

NUESTRA EXPERIENCIA CON LA ADENOMECTOMIA DE HRYNTSCHAK

Por los Dres. MAURICIO FIRSTATER, A. H. TAPIA y J. DIP SAADE

En las Jornadas Urológicas de Mendoza, realizadas en 1952, referimos los resultados de 300 adenomectomías realizadas con técnicas distintas. Concluimos entonces que, de los distintos procedimientos empleados, en principio ninguno era mejor o peor que el otro si bien era cierto que mucho hacía la mano del cirujano que variaba la táctica y la técnica quirúrgica según las necesidades del complejo enfermedad-enfermo.

Así, sin mayores preferencias, operamos hasta comienzo de 1958, 559 prostáticos con las técnicas siguientes:

- 258 intervenciones a cielo abierto, con drenaje hipogástrico y sin él.
- 163 a lo Freyer, buen número de ellas en dos tiempos
- 114 a lo Millin
- 24 por vía perineal.

CÁTEDRA DE UROLOGIA					
ADENOMA DE PRÓSTATA - 559 OPERADOS					
	CIELO ABIERTO: 258	MILLIN: 114	FULLER FREYER: 163	PERINEAL: 24	
ALTA DÍA	MENOS DE 10	5,4%	15,5%	0,0%	42,0%
	DE 10 A 20	27,3%	38,9%	15,1%	48,0%
	DE 20 A 30	34,0%	18,6%	30,2%	9,0%
	MÁS DE 30	32,9%	29,0%	54,7%	1,0%
COMPLICACIONES	Hemorragias	4,0%	Hemorragias 17,0%	Hemorragias 2,0%	Hemorragias 0,0%
	Orquiopid.	4,2%	Orquiopid. 6,0%	Orquiopid. 5,0%	Orquiopid. 4,0%
	Fist. Hip.	2,0%	Fist. Hip. 0,0%	Fist. Hip. 10,0%	Fist. per. trans. 4,0%
SECUELAS	Sindr. Obstr.	2,0%	Sindr. Obstr. 8,0%	Sindr. Obstr. 1,8%	Sindr. Obstr. 0,0%
	Incont. trans.	2,7%	Incont. trans. 4,0%	Incont. trans. 5,2%	Incont. trans. 16,0%
MORTALIDAD	4,0%	2,0%	4,0%	0,0%	

Cuadro nº 1

Reunimos en el cuadro Nº 1 los resultados obtenidos en esa serie, en lo que a tiempo de internación, complicaciones, secuelas y mortalidad se refiere.

El tiempo de internación ha sido contado desde el día en que se practicó la intervención quirúrgica, hasta el momento en que se retiró la sonda uretral y siempre que el paciente no haya presentado inconvenientes posteriores.

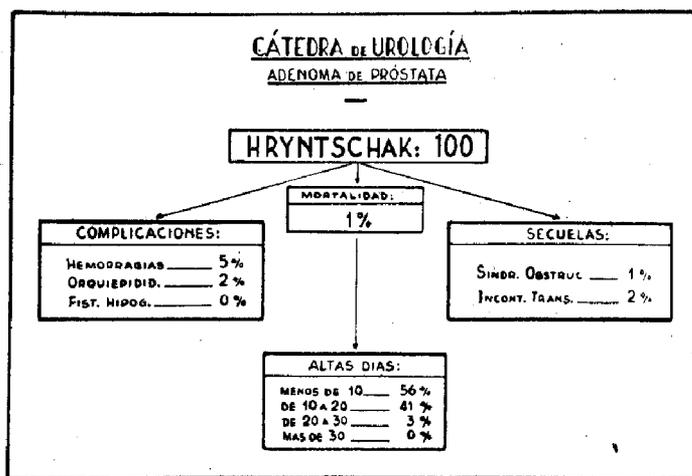
A principios de 1958 empezamos a operar nuestros enfermos prostáticos con la técnica de Hryntschak, aplicando sus principios de prolija hemostasia que evitan el taponamiento y la derivación hipogástrica. Esto se ha logrado casi sin excepción, ya que en un solo caso la hemorragia de la celda prostática fué tan intensa y tan difícil de cohibir que se tuvo que taponar.

