

TECNICA DE LA PROSTATECTOMIA EN UN TIEMPO CON DRENAJE UNICAMENTE URETRAL

Por el Dr. ELIAS GALLEGOS ANDA

(del Ecuador)

(Relato del Dr. Constante Comotto)

Desde la aparición del método de Freyer se han presentado innumerables procedimientos operatorios para tratar de conseguir una técnica capaz de superar los defectos de este método y ofrecer una máxima seguridad al paciente y en lo posible un minimum aceptable de tiempo de hospitalización.

Para mí, el método de Freyer presenta algunos defectos, que he consignado en artículos anteriores, y que era: la casi inevitable necesidad de hacer la intervención en tres tiempos, esto es la posibilidad de dar a pacientes de edad avanzada y de sistema urinario defectuoso, tres peligros operatorios. La aleatoria idea de que se hacía una hemostasia de la celda prostática a base de un taponamiento, con el peligro seguro de hemorragia a la sacada de éste. El sistema anti-físico de drenaje de las orinas por medio del tubo de Marión. El peligro casi inevitable de infección del espacio de Retzius por el contacto de las orinas, así como del tejido celular del abdomen inferior y aún del fondo de saco peritoneal. Debiendo a esto añadirse el tiempo de hospitalización que resulta siempre excesivamente largo, casi tanto al de las grandes intervenciones traumatológicas.

Durante mi estadía en la República Argentina, me cupo el honor de conocer y ver trabajar al Profesor Pagliere, y su método me entusiasmó por resolver uno de los escollos del método de Freyer, creando un sistema de drenaje físicamente lógico, como es el perineal; más, si es verdad que este método es un adelanto notable, no resuelve aún el deseo de defensa de los espacios de Retzius y el tejido abdominal ántero inferior, además de no ofrecer un sistema perfecto de hemostasia de la celda prostática.

Es por ello que en mis últimos trabajos sobre prostatectomía presenté una modificación a esta técnica, que a mi modo de ver constituía un adelanto para ella y era el de la aplicación de la técnica de Mc Dowan a la cistostomía; esto es una cistostomía transversal con fijación del labio inferior de la herida al plano aponeurótico para defender así el espacio de Retzius y del labio superior a igual plano para defender el fondo de saco peritoneal. La creación

de un campo operatorio, para la disección de la próstata por medio de un espéculo de Collin operatorio, de modo de poder hacer la resección de la próstata bajo el control de la vista por medio de una espátula de amígdalas o de una tijera larga de punta curva. La posibilidad de hacer una hemostasia por medio de electrocoagulación o ligaduras, y la posibilidad de mejorar el drenaje vesical por medio de la añadidura de una sonda uretral a permanencia. Terminando la intervención cerrando casi totalmente la herida de la cistostomía desprendiendo el labio superior de sus puntos de fijación para suturarlo al labio inferior que se dejaba fijado en su posición de defensa del espacio de Retzius. La colocación del drenaje perineal se hacía siguiendo la misma técnica de Pagliere.

La colocación de la sonda uretral demostró la posibilidad de emplear ésta para lavajes repetidos de la vejiga y por lo mismo dió la posibilidad de una permanencia más corta del tubo de drenaje perineal, quedando aún por resolverse el problema de la hemostasia perfecta post-operatoria de la celda prostática.

El tiempo de permanencia hospitalaria post-operatoria bajó enormemente, más aún era de alrededor de quince días por paciente; algunos casos, muy infectados dieron molestias aunque cortas, fístulas de la herida abdominal, que cerraron espontáneamente en pocos días.

Para cerrar estas fístulas traté de hallar un método rápido y para ello se me ocurrió el aplicar un sistema de succión continua a la vejiga, para lograr aislar así la herida del contacto de las orinas, obteniendo una rápida cicatrización de la pequeña fístula urinaria.

