

LA HEMOSTASIA EN LA OPERACION POR ADENOMA DE PROSTATA A CIELO ABIERTO (Técnica Personal)

Por el Dr. LEONIDAS REBAUDI

La detención de la hemorragia en la adenometomía de la próstata ha constituido siempre un punto crucial en todas las técnicas que se han ensayado para realizarla.

Operación ejecutada en la profundidad de la pequeña pelvis con un campo de acción limitado, ha puesto generalmente en aprieto al cirujano para obtener una hemostasia perfecta; por este hecho queda explicado naturalmente el gran número de aparatos ideados para acercar la zona sangrante al control del cirujano. De esta característica sólo escapa la resección endoscópica, que por este motivo ve limitado su campo de acción a un pequeño número de tumores y a la operación pura del cuello vesical.

La usura del tiempo hace que me vea obligado a circunscribir los límites de este trabajo a la operación a cielo abierto por vía endovesical. Es indudable que una discusión amplia, poniendo sobre el tapete todas las técnicas daría un panorama completo y permitiría al cirujano urólogo afianzar su criterio en la elección de la vía quirúrgica a realizar, ya que el especialista debe dominarlas a todas, para aplicar al enfermo las que creyere más ajustada a su caso. Esta elección tiene también sus límites conferidos por el propio tumor, cuyo crecimiento se ve limitado hacia abajo y hacia adelante por la resistencia de los planos óseo y aponeurótico muscular.

Es entonces la dirección en el crecimiento del tumor, la causa que justifica en gran parte al cirujano en la elección de la vía quirúrgica y digo en gran parte porque también pesan considerablemente sobre la balanza el estado general del paciente que puede obligar a disminuir el tiempo en el acto quirúrgico, o a elegir un método poco shokante.

Amparándome en lo antedicho describiré en parte la operación endovesical a cielo abierto y la describiré no ampliamente como serían mis deseos, sino bajo el punto de vista hemostático. Es indudable que los límites estrictos de este enfoque, limitan considerablemente el campo en la visión del mismo. Resta de todo esto sólo una satisfacción, que es la hemostasia un hecho sustantivo que ha obligado a los cirujanos a buscar vías y ensayar aparatos nuevos con el objeto de obtener en el hecho de la hemostasia si fuese posible una perfección matemática, y esta perfección lleva emanada consigo misma una visión perfecta, es entonces una visión perfecta la primera condición a llenarse, cuando se quiere obtener una hemostasia también perfecta.

A lo antes dicho van dirigidos los aparatos por mí creados, y cuya descripción me ahorro, por ser de Uds. conocida; diré solamente que actualmente

empleo el separador de Simpson para visualizar el extremo uretral de la "loge" prostática, que este separador ha sufrido las siguientes modificaciones: 1º) se le han agregado dos valvas en situación equidistantes entre el eje de las ramas fijas y las valvas del extremo distal y en la mitad del recorrido de la valva central se ha fijado una pequeña lamparilla que hace maza con el separador por uno de sus colos, estando el otro conectadô con un cable bien aislado. La luz se recoge de un reductor de potencial de los usados comúnmente en urología o de dos pilas secas unidas en serie.

La acción está de tal manera asegurada empleándose el separador vesical por mí ideado y el de Simpson, modificado, que no sólo el cirujano, sino que también los ayudantes y el público que observan la operación, pueden seguirla paso a paso. Tiene lo que antecede las siguientes ventajas: 1º) Que el cirujano ayudado por una iluminación perfecta del campo operatorio puede percibir los peligros y dificultades que hallará a su paso. 2º) Que la exposición perfecta del sitio a operar, le permitirá el uso de toda clase de aparatos en la localización de la hemorragia y la obtención de la hemostasia, y 3º) que el control de la operación por varias personas permite un mayor ajuste en la realización de la misma.

Es indudable que el cirujano que desee operar un adenoma de próstata, debe empaparse muy bien de la anatomía del sitio a operar, ya que resulta trágico improvisar durante la operación misma.

En esencia son dos los sitios sangrantes después de realizada la adenometomía prostática, cuando ésta ha sido realizada en forma perfecta y se ha respetado íntegramente a la cápsula, es decir, 1º) el extremo vesical, y 2º) el extremo uretral. Descartamos de esta manera la sutura de la cápsula a lo Rintschak, operación realizada casi en forma ciega y muy traumatizante con la aguja de bu-merang.

El extremo vesical tiene en general un punto posterior localizado en el reborde posterior de la herida, dos laterales y generalmente uno anterior; de todos estos el menos importante es el anterior, aunque algunas veces debe ser objeto de atención especial, por la gran cantidad de sangre que emana de su arteria.

