

Tema Oficial.

Hospital Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco

TRATAMIENTO DE LAS OBSTRUCCIONES DEL CUELLO VESICAL. ADENOMECTOMIA SUPRAPUBLICA

Por los Dres. A. TRABUCCO, N. CARTELLI y R. J. BORZONE

El tratamiento de las obstrucciones adenomatosas del cuello vesical por vía suprapúbica, goza de permanente y sólido prestigio desde los comienzos de la cirugía urológica y él se mantiene y acrecienta aunque su técnica haya sufrido modificaciones de detalle. Dichas modificaciones, sin ser sustanciales, tienden a hacer, por esta vía, antes ciega y muy cruenta, un procedimiento más anatómico, más quirúrgico y poco sangrante, de tal modo que, asegurada la hemostasia, el drenaje vesical postoperatorio sea limpio, y de poca duración, con lo cual se gana comodidad para el enfermo, brevedad de la internación —ventajosa para el enfermo y para el Servicio— y disminución de complicaciones.

Esta vía la indicamos cuando el tamaño del adenoma por tacto, endoscopia y radiografía proscriben el tratamiento endoscópico. Esto sentado, debemos dividir los procedimientos quirúrgicos suprapúbicos, según que la operación se efectúe en *un tiempo* o en *dos tiempos*.

La prostatectomía suprapúbica en un tiempo la efectuamos cuando el paciente presenta buen estado general, de aparatos y sistemas y buenos índices de función renal: concentración urinaria, azohemia no superior a 0,50 g % y buen urograma excretor. Si no reúne todas esas condiciones, se trata de llevarlo a ellas mediante sonda permanente y tratamiento médico adecuado y ello logrado, se lo opera. Si no se logra resultado con la sonda permanente o ella no es tolerada, produciendo complicaciones: periuretritis, epididimitis, etc., se efectúa, entonces, el tratamiento en dos tiempos.

PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA EN UN TIEMPO

En nuestro Servicio es ya una norma permanente que esta operación se efectúe a cielo abierto y sin dedo rectal. La amplia exposición que se logra por la vía transvesical, hace innecesario —salvo adenomas de poca prociencia vesical— levantar el adenoma desde el recto. En ese caso, que muy pocas veces se nos ha presentado, es el segundo ayudante el que colabora en esa maniobra: el cirujano permanece limpio durante toda la intervención.

La anestesia es, preferentemente, raquídea con novocaína (0.125 g), entre III y IV espacio lumbar, salvo sus contraindicaciones específicas, en cuyo caso se hace general etérea o por gases.

Técnica: Posición del paciente: decúbito dorsal, con los miembros inferiores separados, flexionadas las rodillas en ángulo recto y apoyados los pies en los soportes de la mesa de cistoscopia, que se adaptan a la mesa de operaciones, reemplazando el tercio distal de la misma.

Cirujano a la izquierda del paciente, primer ayudante a la derecha y segundo ayudante entre los miembros inferiores.

Incisión suprapúbica infraumbilical media.

Liberación de la vejiga, reclinando el fondo de saco peritoneal lo más alto posible en posición de Trendelenburg y colocación del separador estático de Gosset o Balfour en los bordes parietales: se tiene así una amplia visión del espacio de Retzius.

Cistostomía longitudinal media, reparando la vejiga sin repleción, con pinzas de Kocher, Allis o Chaput.

Reparo de ambos labios vesicales con dos puntos perforantes de catgut N° 2, sin anudar, cuyos chicotes se reparan con pinzas.

Colocación endovesical del separador estático, fijando los dos puntos antedichos a sus ramas, antes de separarlas totalmente.

Colocación de una valva "zapatilla" en la pared posterior y examen detenido de la cavidad vesical, observando cuidadosamente los orificios ureterales, el cuello vesical y la prociencia y relaciones del adenoma.

Incisión circular de la mucosa vesical sobre el adenoma, hasta el plano de clivaje, con electrobisturí.

