

**Tema Oficial.**

Instituto Municipal de Clínica Urológica  
Hospital Durand - Buenos Aires  
Director: Prof. Dr. Luis Figueroa Alcorta

## **EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ADENOMA PERI-URETRO-SUB-CERVICAL CON LA TECNICA DE FIGUEROA ALCORTA**

**Por el Dr. LUIS MARIA BREA**

En la actualidad es aceptado por todos los urólogos, que el tratamiento quirúrgico del adenoma-peri-uretro-sub-cervical, vulgarmente denominado adenoma de la próstata, es la más racional y definitiva de las conductas terapéuticas de que disponemos.

Es en base a este axioma, que los cirujanos han puesto todo su empeño en la búsqueda de la vía y de la técnica que dé mayores satisfacciones en la hasta no hace mucho escabrosa e ingrata cirugía prostática.

Son numerosas las técnicas propuestas ya sea por vía trans-uretral, trans-vesical, extra-vesical retropubiana o perineal. Sólo nos hemos de ocupar de expresar a ustedes la experiencia adquirida en el "Instituto Municipal de Clínica Urológica, Dr. Benito Villanueva" bajo la dirección del profesor doctor Luis Figueroa Alcorta, con la técnica por él propuesta y las consideraciones y conclusiones que ellas nos sugieren.

No habremos de entrar en detalles minuciosos de la técnica de la adenomectomía a "cielo abierto" por vía trans-vesical, pues ya ha sido tratada a fondo por el autor en La Prensa Médica Argentina, año XXXII, N° 50.

Sólo recordaremos a grandes trazos, que se trata de una cistostomía transversal a lo Mc.Gowen-Parker, incindiendo todos los planos horizontalmente, salvo el recto anterior cuyas fibras se divulsionan. La vejiga es también abierta por una incisión que permite ver el adenoma, seccionar circularmente con bisturí eléctrico la mucosa vesical que lo recubre, llegando hasta el plano de clivaje próstato adenomatoso, extraer a dedo la masa tumoral, efectuar bajo el control de la vista una cuidadosa "toilette" y hemostasia de la "loge", para colocar

finalmente por vía retrógrada la sonda uretral a doble corriente de Figueroa Alcorta, cerrando totalmente todos los planos, previa colocación de un "rubber" para drenaje del espacio pre-vesical de Retzius.

La finalidad primordial de esta modesta colaboración es exponer al juicio de todos los colegas, los resultados obtenidos a través de 207 intervenciones quirúrgicas, realizadas en el Instituto de Urología.

Pero es menester que antes de entrar al frío análisis de los números que arroja una estadística, hagamos algunas consideraciones.

En toda intervención quirúrgica, entran en juego, dos factores igualmente importantes: el Enfermo y el Cirujano.

En lo que atañe al primer factor, el "Enfermo" es preciso reconocer, aunque con mucha pena, que llega a nuestras manos en condiciones generales y locales deplorables. En un porcentaje abrumador, se trata de pacientes profundamente intoxicados, en los cuales la enfermedad ha hecho estragos, generalmente hiperazoémicos, infectados y en casi un 70 % de los casos retencionistas completos o distendidos.

Es esta una situación que no sólo se plantea en nuestro Instituto, sino en todos los Servicios de Urología de la Capital y con mayor razón en el resto del país.

Fácil es comprender el profundo significado clínico y social de este hecho.

Es necesario, a nuestro criterio, que los urólogos reaccionen, pues tenemos la obligación moral de marcar directivas a nuestros colegas, para que colaboren con nosotros en la ardua tarea de educar a los enfermos y a la población en general.

Debemos luchar por inculcar en la conciencia de todos y especialmente médicos y enfermos, que el tratamiento quirúrgico de los prostáticos ha dejado de ser una penuria que era necesario eludir hasta última instancia y que todos los tratamientos que no sean el quirúrgico, son sólo paliativos que demoran en el mayor número de los casos sin beneficio efectivo, la única solución definitiva y curativa de la enfermedad.