En lo que a técnica se refiere, como ya se ha dicho, seguimos las directivas fundamentales de Hryntschak. La operación la realizamos, eso sí, con el instrumental común en las otras operaciones prostáticas. Excepcionalmente usamos la Boomerang.

La mayoría de las veces enucleamos el adenoma sin apoyo rectal. Obtenida una buena hemostasia, lo que es preocupación fundamental, y colocada la sonda uretral, generalmente una Couvelaire 22, cerramos la vejiga.

El pos-operatorio inmediato debe ser vigilado de cerca por personal debidamente entrenado. Debe evitarse la obstrucción de la sonda en las horas subsiguientes al acto quirúrgico. Raramente observamos esta eventualidad y cuando ella se produjo su desobstrucción fué tarea fácil. En pocas oportunidades hubo necesidad de cambiarla, lo que tampoco ofreció inconvenientes.

Los resultados en nuestras 100 primeras adenomectomías a lo Hryntschak están resumidas en el cuadro N° 2.



Cuadro n° 2

En este cuadro las hemorragias figuran con la cifra del 5 %, pero debemos hacer notar que ellas se refieren a pérdidas de sangre de poca importancia y que fueron siempre controladas con los recursos urológicos habituales.

El cierre primario de vejiga ha sido exitoso en el 100 % de los casos, sin ninguna observación de fistula hipogástrica.

El post-operatorio ha sido siempre tranquilo con recuperación rápida de los pacientes. Por otra parte puede decirse que las Salas de Urología se han

beneficiado grandemente con los cierres primarios de vejiga. Desaparecidos los taponamientos, los drenajes hipogástricos y las fistulas urinarias, aquellas ya en nada se diferencian de las Salas de Cirugía general.

En el cuadro 3 se registra el promedio comparativo de altas de la operación de Hryntschak con las otras técnicas de adenomectomía.

<u>CÁTEDRA DE UROLOGÍA</u>					
ADENOMA DE PRÓSTATA					
CUADRO COMPARATIVO DE ALTAS					
PROMEDIOS EN DÍAS	CIELO ABIERTO	FULLER-FREYER	MILLIN	PERINEAL	HRYNTSCHAK
		258	163	114	24
MEÑOS DE 10	5,4 %	0,0 %	13,5 %	42,0 %	56,0 %
DE 10 A 20	27,3 %	15,1 %	38,9 %	48,0 %	41,0 %
DE 20 A 30	36,0 %	32,3 %	18,6 %	9,0 %	3,0 %
MÁS DE 30	30,0 %	48,0 %	29,0 %	1,0 %	0,0 %

Cuadro nº 3

Hasta 1958, con la adenomectomía a cielo abierto dábamos de alta, antes de los 20 días, al 32,7 % de los enfermos; con la Freyer al 5 % y con la Millin al 52,4 %. Mientras que con la técnica de Hryntschak, en ese mismo lapso, han sido dados de alta el 97 % de los pacientes.

Los buenos resultados obtenidos, que en parte se deben a la técnica empleada, por lo demás fácil de realizar, deben atribuirse y de ello estamos plenamente convencidos a los beneficios de la organización y del trabajo sincronizado.

El internista, con su prolijo estudio clínico preoperatorio, valorando el riesgo quirúrgico; el personal médico encargado del balance hidroelectrolítico y del estudio de la volemia; el hemoterapeuta; el anestésista indicando la técnica adecuada para cada caso, y el personal de enfermeros especializados, constituyen un equipo de cuya eficaz labor depende el éxito de la operación quirúrgica más que del cirujano mismo.

R E S U M E N

Se presenta la experiencia en 100 adenomectomías con la técnica de Hryntschak comparando el tipo de internación, complicaciones y secuelas con las observadas con otras técnicas.

Los resultados obtenidos, sumamente satisfactorios, deben atribuirse a los progresos logrados en cirugía urológica, en general y en la prostática, en particular, así como al trabajo en conjunto de un equipo médico que comenzando con el cirujano termina con el experimentado enfermero.

S U M M A R Y

Our observation of 100 adenomectomies performed by means of the Hryntschak technique having is presented; the time of confinement, the complications and the sequelae with those of other techniques are compared.

The highly satisfactory results that have been obtained should be attributed first to the progress attained in urologic surgery, in general, and in prostatic surgery, in particular; and secondly to the efforts and cooperation of a medical staff from the top surgeon to the experienced nurse.

