

## MORBI-MORTALIDAD EN LA ADENOMECTOMIA (NUESTRA EXPERIENCIA EN 300 PROSTATICOS)

---

Por los Dres. JOSE MIGUEL GOMEZ y ANGEL H. TAPIA SANCHEZ

Un problema siempre actual en el tratamiento quirúrgico del adenoma peri-uretro-subcervical, es la elección correcta de la técnica terapéutica. Desdichadamente, estas no nacen armadas de todas armas y de la cabeza de un dios, como Palas: son esbozos, ensayos, intentos, que la experiencia diaria y universal va corrigiendo y enmarcando en sus límites justos. En principio, ninguna es mejor o peor que otra, si bien es cierto que mucho hace la mano del artista en este arte quirúrgico. Por ello es que los que como nosotros no poseemos virtuosismo alguno que nos singularice, nos adherimos a otras reglas y variamos los procedimientos según varía, y entre que límites extremos, el complejo enfermedad-enfermo.

Deseamos señalar lo que hemos observado en una serie de 300 pacientes intervenidos en el Servicio de la Cátedra del Prof. González, en Córdoba, desde el año 1944 hasta octubre de 1951. En esta ajustada reseña damos cuenta de nuestra experiencia.

### I. --- TECNICAS EMPLEADAS

Sobre el total de enfermos considerados, hemos efectuado la adenomec-tomía en un tiempo en el 53,2 %. Con la técnica "a cielo abierto", según la modificación propuesta por Figueroa Alcorta aún cuando no en idéntica forma y cuya filiación tiene una larga historia, hasta Texo, pasando por Harris, fué intervenido el 30,9 %: tan solo el 0,3 % con la Fuller-Freyer y el 1,6 % con la perineal, a la manera de Puigvert. Estas dos últimas citadas no completan el 2 % del total, de modo que en las cifras que se leerán poste-riormente no influirán de modo decisivo para la apreciación de los resultados.

Con la clásica técnica de Fuller-Freyer en dos tiempos hemos operado un 46,8 %.

Obviamente, el primer tipo de procedimiento fué aplicado a los enfer-mos en mejores condiciones y el segundo a aquellos que ofrecían un elevado riesgo quirúrgico, lo que permitirá una justa referencia de su valor respectivo cuando veamos las cifras de la mortalidad.

mayor en el 1,3 %. No pareciera haber una relación muy característica con la técnica, aún cuando tenemos la impresión de que la perineal la determina de modo más constante.

Pero una secuela de mucho mayor significación, los síndromes obstructivos, producidos habitualmente por la formación de diafragmas inter-vésico-prostáticos, fueron observados en el 2 %. Su solución cruenta o incruenta no ofreció inconvenientes. En un caso fué documentada una rara esclerosis peri-uretro-cervical, brillantemente tratada por Puigvert con su técnica perineal.

Las cistitis residuales de duración moderada, dentro de plazos aceptables, fueron observados en el 10 %, pero en otro 5 % significaron más padecimientos y más recursos puestos al servicio de los enfermos, que sufrían en esta segunda eventualidad la forma incrustada. Los cálculos, indudablemente debidos a estos procesos, fueron vistos en el 6,6 %, siendo sometidos los enfermos con éxito a la litotricia endoscópica.

Por último, y deseamos destacar la cifra, pues los errores enseñan, el 1 % consultaron nuevamente por pseudo-recidivas. Felizmente su solución no significó mayor problema.

### 3. - ALTAS. - PROMEDIOS EN DIAS

Un criterio hemos aplicado para fijar el tiempo del alta: consideramos que si al retirar la sonda uretral, el enfermo bajo nuestra observación, no se presenta ningún trastorno llamativo, el alta se determina por el retiro de la sonda.

En los operados en un tiempo, el 5,4 % la obtuvo en menos de 10 días; el 27,3 % entre 10 y 20 días; el 34 % entre 20 y 30 y el 32,9 % en más de 30 días. Estas técnicas permiten una más precoz salida del hospital que la clásica en dos tiempos en la que observamos que, naturalmente, ningún enfermo obtiene su alta en 10 días: tan sólo el 15,1 % entre 10 y 20; el 30,2 % entre 20 y 30 y más de la mitad, el 54,7 %, pasado el mes del segundo tiempo. Pero esta demora, a la cual asignamos una importancia mínima, pues ni nuestro interés ni el de los enfermos radica en sacrificar posibilidades de supervivencia a guarismos sorprendentes, se ve amplísimamente compensada por las cifras de la mortalidad.

