtienen.

## DISCUSIÓN

*Dr. Roccatagliata.* — Quiero señalar que en 1944, publicamos con el Profesor Astraldi una estadística sobre las primeras cien adenomectomías prostáticas practicadas en el Servicio con las diferentes técnicas. Deseo destacar el hecho interesante de que coincidimos con el Profesor González y colaboradores, en el sentido de que tenía un menor índice de mortalidad cuando se seguía la técnica en dos tiempos.

*Dr. Surra Canard.* — La semana pasada, en ocasión de un viaje a Córdoba, al concurrir varios días al Servicio del doctor González, tuve oportunidad de hojear la tesis del doctor Gómez, que es "in extenso" el motivo de este trabajo. He observado, sin que ello sea una crítica al Servicio, que se trata de un Servicio pequeño que funciona en forma admirable. El doctor González, al retirarme, me preguntó qué opinión tenía de su Servicio. Le dije: "Doctor, si usted quiere mi sinceridad, le voy a expresar que la organización de la Cátedra no puede ser mejor y los elementos accesorios excelentes. Tiene un excelente material endoscópico, etc. En lo que me he detenido, y más me halaga, es ver post-operatorios, admirables y cuadros térmicos perfectos".

Eso que manifesté al doctor González, me alegra hacerlo público.