

PROSTATECTOMIA TOTAL PERINEAL CON AGUJA
GUIA POR NEOPLASIA
INCONTINENCIA CONSECUTIVA TRATADA POR EL
METODO DE LOWSLEY

COMUNICACION: PRESENTACION DE ENFERMO

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

Volvemos a ocuparnos en esta breve comunicación de un interesante caso de carcinosis prostática operado por la vía perineal habiendo recurrido para el abordaje de la glándula, casi siempre dificultoso, al empleo de nuestra aguja-guía.

Este elemento nos permitió llegar rápidamente y sin inconvenientes a la glándula, evitándonos la lesión del bulbo ureteral o del recto, como lo pudieron comprobar algunos colegas presentes.

Fuera de este detalle de técnica, el éxito obtenido en el tratamiento de una prolongada *incontinencia post-operatoria*, rebelde a distintos tratamientos, verdadera "bete-noir" de la urología, nos induce por otra parte a presentar el caso.

Se trata de A. M., español de 66 años, quien ingresa a nuestro Servicio del Hospital Fiorito el día 30 de abril de 1947 en retención completa por un neo de la próstata.

Refería el enfermo en esa fecha, que sus manifestaciones urinarias habían comenzado hace 2 años, con discreta polaquiuria diurna y nocturna y disuria inicial con chorro débil. En esa oportunidad consultó a un especialista, quien al certificar el diagnóstico de malignidad prostática le indicó sucesivamente estrógenos y radioterapia, suprarrenal e hipofisaria.

Como el cuadro se acentuara le practican posteriormente la castración bilateral, 1 año después, sin que mejoraran sus síntomas, agravándose su polaquiuria hasta llegar a la retención completa de la orina 6 días antes de su ingreso al Servicio.

En estas condiciones y con sonda permanente lo vemos por primera vez el día 30 de abril del año p.p.

Al examen físico observamos un enfermo pálido, desnutrido, con lengua y piel secas y orinas francamente turbias.

Las bolsas están vacías como resultado de la orquiectomía practicada un año antes, aproximadamente.

Al tacto rectal, hallamos una glándula ligeramente dolorosa, algo aumentada de volumen (mandarina mediana), convexa y uniformemente dura (leñosa), con las características inconfundibles de una neoplasia prostática total, aunque sin rebalsar la cápsula.

Con anestesia de novocaína al 0.50 % hacemos una amplia infiltración (100 cm³.) retro-próstato-vesical mediante una aguja introducida a través del periné., completada con anestesia intracavernosa al 1 %.

La insensibilidad obtenida fue buena, permitiéndonos realizar sin molestias para el enfermo, un examen con el Pan-endoscopio de Mc. Carthy. La uretra posterior se presentaba rígida por el desarrollo de 2 lóbulos laterales blanquecinos y esclerosos, observándose un discreto edema trigonal: *cáncer prostático con probable invasión vesical*; el resto de la vejiga era normal.

Los exámenes de laboratorio no acusaban ninguna anomalía excepto una pequeña anemia que requirió una transfusión de 500 c.c. de sangre.

Como ustedes podrán apreciar, el pielograma de excreción era normal y la uretro cistografía mostraba la rigidez y adelgazamiento característicos de las neoplasias prostáticas.

El 20 de mayo de 1947, vale decir hace 13 meses, fué intervenido en colaboración con el distinguido colega doctor Roberto Rubi. El abordaje pudo realizarse fácilmente con la *agujaguja*, extirpándose la tumoración con parte del cuello vesical; el amplio orificio de 3 1/2 cm. de diámetro fué parcialmente ocluido con 5 puntos de catgut cromado; la vejiga se suturó luego sin ninguna dificultad a la uretra membranosa sobre una sonda uretral; sulfá local, rubber dam y cierre incompleto de la herida perineal.

El examen realizado en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Fiorito (protocolo N^o 8.250) decía: "Adeno-carcinoma prostático".

El *postoperatorio* fué excelente siendo dado de alta 1 1/2 mes después, con *incontinencia total*, emitiendo voluntariamente algunas gotas de orina; el resto lo perdía completamente, sobre todo en posición de pie.

En esta oportunidad le practicamos las uretrocistografías adjuntas que muestran con toda claridad el descenso de la vejiga hasta el borde inferior del pubis a raíz de la extirpación de la próstata así como una irregularidad en la zona del esfínter estriado, producida por la sutura y capaz de explicar la incontinencia.

Le indicamos sondeos, dilataciones, masajes prostáticos, a la vez que 2 electro coagulaciones suaves, a nivel de unos brotes observados en el abocamiento vesico-uretral, sin conseguir mejorar la incontinencia.

Después de 4 largos meses de intervalo con la esperanza de que se produjera una solución espontánea de su estado, "natura divina", como muchas veces ocurre, decidimos afrontar la situación ante la marcada *impaciencia* del paciente y nuestro amor propio un tanto disminuido al eludir repetidas veces el trance quirúrgico que el enfermo nos proponía.