El éxito fué tan inesperado que se me ocurrió la posibilidad de tratar de lograr un drenaje de las orinas exclusivamente por la sonda uretral, y lograr así la larga, tediosa e insegura prostatectomía en una operación lógicamente quirúrgica.

Por ello sigo ahora la siguiente técnica:

1° Una anestesia caudal a la novocaína, siendo suficientes 40 c. c. a una concentración del 2 %.

2° Hago una herida suprapúbica mediana sagital de unos cinco centímetros una vez abiertos los planos musculares, insufló la vejiga de modo de hacerla visible en esta herida, paso dos puntos de catgut, uno abajo y otro arriba transversalmente, de modo de poder traccionarla y hacer la abertura de la vejiga casi fuera de la herida.

3° Corto por medio de un bisturí común o electrobisturí, transversalmente a la vejiga entre los dos puntos de fijación puestos, hago la hemostasia de esta herida en caso necesario. Suture la vejiga a la aponeurosis.

4° Coloco un espéculo operador de Collin a través de esta herida de modo que las valvas se pongan a ambos lados de la línea media.

5° Guiándome por la visión de la sonda uretral que he dejado colocada, tomo la próstata por medio de una pinza de Musset, retirando entonces la sonda uretral, hago acercar la próstata por medio de los dedos del ayudante introducidos en el recto del paciente, para su más fácil disección.

6° Procedo a la disección de la próstata, para lo cual como en toda prostatectomía se inicia por la uretra y una vez logrado el plano de clivaje sigo a éste por medio de una espátula de amígdalas, empleando una tijera larga de punta curva para la sección de adherencias duras y de los canales seminales así como de la uretra. Durante este tiempo el ayudante emplea el aspirador y gazas montadas en pinzas largas para la limpieza y visibilidad del campo. Una vez lograda la extracción del tumor se efectúa una cuidadosa revisión de la celda, para tratar de conseguir una máxima hemostasia de ésta, para lo cual se emplea el medio de ligaduras o electrocoagulaciones. Este tiempo puede ser suprimido por cirujanos que no estén acostumbrados a trabajar en campo estrecho y profundo, pues la utilización de la sonda de Fowley una vez bien colocada da una hemostasia perfecta.

7° Procedo a la colocación de la sonda de Fowley utilizando un conductor de curvatura de Beniqué, y lleno el globo de la sonda con un volumen de líquido algo superior al de la tumoración o sea de modo de obtener una compresión de la celda.

8° El ayudante controla la permeabilidad de la sonda por medio de inyecciones de pequeñas cantidades de líquido a través de la sonda, lo que además ayuda a la limpieza de la vejiga, pues arrastra al ser absorbido por el aspirador, pequeños coaguillos, etc. Corto los puntos de catgut que al comienzo de la intervención puse para la fijación de la vejiga a la aponeurosis para el objeto de defensa de los espacios de Retzius y celular abdominal, tomando la vejiga con pinzas de Allis para proceder al cierre de la vejiga, cosa que hago en dos planos. Esta sutura la hago muy cuidadosamente de modo de obtener un verdadero cierre hermético que lo compruebo por una inyección vesical de una cantidad de líquido suficiente para formar un globo vesical visible. Si esta sutura se demuestra satisfactoria, procedo al cierre de los planos superficiales. Si la vejiga ha demostrado durante la intervención estar en buenas condiciones de asepsia, cierro totalmente la herida; mas si hay temor de infección especialmente por colibacilos, dejo un pequeño dren de Penross en el espacio de Retzius.

9° En la misma mesa de operaciones procedo a un lavado vesical con una solución de Oxicianuro. Ácido pícrico al 1/20.0000, a la que añado diez gramos por litro de antipirina para ayudar a la coagulación de las heridas vesicales.

Traslado el paciente a su lecho, conecto la sonda a un aparato de succión y lavado de Wangsteen.