Liberación del adenoma por su plano de clivaje, tomando su extremo vesical con pinzas de Museaux y clivando a dedo o a tijera roma. En este momento y sólo si el adenoma hiciera poco relieve endovesical, por desarrollo endouretral exclusivo o paciente obeso, se complementa la maniobra por medio del segundo ayudante, que introduce uno o dos dedos en el recto del paciente

y levanta la glándula hacia la vejiga. Repetimos que rara vez hemos debido recurrir a esta maniobra.

Terminada la enucleación del adenoma y seccionada la uretra digitalmente o a electrobisturí, al ras del pico glandular, se procede a efectuar la hemostasia, pinzando por lo menos, generalmente no se necesita más, las dos arterias uretrales inferiores o uréterovesicales, que sangran en el borde seccionado de la mucosa dado su regular calibre, y que se ligan por transfijión con catgut. El resto de la loge, así como el cabo uretral, sangran en napa; pero con cierta abundancia, y éste es, por hoy, el problema más importante a resolver dentro de la cirugía prostática. Se lo soluciona de las siguientes maneras: a) taponando la loge con gasa sulfamidada (método clásico); b) con gasa absorbible de celulosa oxidada (Oxichel): ésta se perfora y a través del orificio hecho en su centro se pasa la punta con el balón hidrostático de una sonda de Foley introducida por uretra. El balón se llena de agua o suero esterilizado según su capacidad, de tal modo, que la loge queda tapizada por el oxichel, en tanto que el segundo ayudante tracciona de la sonda uretral en la medida suficiente para adaptar el balón distendido, al limbo de la loge y no dentro de ella. Dicho segundo ayudante queda desde ese momento encargado de efectuar la tracción necesaria hasta terminar la operación, momento en que se fija la sonda, con esa misma tensión, al muslo izquierdo del paciente con varias telas adhesivas anchas, *entalingadas*, desde el meato hasta cerca del extremo libre; c) cuando no se dispone de sonda Foley y la hemorragia en napa es muy escasa, se la puede reemplazar por una sonda Puigvert por uretra, rellenando la loge con oxichel perforado en su centro para permitir el paso de la sonda. La seguridad de este procedimiento es muy relativa.

Una vez efectuada la hemostasia, vigilando la tensión arterial cuando se trabaja con raquianestesia, pues una hemostasia aparentemente perfecta, puede ser sólo debida a la hipotensión, se retiran los puntos que fijan la vejiga al separador estático, se saca éste y se procede al cierre de la vejiga. Este se hace en dos planos: uno muscular de aproximación, con puntos separados de catgut N° 2 y un segundo invaginante, de puntos en X con el mismo catgut. Cuando se efectuó taponaje de la loge con gasa, se deja un tubo de Marion grueso en la parte más alta de la sutura. En los otros dos métodos, si la hemostasia es perfecta, puede cerrarse totalmente la vejiga; pero como factor de seguridad, hemos adoptado la práctica de dejar un tubo de Marion fino hecho con dos tubos de drenaje y un intermediario acodado de vidrio, que, si no es necesario, pues funciona bien la sonda uretral, sin coágulo, se retira a las 24 horas.

Se deja drenaje de rubber-dam y sulfanilamida cristalizada en el espacio de Retzius y se sutura la pared con planos, sin anclaje de vejiga.

Cuando se usa sonda de Foley, se efectúa en la misma mesa de operaciones el control de la hemostasia, lavando con agua hervida caliente por la sonda uretral y recogiendo el agua de lavaje por la sonda hipogástrica, hasta que ello salga limpia o levemente coloreada de rosa.

Se efectúa inyección de antibióticos y sueros cuando sea necesario.

La prostatectomía, tal cual la hemos descrito es, técnicamente, una operación sencilla y que ofrece buena visibilidad de la zona operatoria y de la loge, aún en personas de cierta gordura. La pérdida de sangre se reduce a un mínimo y los vasos importantes de la loge (ureterales inferiores), se pueden reparar perfectamente y ligarlos por transfixión. La operación se hace típica, reglada y elegante y no se tiene el desagradable espectáculo de la enucleación bidigital, sangrante y a ciegas. La sección de la mucosa a electrobisturí asegura la eliminación de la misma en cantidad suficiente y necesaria, previniendo la formación de un espolón cicatrizal, susceptible de causar una nueva obstrucción, como sucede con cierta frecuencia en el método clásico bidigital.