D I S C U S I O N

Dr. J. Crespo (Rosario). — Creemos en principio que la vía transvesical para la adenomectomía, es la más lógica, es la vía universal porque permite operar todos los adenomas sin excepción. Sabemos que no ocurre lo mismo con otras vías, especialmente la perineal y retropública, salvo ciertas excepciones, como en el caso de Millin en Inglaterra, con la segunda.

Consideramos que la vía transvesical es la que da mejores resultados funcionales y bien ejecutada no deja incontinencia. En este anhelo de encontrar una vía que nos satisfaga plenamente para todos los casos ejecutamos desde el año 1955, la técnica de Hryntschak, de acuerdo a como la preconiza su autor. Consideramos que es un procedimiento sencillo, rápido y seguro que nos conforma plenamente. Nosotros consideramos que en realidad, la verdadera, tal vez la única, conquista de la Hryntschak, es el cierre de la vejiga, porque es fácil comprender que en esta forma se le brinda al enfermo lo mejor de las otras vías conservando la innegable superioridad de la vía transvesical. Debo decir además que nosotros consideramos que el drenaje hipogástrico no es en general un buen drenaje para el enfermo, y significa un achaque que trae una serie de inconvenientes en el postoperatorio. Actualmente practicamos toda la cirugía vesical, cerrando la vejiga y dejando drenaje uretral, salvo muy pocas excepciones.

Dr. A. Pujol. — Nosotros, en nuestro Servicio del Prof. Surra Canard, somos un poco eclécticos; buscamos la indicación y prácticamente hacemos todas las técnicas cuando están indicadas.

Con respecto al trabajo de los Dres. Firstater, Tapia, etc., he visto, se me ha escapado una de las cifras y lamento no haberla retenido en cuanto al tiempo de la movilización del enfermo en las perineales, pero en realidad dadas las cifras que se exponen en cuanto a la ausencia de hemorragias, en cuanto a la ausencia de secuelas, sería un alegato también en favor de esta vía.

Dr. N. J. Piaggio (B. Blanca). — Nosotros, en Bahía Blanca, llevamos realizadas más o menos unas quinientas intervenciones, y nuestra experiencia ya la hemos comunicado en las Jornadas Urológicas de Salta y en el Congreso de Mar del Plata. Estoy completamente de acuerdo con el comunicante, con respecto a la facilidad con que se desarrolla el postoperatorio con la técnica de Hryntschak; para el manejo de las suturas en la loge prostática, usamos corrientemente las agujas de Surra Canard, que nos resultan extremadamente prácticas y seguras para poner esos puntos hemostáticos en la pared de la loge, sobre todo en los primeros momentos cuando la herida sangra abundantemente, y a veces es difícil manejarse en la profundidad de la cavidad.

Dr. V. Gorla (Rosario). — Yo también estoy de acuerdo con los resultados que presenta el comunicante, los que coinciden con nuestra experiencia, pero quería decirle al comunicante que la técnica de Hryntschak, no es de Hryntschak; ya en el año 1906, Pierre Duval la efectuaba con puntos semejantes, no los hacía tan cruzados como Hryntschak, pero la técnica era prácticamente la misma. Castaño, en la Revista Argentina de Medicina en el año 1910, criticaba los puntos de Pierre Duval, y por entonces la técnica cae en desuso, no por mala sino porque no se disponía de los elementos necesarios.

Pero hoy la técnica de Hryntschak, puede dar los resultados que da, porque se conocen otras maneras de preparar los enfermos, y tenemos otros recursos, entre ellos los antibióticos que nos permiten cerrar la cavidad, y la vejiga, evitando los peligros que esto podía tener en 1906 ó 1910. Estos resultados ya los sostuve en una comunicación previa que he realizado y en mi tesis sobre prostatectomía realizada en 1955, donde ya establecía esos resultados con

motivo de un trabajo sobre la prostatectomía con sutura hemostática de la loge, técnica que nosotros hacemos desde hace veinte años.