Es necesario vulgarizar, que la enfermedad prostática, no es un estado normal de la vejez, sino una enfermedad de la vejez, que se trata de un tumor, que si bien es benigno por su histología, es maligno por su evolución y por las profundas alteraciones que provoca en el organismo y que solamente su exéresis puede evitarlas y curarlas.

El día venturoso en que los enfermos lleguen a nosotros o nos sean remitidos al sentir los primeros síntomas de su mal, antes de que la infección crónica, la retención vesical, y las esclerosis, secuela inevitable de las mismas, minen sus organismos, recién entonces, estaremos en condiciones de obtener, cualquiera sea la técnica que se utilice, el máximo de beneficios y veremos así, descender

los índices todavía alarmantes de mortalidad hospitalaria a las cifras halagüeñas que observamos en la clínica privada.

El segundo factor "el Cirujano" no tiene menos importancia. Todos sabemos, que la mayor o menor habilidad operatoria se refleja en las estadísticas y que éstas son mejores a medida que el "Cirujano" va puliendo su técnica y adquiriendo experiencia y es en este sentido que debemos manifestar que en la ejecución de las 207 intervenciones efectuadas con la técnica de Figueroa Alcorta, han intervenido todos los cirujanos del Instituto de Urología, en más del 50 % de las mismas, habiendo alguno de ellos, hecho así, sus primeras armas en la cirugía prostática.

No es esto y sean bien interpretadas nuestras palabras, una justificación, sino el reconocimiento hidalgo a quien ha sabido interpretar en forma cabal, su misión directriz de Jefe de Servicio.

La técnica de Figueroa Alcorta ha pasado en su evolución, por tres etapas hasta llegar a la forma en que la practicamos en el momento actual; la 1ª en que se dejaba un drenaje hipogástrico, la 2ª en que se colocaba un drenaje uretral con la sonda Figueroa Alcorta tipo 1. y la 3ª que es la que realizamos actualmente, en que el drenaje de la vejiga se hace con la sonda uretral de Figueroa Alcorta tipo 2. a doble corriente, para establecer la irrigación continua post-operatoria de la "loge" prostática.

Con la primera variante hay 53 operados, con la segunda 43 y con la tercera 111 operados. Debemos aclarar que de los 53 intervenidos con drenaje hipogástrico, sólo 40 pertenecen a la primera etapa de la técnica, en los 13 restantes por razones circunstanciales se colocó el drenaje hipogástrico aunque fueron operados en el transcurso de la 2ª y 3ª etapa del procedimiento.

Hechas estas breves consideraciones, entraremos de lleno al análisis de las cifras de nuestra estadística.

Vemos así, que la "Edad" de los pacientes, oscila entre 50 y 70 años en 139 casos; con menos de 50 años en 2 casos; con más de 70 años en 56 casos; y con más de 80 años, 10 casos.

*Infección:* Prácticamente el 100 % de los enfermos presentaban síntomas inequívocos de infección crónica de su aparato urinario; de ellos 103 llegaron con retención completa de orina; 19 con retención crónica incompleta con distensión vesical; 24 con retención crónica incompleta sin distensión y con más de 100 cc. de residuo vesical; 9 ya habían sido sistostomizados con anterioridad y sólo 52 pacientes presentaban discretos síntomas de infección urinaria, encuadrando dentro del primer período del prostatismo de Guyon.

Son éstas por cierto cifras elocuentemente alarmantes que nos eximen de todo comentario.