El uso de la sonda de Foley tiene la gran ventaja sobre el taponamiento de la loge con gasa, de no adherirse a sus paredes: provoca menos tenesmo y su retiro, que se hace evacuando el balón paulatinamente, involucra menor posibilidad de hemorragia que el retiro del tapón, maniobra esta última, siempre dolorosa, además. Recalcamos que la acción hemostática del balón de la Foley se ejerce sobre todo, por la tracción del muslo, que lo adapta al limpo vascular de la loge y no dentro de la loge. La hemorragia en rafa de la loge y uretra posterior, se cohibe con la gasa de celulosa oxidada.

PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA EN DOS TIEMPOS

Cuando el mal estado general, la pobre función renal y la mala tolerancia de la sonda permanente uretral impiden la prostatectomía en un tiempo, se efectúa una cistostomía, con objeto de mejorar dichas circunstancias hasta el punto de poder efectuar la prostatectomía. La edad es un factor secundario si el estado general es bueno y la función renal bien compensada. El tiempo que transcurre entre la cistostomía y la prostatectomía, varía en cada caso y no puede darse un plazo esquemático. Más aún, muchos pacientes nunca pueden llegar al segundo tiempo y la cistostomía es entonces, definitiva; o aun el estado general es tan malo y el equilibrio funcional tan precario, que ellos sucumben ante ese primer tiempo de tan fácil y en apariencia inocua ejecución.

El uso de los antibióticos y el empleo generoso de la medicación anti-shock, como sangre y plasma, hacen afortunadamente, que sean cada vez

más restringidos los casos de cistostomía definitiva, cuya permanencia es una enfermedad más agregada al adenoma, o por lo menos, un verdadero achaque y muchos casos, que antes se hubieran tratado en dos tiempos, hoy día los tratamos en un tiempo con brillantes resultados. La técnica a que nos referiremos ahora, es, en consecuencia, una solución obligada, a falta de otra mejor, por factores ajenos a nosotros y no una técnica permanente o que pueda equipararse a la prostatectomía en un tiempo.

El primer tiempo lo efectuamos con anestesia local, generalmente suficiente y obligatoria, muchas veces, por el estado de intoxicación o infección del paciente. Efectuamos la técnica clásica, con la sola variante de no distender nunca la vejiga previamente, reparándola con pinzas en el momento de la incisión. Usamos sonda de Pezzer N° 30 y colocamos rubber-dam y sulfanilamida en el espacio de Retzius.

El segundo tiempo lo efectuamos con anestesia general etérea o con Pentothal y con la clásica técnica de Fuller-Freyer. Se puede empero —y lo hemos hecho en un paciente— efectuar la prostatectomía a cielo abierto, resecaando la cicatriz de la talla anterior y liberando la vejiga, procediendo luego como en la prostatectomía en un tiempo. Claro está, que la técnica de Freyer era de rigor cuando no existían sulfamidas ni penicilina: era entonces una temeridad reabrir el espacio perivesical, fácilmente infectable, cuando, a través de dos orificios mucosos: el ano y la fístula hipogástrica, se podía enuclea el adenoma, con el mínimo de riesgo de infección. Pero la operación a cielo abierto, más quirúrgica y reglada, asegura la completa enucleación del adenoma, la amplia resección de mucosa a electrobisturí y la correcta hemostasia "de visu". Nuestros casos, empero, con una sola excepción, se han hecho con la técnica clásica.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Presentamos como base de nuestra comunicación, 55 prostatectomías efectuadas en nuestro Servicio del Hospital Alvear exclusivamente, tomadas al azar de entre los casos operados desde febrero de 1946 hasta la fecha. De ellos, 18 lo fueron en dos tiempos y 37 en un solo tiempo.

Las edades de los pacientes oscilan entre el más joven, que tiene 47 años y el de más edad, de 75 años. Las edades más frecuentes son las del decenio 50 - 60 años.

De los 55 casos considerados, sólo 5 eran solteros.

El comienzo de los síntomas obstructivos se extendía desde 10 a 12 años atrás como máximo; en un caso sólo, hasta un mínimo de 3 ó 4 meses antes de la consulta en nuestro Servicio, oscilando habitualmente entre 2 y 3 años de molestias antes de decidirse por el tratamiento radical.