Dr. A. Trabucco. — Señor Presidente: Cada vez que aparece una técnica nueva en Urología siempre da los mejores resultados; pero ¿por qué todas estas técnicas al cabo de unos cuantos años desaparecen y nos quedamos siempre con la vieja técnica de la adenomectomía suprapúbica transvesical?, sin especificar ningún nombre, colocando un baloncito, y también digámoslo bien claro, muchas veces le colocamos un drenaje suprapúbico, que nos libera de muchas noches desagradables, ¿qué nos ocurriría si cerráramos la vejiga como lo hemos hecho muchas veces? Yo me muestro muy ecléctico en todas estas cosas, y recién después de un tiempo largo, cuando la experiencia me confirma de que la técnica ésa, es la mejor, la pongo en práctica en forma definitiva, pero mientras tanto las pruebo, y si al cabo de veinte o veinticinco casos el resultado no es superior a la vieja técnica de Freyer, que empleo actualmente sistemáticamente, la abandonamos quedándonos con la vieja técnica de seguridad, que si bien tendrá algunos días más de internado, nos deja la noche tranquila y sin peligro para el enfermo.

L. Brea. — Sólo quería decir que comparto plenamente el concepto del Dr. Crespo, en cuanto a la elección de la vía transvesical en forma sistemática para el tratamiento del adenoma de próstata, y creo que es la vía que asegura la posibilidad de tratar cualquier afección vesicoprostática. Además comparto el concepto de la enorme ventaja que tiene el cierre inmediato de la vejiga. Esos conceptos, la posibilidad de una hemostasia por vía transvesical a cielo abierto, bajo el control de la vista, con sutura hemostática, lo llena ampliamente la técnica de un médico argentino, el Prof. Figueroa Alcorta, que permite hacer una correcta enucleación y hemostasia de la loge, con una buena toilette sin dejar colgajos mucosos, que son a veces la causa de la formación de tabiques intervésicoprostáticos, y la utilización de la sonda del Prof. Figueroa Alcorta, que permite la irrigación permanente de la loge, en el postoperatorio inmediato, con la solución anticoagulante de citrato de sodio al 4%, que evita la formación de coágulos, y mantiene así la permeabilidad de la sonda en forma permanente. Creemos que con esa técnica, también se llenan los postulados que exige una buena adenomectomía; generalmente no hemos tenido trastornos cuando hemos podido realizar la operación satisfactoriamente, cuando hemos podido realizar una correcta hemostasia, y jamás nos hemos visto obligados a realizar reintervenciones por tabiques intervésicoprostáticos, ni de otra naturaleza. Creo que la técnica del Prof. Figueroa Alcorta llena en ese sentido, las necesidades y postulados de todas las otras técnicas, que se han considerado como muy eficientes en la adenomectomía.

Dr. Tapia. — Quiero agradecer a los doctores Crespo y Piaggio su aporte, ya que como dijo el Dr. Crespo efectúan el cierre de la vejiga desde el año 1955, con lo que estamos muy de acuerdo.

En cuanto al Dr. Pujol, nosotros hemos dicho en el trabajo, que también utilizamos la técnica adecuada al caso. Con el Dr. Goría, estamos también de acuerdo en que la técnica no es de Hryntschak, y así la llamamos sin hacer cuestión de nombres sino simplemente como algo ya impuesto por el uso.

Al Prof. Trabucco, agradezco su aporte, y debo decir que en realidad en la Cátedra del Prof. Firstater, se utilizan todas las técnicas de acuerdo a como lo hemos expuesto, pero indudablemente la vía suprapúbica es la que utilizamos con preferencia. Al Dr. Brea, creemos que la sonda del Prof. Figueroa Alcorta, tiene sus indicaciones y hay que utilizarla en ciertas oportunidades, pero quizá porque en nuestro servicio el personal está especializado, y por la confianza que nos inspira, también hemos utilizado otro tipo de sonda, como la tipo Couvelaire, de material plástico, que no se obstruye y no produce uretritis, y de la que estamos muy conformes sin desmerecer por ello a la sonda del Prof. Figueroa Alcorta, que conocemos mucho en nuestro servicio.

Dr. A. A. Grimaldi. — La Presidencia recuerda que en 1948, en las Jornadas de Tucumán estaba en boga la técnica de Millin, y como dijo el Dr. Trabucco, se planteó la misma discusión, y considero muy acertada su observación, pero nosotros creemos que no debemos caer en la comodidad de una técnica que como la Freyer, nos ponga a cubierto de muchos sinsabores cuando hoy se ha progresado mucho, y otras técnicas son también muy buenas y seguras.