*Anestesia:* Hemos utilizado en casi todas las intervenciones la raquíanes-tesia por considerarla la más apropiada, salvo en 4 casos que se hicieron con anestesia local por hipotensión irreductible, y en 6 oportunidades en que por fracaso de la raquídea, se recurrió a la anestesia etérea. Usamos sistemáticamente la solución de novocaína al 5 % con corbacil de Bayer. Y sólo en 7 ocasiones, se presentaron accidentes por hipotensión de los cuales 2 fueron mortales en enfermos con fuertes hemorragias. En un caso, tuvimos parálisis respiratoria por anestesia de los músculos intercostales que se solucionó felizmente, con respiración artificial.

*Accidentes operatorios:* En 27 enfermos, se presentaron accidentes durante la intervención, incluyendo aquí, el taponaje de la "loge" por cuanto éste queda excluido en la técnica de Figueroa Alcorta y sólo por accidente se recurre a él. Así nos sucedió en 16 casos en que no se pudo controlar completamente la hemorragia que era en napa, tratándose de voluminosos adenomas que dejaban al descubierto, superficies cruentas que habían perdido toda contractibilidad. En casi todas estas ocasiones, el taponaje se limitó a la "loge", se hizo bajo el control de la vista y alrededor de la sonda uretral. En dos oportunidades se produjo el desgarramiento del cuello con ruptura de la pared anterior de la vejiga, en un caso el arrancamiento total de la uretra posterior y un caso de parálisis respiratoria ya mencionado.

*Accidentes post-operatorios:* Se han presentado en 107 oportunidades, siendo el más frecuente, en 51 casos, la supuración de los planos superficiales de la herida operatoria sin que revistiera caracteres de gravedad en ningún caso: 5 íleus paralíticos; 10 epididimitis; 10 periuretritis; 1 fístula estercorácea hipogástrica; 1 fístulo hipogástrica definitiva; 1 cistitis flegmonosa; 2 flemones urinosos; 4 incontinenias de orina prolongadas y en 2 casos contracciones vesicales dolorosas.

En cuanto al cierre vesical el más breve se produjo a los 8 días de la intervención y el alta definitiva fué de 14 días; y la mayor, de 250 días.

En 167 operados, las condiciones de alta y los resultados alejados han sido perfectos, en 20 fueron satisfactorios.

*Mortalidad:* La cifra global que se registró en las 207 intervenciones, fué de 20 casos: 5 durante la primera etapa; 5 durante el transcurso de la 2ª y 10 en la 3ª, es decir, el 9,66 % de mortalidad global, correspondiendo el 9,43 % a la 1ª etapa; el 11,11 % a la 2ª y el 9 % a la 3ª. En los últimos 100 operados, se han registrado 7 muertes.

Generalmente a este renglón de la mortalidad global se le asigna la mayor importancia dentro de una estadística. Esto nos obliga a detenernos breves

instantes para analizar las causas de muerte, resumiéndolas para su más rápida interpretación en un cuadro:

<i>Núm. historia</i>	<i>Causa de muerte</i>	<i>Días operado</i>
6	Ileus abdominal irreversible	3
9	Angina de pecho	2
21	Insuficiencia cardíaca aguda.	1
26	Esclerosis renal, pielonefritis, dilatación de las cavidades cardíacas, degeneración grasa del hígado, esplenitis aguda.	31
38	Peritonitis fibrino-purulenta, por esfacelo de la sutura vesical, cistitis ulcero-necrótica.	15
44	Absceso de pulmón, esclerosis renal, bronconeumonía purulenta.	19
48	Cistitis flegmonosa.	35
49	Bronconeumonía pleuresia fibrinopurulenta.	13
53	Miocarditis. Flemón urinoso gangrenoso.	23
76	Epiteliona de próstata, metastasis pulmonares y peritoneales, ileus abdominal, esclerosis generalizada.	2
91	Insuficiencia hepática, hiperazobemia e hiperglicemia.	6
100	Muerte brusca. ¿Embolia?	29
101	Choc quirúrgico.	1
122	Insuficiencia renal, uremia	34
124	Flemón urinoso gangrenoso	45
148	Séptico pihemia.	70
161	Choc quirúrgico.	1
164	Choc quirúrgico. Hematuria grave.	1
173	Choc quirúrgico. El enfermo se arrancó la sonda.	18
184	Insuficiencia hepatorenal.	1