Los síntomas iniciales son siempre polaquiuria nocturna y disuria inicial crecientes. De todos nuestros casos sólo 5 presentaron hematuria, preferentemente terminal, síntoma éste que siempre los llevó a la consulta médica.

21 enfermos presentaron una o varias retenciones agudas completas de orina y en algunos de ellos ese fué el síntoma premonitor que dió comienzo aparente a la enfermedad, ya que la polaquiuria, si no es muy marcada, es para muchos legos un signo de buena función renal y no una alteración patológica.

Sólo uno de los casos se presentó con retención crónica completa con distensión. Evacuado gota o gota, según las reglas, fué luego tallado y sólo se efectuó secundariamente la prostatectomía cuando se compensó su insuficiencia renal, cinco meses después.

Todos los enfermos fueron estudiados endoscópicamente con panandoscopia y cistoscopia, salvo algunas excepciones, y todos se les practicó el estudio radiológico: urograma excretor, uretrocistografía o ambos. Cuando el tacto rectal, la endoscopia y el estudio radiológico coincidían acerca de la magnitud del adenoma, se decidía su terapéutica quirúrgica: adenomectomía suprapúbica o resección endoscópica. Los enfermos prostatectomizados presentaron adenomas cuyo tamaño oscilaba entre el de una ciruela grande y un pomelo, siendo la inmensa mayoría del tamaño de una mandarina. Sólo en dos o tres ocasiones el hallazgo operatorio no coincidió con la imagen radiográfica o endoscópica: ella revelaba una ciruela grande o una mandarina y luego sólo se hallaba en la operación un lóbulo medio del tamaño de una avellana. Ello pudo ser debido a falsas imágenes o bien a la descongestión y reducción real de tamaño, producidas por los antibióticos y la derivación urinaria: talla o sonda permanente, previas a la adenomectomía.

La anatomía patológica ha sido muy interesante y de un valor pronóstico importantísimo, que la hace inexcusable y necesaria, cualquiera sea el aspecto macroscópico de la pieza operatoria. Así es que, de los 55 operados con caracteres clínicos, semiológicos y aún operatorios de adenoma prostática, se han hallado en 16 (30 % aproximadamente), al corte histológico, focos incipientes de atipia celular que indicaban ya una desviación hacia la malignidad. La evolución ulterior de dichos enfermos, nos indica que se ha efectuado verdadera profilaxis del cáncer, pues han seguido sin manifestaciones patológicas que hagan presumir ni recidiva ni metástasis.

En cuanto a la técnica operatoria empleada, ya descrita al comienzo de esta comunicación, debemos diferenciar los casos operados en dos tiempos: 18 enfermos y los operados en un tiempo: 37 enfermos. En los primeros se ha empleado la técnica clásica a lo Freyer, menos en uno, que concurrió ya tallado en su residencia habitual un año antes y al cual se le efectuó la prostatectomía a cielo abierto, según nuestro procedimiento habitual.

Las prostatectomías en un tiempo (37), se han efectuado a cielo abierto, según ya dijimos, taponando la loge con gasa sulfamidada en un principio: año 1946 y primera mitad de 1947) y drenado con tubo de Marion grueso. Desde mediados de 1947 se usa la sonda de Foley con gasa absorbible de celulosa oxidada y un pequeño tubo de Marion de seguridad durante 24 horas. No se ha podido usar sistemáticamente la sonda Foley, como hubiera sido nuestro deseo, por la dificultad de obtener dicha sonda en plaza.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Prostatectomía en dos tiempos: 18

Días de internación después de la prostatectomía: 30 días término medio fué lo habitual. El plazo más corto fué de 23 días y el más largo de 69 días. Este último era un distendido, con insuficiencia renal, pulmonar crónico, con malas defensas y a quien hubo que cerrar la fístula hipogástrica quirúrgicamente.

Fallecidos: 3. Uno el día de la intervención, luego de una transfusión sanguínea; otro de uremia al 20º día de operado y el tercero el día de su egreso, por embolia pulmonar sincopal. Los 15 restantes curaron sin complicaciones, salvo uno, que hizo un espolón residual de cuello, que se reseco endoscópicamente y el otro mencionado más, arriba, que obligó al cierre quirúrgico de la fístula hipogástrica.