### 4. - MORTALIDAD

Debemos lamentar diez muertes en nuestros 300 operados. Pero dos de ellos, según dijimos, se excluyen, pues razonablemente no son atribuibles ni a la técnica en sí ni a su ejecución: un tétano y una tifoidea. De tal modo que nuestra mortalidad se reduce al 2,66 %, cifra que consideramos baja y susceptible de mejorar.

De este remanente de 8 fallecidos, el 62,5 % lo fué por insuficiencia cardiovascular, el 25 % por insuficiencia renal y el 12,5 % por hemorragia de tal modo brutal y rápida que terminó con este enfermo, al que representa la cifra citada, en un lapso muy breve. Como experiencia aleccionadora, ya que las pruebas, análisis y exámenes de rutina y especializados nos afirmaban el buen estado renal y cardiovascular preoperatorio en nuestros fallecidos, estos

datos nos recuerdan la penuria en que estamos para medir y sopesar los imponderables en nuestro balance preoperatorio. No hay manera de obtener un dato tan cierto que nos exima de temer un trágico desmentido en el postoperatorio. Lo cual, evidentemente, no disminuye valor al examen exhaustivo del enfermo y a la necesidad de agotar su estudio previo. Quizá algún día dispongamos del medio que nos permita averiguar cómo se comportará cierto aparato o cierto sistema sometido a tal o cual agresión terapéutica.

Entre los intervenidos "a cielo abierto" murieron el 5,43 % y en aquellos en que se practicó la Millin, el 1,66 %. Contrastando con estas cifras, sobre todo con la primera, los operados en dos tiempos sólo arrojaron una mortalidad del 1,43 %. A esto aludíamos más arriba. La conclusión, para nosotros, es muy simple de extraer y si la ponemos en práctica, será de extremo provecho para el enfermo, nuestro principalísimo interés.

En relación con la anestesia empleada, evidentemente la más temible es la raquinovocaína, que fué practicada en 5 de ellos; le siguen en orden de peligrosidad, en nuestras cifras, la con barbitúricos y la general con éter, siendo la más inofensiva la local o loco-regional, con la cual no hemos perdido ningún enfermo.

Por último, digamos que en la primera serie de 150 operados murieron el 4 % y en la segunda, de igual número, el 1,44 %.

5. — DATOS REFERENTES A LA MILLIN. - COMPARACION CON LOS OPERADOS "A CIELO ABIERTO" Y EN DOS TIEMPOS

Es corta nuestra experiencia con esta técnica, por muchos motivos seductora. Hemos intervenido así 60 enfermos y en su aplicación observamos, comparando las cifras con las ya señaladas:

<i>Millin</i>		<i>Cielo abierto y dos tiempos</i>
Hemorragias inmediatas....	13,3 %	..... } .....
Hemorragias tardías.....	5,0 »	..... } ..... 3,3 %
Cistostomías de seguridad..	6,6 »	
Cistostomías de necesidad..	3,3 »	

Destaca la mayor cifra de hemorragias en la Millin, imputables a diversas causas, pero deseamos hacer notar que muy rara vez fué comparable su gravedad a la vista en las intervenciones "a cielo abierto". Quizá buena parte de estas hemorragias se deba a la caída tensional que sucede a la raquinovocainización y que enmascara la pérdida sanguínea, dificultando engañosamente la hemostasia; esto resultaría válido para las inmediatas. En las tardías seguramente juega un papel importante la caída de las escaras. Es sin embargo, un factor a tenerse muy en cuenta y creemos que la depuración de su técnica puede disminuir los riesgos.

Edemas de pene.....	6,6 %	.....	0,0 %
---------------------	-------	-------	-------

A este propósito digamos que el aprendizaje, haciendo cada vez más económica la ligadura de ciertas venas, ha hecho que este pequeño e inofensivo

accidente no lo hayamos observado en nuestros operados de la segunda mitad de la serie.

Orquiepididimitis..... 6,6 % ..... 3,7 %

No pareciera, contrariamente a lo que afirma Millin, que su técnica disminuya la aparición de esta complicación, por otra parte y en la actualidad, poco temible.

Cistitis residuales de corta  
duración ..... 8,3 % ..... 10,0 %  
Cistitis inerustadas..... 8,3 » ..... 5,0 »

Las variaciones, aquí, son poco significativas.

Colecicones serohemáticas .... 5,0 %  
Celulitis del Retzius..... 8,3 »

Conviene recordar que estas dos complicaciones, conjuntamente con los edemas peneanos y la terapéutica que supone la cistostomía de seguridad seguida de taponamiento, son propias de las Millin atípicas. Pero también digamos que no ofrecieron gravedad manifiesta, cediendo al drenaje y al microterapia.

Incontinencia, curada..... 4,3 % ..... 8,3 %

La levedad de la complicación hace que pierda significado, sobre todo cuando la curación fué obtenida sin inconvenientes.