Es indudable que la descripción antedicha se conforme a los casos generales, que con harta frecuencia existen variantes, y que el cirujano debe saber sortear estas variantes.

1º por la observación antes de la incisión, para efectuar el ligado previo en puntos bastante alejados del sitio a incidir, y 2º, por el ligado en el caso de grandes arterias muy sangrantes después de la incisión. Es por otra parte imprescindible que el operador esté bien informado de la presión arterial del paciente en el momento de cohibir la hemorragia, para reconocer su verdadera magnitud.

Las pequeñas arterias serán cohibidas por la presión realizada por el balón de las sondas de Foley al comprimir la sutura del extremo vesical tal cual lo hace Rintschak (es necesario dejar constancia que el balón aconsejable es el realizado por nosotros, que es "souple"), condición que le acuerda las dos ventajas siguientes:

1º, la de acomodarse a todas las anfrastuosidades de la loge, no dejando espacios muertos, y ejerciendo en todas partes la misma presión, y 2º, que al tener el balón una gran capacidad (500 cm.³ y más) no ofrece al cirujano en su distensión ninguna resistencia y que la percibida en el momento de inyectar se debe sólo a la resistencia de los tejidos, es de esta manera que el operador tiene conciencia de la presión hemostática.

El extremo uretral se hace invisible si la sección se la ha realizado por arrancamiento a dedo como en la operación a lo Freyer o por sección instrumental traccionando el adenoma hacia arriba porque la uretra escapa como un elástico, escondiéndose debajo de la incisión inferior.

Para obtener un buen "manchon" es necesario proceder de la siguiente manera: 1º, al haber librado completamente al adenoma de su cápsula, éste se mantiene adherido por la uretra; se secciona entonces el rafe anterior, abriendo la uretra prostática como un libro, mediante la tracción realizada por dos pinzas de Duval; 2º, se incide con el electrobisturí la mucosa que recubre el tercio inferior del adenoma de ambos lóbulos; 3º, se disecciona ésta manteniendo el cirujano su dedo índice de la mano izquierda por detrás del tumor; 4º, se trata entonces de circundarlo hacia arriba lo más posible.

Es de esta manera que se obtendrá un buen colgajo inferior, bien utilizable como en la operación por vía perineal y algunas veces realizada por la vía de Millin.

En las técnicas de Harris que no tiene en cuenta lo antedicho y sutura el borde interuretral al orificio inferior esclerosado de la cápsula se observa con demasiada frecuencia hemorragias tardías, algunas veces graves por necrosis de los puntos de sutura.

El extremo uretral inferior tiene dos arterias laterales y una posterior, de cualquier manera es conveniente observar con atención, sobre todo el extremo inferior, para reconocer los puntos sangrantes que no se conforman a esta descripción.

Se hacen entonces realizando una pequeña tracción al manchón uretral puntos de sutura a la cápsula o al borde vesical según la longitud del antedicho manchón. Una de las suturas se la hará al borde posterior, y dos en las laterales; de esta manera todo el contorno uretral inferior es sometido a la presión hemostática del balón.

Tanto la sutura del reborde inferior de la uretra prostática como la sutura hemostática del reborde vesical de la longe, se harán cómodamente con mi porta aguja de profundidad, obteniéndose una buena visión con el separador vesical y el modificado de Simpson.

Es de esta manera que se concibe una hemostasia perfecta, y que obtenida ésta a una presión arterial igual al del preoperatorio, es que se justifica el cierre completo de las vejigas con las consiguientes ventajas:

1º La no aparición de los dolores por contracciones vesicales, y 2º, la curación rápida con altas precoces.

D I S C U S I O N

Dr. Bernardi. — El doctor Rebaudi tiene razón, pues se trata de un problema muy serio. Todos los que hemos efectuado adenomecтомías hemos tropezado con ese inconveniente. No es tan frecuente, pero cuando se presenta es de difícil solución.

Recuerdo que cuando en el viejo Hospital Ramos Mejía nuestros maestros taponaban la loge no tenían esa dificultad, por sí advertían el inconveniente de que a pesar del taponaje los enfermos perdían sangre por el borde del cuello. Ahora, que prestamos especial interés a la irrigación del borde del cuello, resulta que nos olvidamos del extremo inferior y es por allí por donde tienen lugar las pérdidas sanguíneas.

Considero que un pequeño taponaje o bien la técnica preconizada por el doctor Rebaudi o sino la Foley con tracción pueden solucionar ese inconveniente que, en ocasiones, hace fracasar una técnica perfectamente reglada.

Dr. Rebaudi. — Agradezco al doctor Bernardi su colaboración en el tema.