Prostatectomía en un tiempo: 37

Hemostasia con oxícel y sonda Foley 7

Taponaje de gasa y tubo de Marion 30

Los siete primeros cerraron su vejiga a los 4, 10, 13, 15, 23, 35 y 68 días de operados. De ellos, los tres últimos (23, 35, 68 días), se complicaron con supuración prevesical y esfacelo de pared, cicatrizando por segunda con el consiguiente retardo.

En los casos taponados con gasa sulfamidada y drenados con tubo Marion, el cierre vesical demoró entre 10 días como mínimo y 43 como máximo. Lo habitual fué el cierre entre los 20 y los 25 días.

De estos 37 enfermos, fallecieron sólo 2: uno al segundo día de operado por ileo paralítico irreductible y otro por cuadro bronconeumónico agudo e insuficiencia cardiopulmonar a los 12 días de operado. Ambos casos fueron taponados con gasa sulfamidada.

Entre las complicaciones inmediatas de esos 37 casos, registramos 12 supuraciones parietales, inevitables en el medio hospitalario, con escasez de elementos de curación y de personal subalterno eficiente: 4 ileos paralíticos, uno de ellos irreductible y fatal, ya mencionado; 3 hemorragias al retirar el tapón,

una de las cuales obligó a retaponar; 2 periuretritis y una embolia pulmonar reductible.

Entre las complicaciones alejadas hubo 3 casos de espolón residual cervical, que se resecaron endoscópicamente para permitir el cierre vesical. Uno de ellos, cuyas radiografías pre y postoperatorias mostramos (Fig. 1), es digno de relatar, por la modalidad evolutiva del mismo. Operado a cielo abierto, con

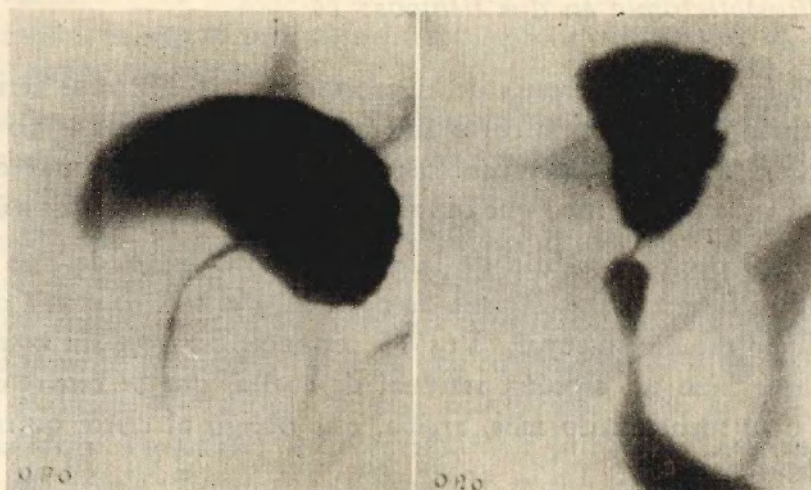


Fig. 1. — E. T.

O. Pr. O.: Oblicua preoperatoria

O. Ps. O.: Oblicua postoperatoria

O. Pr. O.: Gran adenoma con elongación uretral y elevación del cuello

O. Ps. O.: Tres meses después de operado y resecao un espolón cervical postoperatorio. se observa la esclerosis de uretra, zona cervical, causante de la fistulación hipogástrica.

taponaje, la anatomía patológica de la pieza extraída —macroscópicamente adenoma— reveló zonas precancerosas. Al producirse el espolón cervical con retardo del cierre vesical, se pensó en una recidiva neoplástica. Se efectuó entonces, castración y resección endoscópica del espolón vegetante. Este resultó ser de naturaleza inflamatoria crónica. La vejiga cerró luego de la resección; pero a los dos meses se reabrió y hubo de reponerse sonda hipogástrica, pues el paciente presentaba gran disuria. La nueva uretrocistografía de control muestra la persistencia de un espolón cervical, rígido, que explica la disuria y la fístula. Se está preparando para nueva resección y sigue con estrógenos, con muy buen estado general.