Ileo paralítico..... 1,6 % ..... 1,6 %

Igual frecuencia de ambos estados.

Escaras sacras ..... 1,6 % ..... 2,3 %

El mayor tiempo que insume el post-operatorio en las intervenciones clásicas, supone también mayores posibilidades para la aparición de las escaras, por otra parte evolucionadas todas favorablemente.

Fístulas hipogástricas con  
cierre extemporáneo.... 0,0 % ..... 10,7 %  
Síndrom. obstructiv. (Estre- Síndrom. obst.  
chez, dilatada con éxito) 6,6 » por diafragma 2,0 »

En el caso de la segunda categoría de intervenciones, el síndrome estuvo condicionado por alteraciones anatómicas más complejas y de más difícil solución que en la Millin, en que fué resuelto por una terapéutica sencilla. Probablemente, la lógica timidez en los primeros casos hizo que la obstrucción se

diése en ellos más que en los últimos: sin duda que la amplia resección del labio posterior pone al abrigo del incidente.

Litiasis vesical ..... 3,3 % ..... 0,6 %

No tiene para nosotros una explicación irrefutable este hecho comprobado. Por fortuna, la solución es simple.

Altas en menos de 6 días.	13,5 %	.....	2,7 %
Altas entre 10 y 20.....	38,9 »	.....	21,2 »
Altas entre 20 y 30.....	18,6 »	.....	32,3 »
Altas en más de 30 días..	29,0 »	.....	43,8 »

En resumen, antes de 20 días obtienen su alta el 52,4 % de las Millin y solo el 23,9 % las otras técnicas. Es evidente que el menor promedio de internación, el reducido o nulo shock operatorio, la habitual benignidad de las complicaciones aún cuando no su frecuencia y variedad y de manera muy particular, la baja cifra de mortalidad, el 1,66 % comparado al 5,43 % en las "a cielo abierto" especialmente, hablan elocuentemente en favor de la Millin. Juzgando las cosas con ese criterio final, solo admite comparación con la clásica intervención en dos tiempos, cuya mortalidad fué de 1,43 %, siendo múltiples las ventajas de la Millin en relación al viejo procedimiento, sobre todo por ser posible en aquella el realizarla cada vez mejor, cosa menos fácil en esta.

#### 6. -- CONCLUSIONES

1. — Se estudian algunos problemas vinculados al post-operatorio de la adenomectomía en 300 enfermos, de los cuales poco más de la mitad fué intervenido con técnicas en un tiempo y el resto en dos.

2. — Excluyendo el 20 % de ellos, en que se efectuó la Millin, en los restantes las complicaciones no urinarias observadas carecieron por lo general de magnitud y gravedad.

3. — Las complicaciones urinarias, en particular las hemorragias graves, fueron observadas en el 3,3 %, inmediatas o tardías, preferentemente con la técnica "a cielo abierto". Con la Fuller-Freyer en dos tiempos se produjo un importante número de fístulas hipogástricas que hubieron de ser sometidas al cierre extemporáneo.

4. — La secuela de mayor significación la constituyó la obstrucción post-operatoria, por diafragmas inter-vésico-prostáticos, en el 2 %. Fueron resueltas en forma cruenta o incruenta. La de mayor frecuencia fué la cistitis de larga duración, sobre todo en su forma incrustada.

5. — Considerando plazos de 10 hasta más de 30 días para el alta, es evidente la ventaja a favor de las técnicas en un tiempo sobre las en dos tiempos.

6. — La baja mortalidad observada (2,66 %), se distribuye paradójal y desigualmente en las intervenciones en un tiempo "a cielo abierto" (5,43 %) y la Fuller-Freyer en dos tiempos (1,43 %), lo que permite oponer un argu-

mento de extraordinaria fuerza a cualquier seducción que ofrezcan las primeras técnicas.

7. — Sobre 60 Millin, se recoge la observación fundamental de que es una intervención cuyo post-operatorio presenta una morbilidad rica en incidentes pero pobre en gravedad, tanto en cuanto se refiere a las complicaciones inmediatas o a las tardías; que permite un alta en plazos breves y cuyos resultados funcionales son buenos.

8. — Sobre esta corta serie de Millin, la baja mortalidad resiste muy ventajosamente la comparación con la correspondiente a las operaciones "a cielo abierto" (1,66 % contra 5,43 %), y se aproxima mucho a la menor, propia de las en dos tiempos (1,43 %).

9. — Siendo esta técnica de Millin ampliamente susceptible de mejoramientos, creemos que su ejercitación más frecuente nos permitirá presentar cifras que mejoren, en nuestra experiencia, las correspondientes a cualquier otra.