Consideramos entre los muchos procedimientos propuestos que el de *Lowsley*, convenía a este caso por hallarse intacta la vía hipogástrica.

El 1^o de setiembre de 1947 lo operamos en colaboración con el Dr. Alfredo Grimaldi: bajo anestesia raquídea practicados una incisión mediana infraumbilical, y a través de la vejiga se realizó una *resección cuantiforme*, a base inferior, de la pared antero-inferior hasta el esfínter estriado, suturándose los bordes con catgut simple N^o 1 y a continuación con catgut cromado N^o 2 colocamos un punto amplio sobre los elevadores, en el hiatus que forman por delante de la vejiga. Con la resección y este punto logramos un estrechamiento marcado y sólido del cuello y los tejidos vecinos comprobado por la introducción del dedo en el mismo, quedando el enfermo con una sonda de Pezzer por la talla.

Post-operatorio. Bueno. La sonda fué colocada por la uretra a los 10 días y 9 más tarde, el 19 de setiembre del año pasado, fué dado de alta curado de su incontinencia.

En la actualidad, a los 10 meses de la intervención, el enfermo se encuentra en excelentes condiciones, vale decir, con buen estado general, sin manifestaciones clínicas de su neoplasia y curado prácticamente de su incontinencia, al perder sólo algunas gotas durante los esfuerzos únicamente. El enfermo se halla a disposición de ustedes para responder a las preguntas que deseen formularle.

DISCUSIÓN

Dr. Rubí. — *Deseo hacer constar que hace unos 20 días, coincidiendo con la última reunión de esta Sociedad, el Dr. Bernardí había citado al enfermo para mostrarlo, porque ese trabajo, si mal no recuerdo, estaba anunciado para la sesión anterior.*

El enfermo no concurrió a la citación que se le hizo, pero se presentó al día siguiente al Hospital Fiorito, y el doctor Bernardí tuvo la gentileza de enviárselo, para que lo viéramos, al Hospital Piñero. Puedo atestiguar que el estado de ese paciente es excelente; al tacto rectal, se tocó el recto en buenas condiciones y está casi totalmente mejorado de su incontinencia, ya que la pérdida de orina es de unas pocas gotas y sólo cuando este hombre, que es trabajador del campo, realiza grandes esfuerzos.

Dr. Irazu. — *Conozco la intervención practicada por el Dr. Bernardí por haberla hecho. Creo que ha dicho que para evitar la incontinencia ha realizado la cincha muscular con los músculos elevadores.*

Dr. Bernardí. — *No, aproximando la parte retro-púbica inmediata.*

Dr. Irazu. — *Conozco el procedimiento de Lowsley, cerrando la cincha con los músculos isquio-cavernosos. Creo que ese inconveniente de la incontinencia, se podrá evitar, en un futuro, con la operación retro-púbica, es decir, la extirpación del cáncer prostático por el procedimiento de Millin, que evita el traumatismo de la uretra membranosa, permitiendo una sutura más prolija del abocamiento vesíco-uretral.*

Dr. Ercole. — *Desearía preguntarle al Dr. Bernardí, en qué ha consistido la técnica que él ha utilizado para el tratamiento de la incontinencia de este enfermo.*

Nosotros tenemos una reducida experiencia con el procedimiento conocido con el nombre de Lowsley. La sutura de los bulbos cavernosos e isquio-cavernosos que hemos realizado en un caso de adenoma de próstata por un cirujano novel en esta clase de cirugía, provocó un desgarro de la uretra posterior y una incontinencia total consecutiva. Ese paciente curó bien con la sutura de los ele-

vadores, procedimiento que vimos practicar con excelentes resultados en seis casos, al distinguido citujano chileno, doctor Díaz Muñoz.

En un caso de vejiga neurogénica, en el que hicimos la resección del cuello de la vejiga, que nos dejó una incontinencia de orina, hemos fracasado con esta intervención de Lowsley.

Dr. Bernardí. — Debo agradecer, en primer término, al doctor Rubí sus amables palabras.

En segundo lugar, debo aclarar que la operación de Lowsley, por vía perineal, sólo en forma excepcional la utilizo para la incontinencia.

Lowsley ha reglado su técnica para la incontinencia. Realiza la intervención por vía suprapúbica, resecando en el cuello, en la pared anterior y hasta su abocamiento con el esfínter estriado reseca sobre esa pared anterior —casi a nivel del cuello de la vejiga—, una superficie triangular, a gran base interior. En esa forma, al suturarse se produce el estrechamiento.

Lo que nosotros le agregamos es una aproximación de los dos elevadores en la porción retro-pública, porque los dos elevadores van desde la parte posterior a la anterior. A nosotros, se nos ocurrió dar un punto profundo y aproximar esa superficie, de manera que hacemos un Lowsley retro-vesical y haciendo un afrontamiento de los dos elevadores.