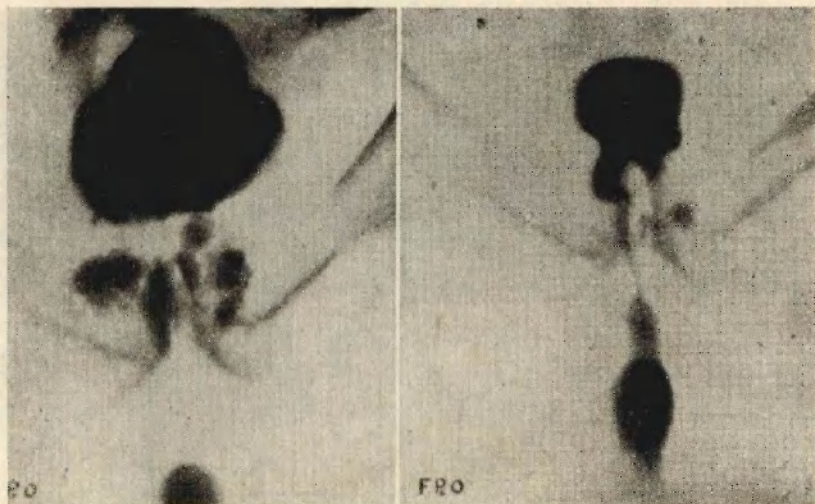


Fig. 2. — S. S
 F. Pr. O.: Adenoma con litiasis prostática
 F. Ps. O.: Corrección de la lesión



Fig. 3. — J. J. G.
 O. Pr. O.: Adenoma con alargamiento uretral y elevación cervical
 O. Ps. O.: Corrección de la lesión

Mostramos a continuación las uretrocistografías preoperatorias y sus correspondientes controles alejados, de tres pacientes operados a cielo abierto con taponaje de loge. Una de ellas muestra una litiasis prostática concomitante con

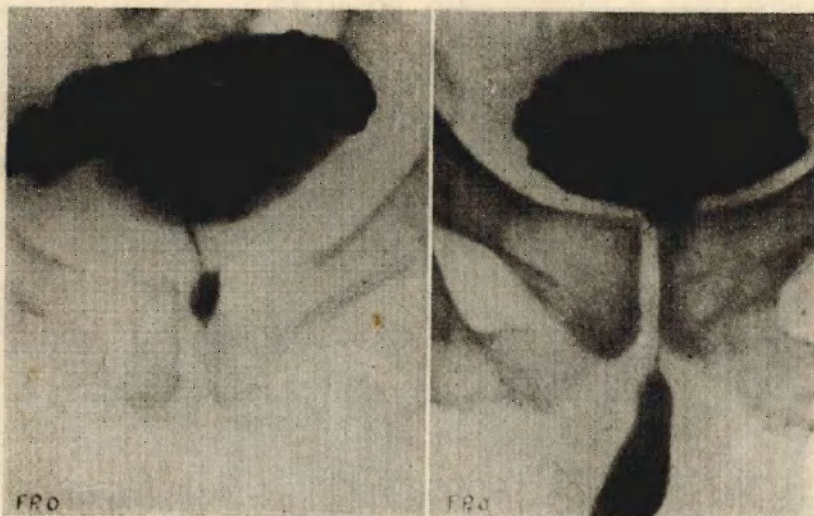


Fig. 4. — G. T.
 F. Pr. O.: Gran adenoma endovesical
 F. Ps. O.: Corrección de la lesión