El éxito logrado con este método ha superado mis esperanzas: sorprende ver que las orinas teñidas en sangre al comienzo del postoperatorio se aclaraban a las 48 horas y son prácticamente limpias a las 72 horas, los pacientes evolucionan sin mayores molestias y es posible retirar la sonda de Fowley al séptimo día para hacer lavajes uretro-vesicales.

Tratando de simplificar el método en algunos casos he empleado tan sólo un frasco de absorción, habiendo también logrado éxitos favorables; mas he vuelto a usar el aparato de Wangsteen por la ventaja de poder hacer un lavado rápido de la vejiga en caso de presencia de coágulos, etc.

Los cuidados postoperatorios a los que someto a los pacientes son:

- 1° Control de la succión.
- 2° Administración de líquidos en cantidad suficiente. 3.000 grs. de suero dextrosado al 5 % durante tres días.
- 3° Líquidos per ora a voluntad, según la tolerancia.
- 4° Penicilina, de 400.000 a 800.000 diariamente.
- 5° Si la vejiga estaba infectada, o hallábanse colibacilos, 1 gramo diario de estreptomomicina.
- 6° Control diario de la uremia.
- 7° Como toda intervención que se efectúa sobre el sistema urinario da una modificación de la acidosis, cosa que debe ser tratada por medio de una medicación alcalinizante, es así mismo de tomarse en cuenta la reacción renal, la que se traduce por retención ureica que puede llegar hasta la anuria, débese por lo tanto instituir una dieta hipoproteica, pues a veces si no se toma esta precaución, se presentan hipos, que molestan grandemente y dificultan la alimentación. Hago pues una dieta lo suficientemente rica en calorías, mas sin proteínas.

8° Desde el cuarto día puede irse bajando la presión del globo de la sonda para poderla retirar al séptimo día, desde este momento se puede, después de hacer un lavaje vesical, poner una sonda de látex durante dos días, seguir con los lavajes y retirar esta sonda a las 48 horas, dejando desde ese momento al paciente efectuar sólo sus micciones. A veces la permanencia de tantos días de sonda permanente da una ligera incontinencia que se manifiesta por pérdidas de orina con la tos o el esfuerzo, mas ésta se recupera en muy pocos días.

Para los cirujanos generales que no están acostumbrados a las técnicas urológicas, es posible simplificar más aún esta técnica eliminando la disección de la próstata y efectuando la resección según la técnica de Freyer, pasando inmediatamente a ocluir la celda prostática por medio de la sonda de Fowley, simplificando así al máximo este procedimiento.

Nuestras experiencias se han hecho con más de cincuenta enfermos, no habiendo tenido sino una defunción por un estado de parálisis intestinal al quinto día. Los pacientes han vuelto a la consulta todos en buenas condiciones; tan sólo un caso ha quedado con una incontinencia urinaria, mas es de anotarse en nuestro favor que el examen de la tumoración demostró tratarse de un adenocarcinoma.

DISCUSIÓN

Dr. Comotto. — Como relator de esta comunicación debo hacer algunas consideraciones respecto de este trabajo.

Esta comunicación no aporta nada nuevo. El procedimiento del cierre de la vejiga, ha seducido a todo el que ha hecho cirugía de la próstata. Entre nosotros, existe el antecedente muy lejano del profesor Texo, que fué el primer catedrático de urología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, quien antes de 1910 preconizaba y practicaba el cierre total de la vejiga, dejando una sonda uretral, es decir, del mismo modo en que actúa el doctor Gallegos Anda

Tengo entendido que en la actualidad en el servicio del doctor Figueroa Alcorta se continúa cerrando la vejiga, colocando como drenaje una sonda especial

El aspirador de que se habla en este trabajo debe ser seguramente un aspirador común, como tantos, que impide la formación de coágulos, pero es un aparato más que debe agregarse al instrumental, ya bastante recargado de nuestros servicios de urología.

Los resultados parecen ser muy favorables, como sucede entre nosotros, entre quienes utilizan esta técnica

En conclusión, esta comunicación no representa un aporte nuevo para nuestros conocimientos.