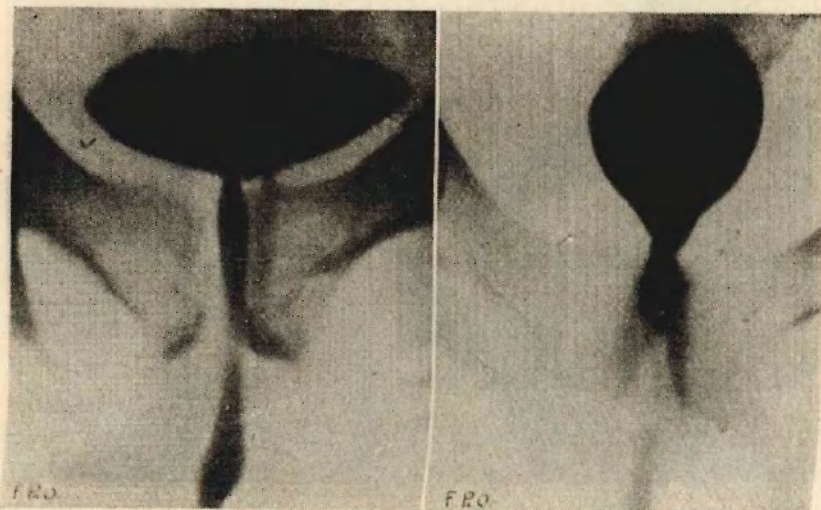


Fig. 5. — A. Della C.
 F. Pr. O.: Adenoma endouretral (Operado con Foley)
 F. Ps. O.: Corrección de la lesión

el adenoma. Finalmente mostramos las radiografías de un caso operado con sonda de Foley, según descripción previa. (Figs. 2, 3, 4, 5).

CONCLUSIONES

La prostatectomía en dos tiempos es un recurso terapéutico de necesidad, ante mal estado general irreductible con sonda permanente o por intolerancia a la misma.

Cuando el tamaño del adenoma al tacto rectal, endoscopia y uretrocistografía, sobrepasa las posibilidades de la resección endoscópica, por ser mayor que una ciruela chica, y siempre que el estado general, la función renal —por laboratorio y urograma excretor— y la falta de infección urinaria lo permiten, el método quirúrgico aconsejable es la prostatectomía suprapúbica en un tiempo.

Hallamos que el procedimiento empleado en nuestro Servicio, a cielo abierto, con sección de mucosa a electrobisturí, hemostasia por transfixión de las arterias ureterales inferiores y sonda de Foley con oxichel, es excelente y seguro. La amplia visualización de la zona operatoria evita la necesidad del dedo rectal y el cirujano trabaja limpiamente. La loge se ve bien y se puede efectuar la hemostasia de los vasos importantes por pinzamiento y ligadura. El balón de la sonda Foley asegura la hemostasia de los vasos restantes, comprimiendo el limbo de la loge por su tracción, en tanto que la hemorragia en napa de la loge y cabo uretral se cohibe con el tapón absorbible de oxichel. El pequeño tubo de Marion, que dejamos 24 horas, asegura la salida de los pequeños coágulos que pudieran formarse y no interfiera, al ser retirado pronto, en el cierre rápido de la pared vesical.

Las supuraciones de la pared son complicaciones inevitables de la operación mejor realizada, a pesar de los antibióticos, si no se cuenta con personal subalterno capacitado y suficiente, que sepa vigilar y reparar los elementos de drenaje vesical y hemostasia, en el postoperatorio inmediato, secundado eficazmente al médico asistente. A propósito es de hacer notar que no hay comparación posible entre la evolución del paciente hospitalario que sirve exclusivamente de base a nuestra observación y la del asistido en sanatorios especializados, donde las complicaciones son casi nulas.

La posibilidad de hemorragia es mínima y desaparece su amenaza, siempre presente cuando se retiraba el tapón de gasa. El tenesmo que aquejaba al paciente taponado, no se produce, generalmente, con la sonda de Foley, ya que la loge no está distendida con gasa, sino comprimido solamente su limbo por la tracción del balón. La cantidad de oxichel colocado alrededor de la sonda, sobre las paredes de la loge, es pequeña y no la distiende.

El cierre vesical, cuando no se producen complicaciones sépticas, se logra rápidamente —entre 4 y 15 días—, ventaja que no escapará a los colegas, tanto para el paciente como para el Servicio.

Volvemos a insistir sobre la importancia innegable del estudio histológico sistemático de la pieza operatoria, para descubrir precozmente el alto porcentaje (30 %), de comienzos de degeneración maligna, lo cual será un alerta para el control de cerca, de la evolución de sus portadores y la intervención oportuna si ello fuera necesario.