Vemos, pues, que en 7 casos los correspondientes a las historias N<sup>os.</sup> 9, 21, 44, 49, 51, 100 y 148, si bien no pueden dejar de relacionarse con la intervención quirúrgica no son imputables directamente a ellas, por responder a causas extra-operatorias. Las demás, son causas de muerte habitual en la adenomectomía, cualquiera sea la técnica que se utilice y sólo se podrá, si no evitar, por lo menos disminuir, a medida que mejore el factor "Enfermo".

Antes de entrar en las consideraciones, queremos destacar en un pequeño resumen, los datos estadísticos correspondientes a la 3ª etapa del procedimiento y en especial a las últimas 100 intervenciones, que son las que constituyen la verdadera técnica tal cual la practicamos en la actualidad y condicionada por el uso sistemático de la sonda a doble corriente.

Las intervenciones realizadas en este último período se ha tenido que recurrir al taponaje de la "loge" por espacio de 48 horas, en 6 oportunidades, habiéndose presentado 5 choc operatorios por hipotensión de los cuales uno fué mortal, se trataba de un enfermo que fué intervenido por hemorragia grave e incontrolable.

Los accidentes postoperatorios han disminuído en forma notable, pues se han registrado 18 supuraciones de la herida operatoria de escasa importancia: 3 perineuritis: 1 prostatitis supurada: 4 epididimitis: 3 incontinencias de orina pasajeras, que cedieron con los tratamientos clásicos en pocos días. Naturalmente que en muchos casos se ha tratado de un mismo enfermo que ha presentado 2 ó 3 de estas complicaciones concomitantemente.

Si bien dentro de los tiempos operatorios de la técnica de Figueroa Alcorta figura la deferentectomía bilateral, no siempre la hemos ejecutado en atención al pedido de los propios pacientes.

En cuanto al término medio del cierre vesical, ha oscilado en este período entre 18 y 22 días.

#### CONSIDERACIONES

Desde el 12 de enero de 1944, en que se practicó en nuestro Instituto la primera adenomectomía con la técnica de Figueroa Alcorta, la hemos ejecutado en forma casi exclusiva en el tratamiento de la adenoma-peri uretro-sub-cervical con general beneplácito por los excelentes resultados obtenidos.

Tenemos la impresión subjetiva de que se trata de una técnica, que nos proporciona la tranquilidad de realizar una operación completa, sin graves riesgos para el enfermo y que nos aleja cada vez más de la desagradable posibilidad de alejadas falsas recidivas y obstrucciones uretrovesicales post-operatorias, por la facilidad que tiene el cirujano de controlar todos los tiempos operatorios.

Efectivamente, la vía trans-vesical a "cielo abierto" expone ampliamente la región operatoria, asegurando así, el correcto examen de la "loge" que permite al cirujano hacer casi siempre una hemostasia perfecta y una detenida "toilette" eliminando todo colgajo mucoso y restos capsulares que puedan entorpecer el post-operatorio.

La pérdida sanguínea es, habitualmente mínima y despreciable para este género de intervenciones quirúrgicas. Lo mismo podemos decir con respecto al "choc" operatorio si tenemos en cuenta la edad de los enfermos y la envergadu-

ra de la operación a que son sometidos, pero lo que más halaga nuestra sensibilidad de cirujanos es el apacible post-operatorio que tienen los pacientes, libres de contracciones vesicales dolorosas, "secos" y sin las molestias que significa la impregnación urinosa de las curaciones.

Por otra parte, la irrigación permanente con citrato de sodio al 3 % colocada inmediatamente después de terminada la intervención, no sólo asegura el correcto funcionamiento del drenaje uretral, sino que evita la formación de coágulos, dentro de la cavidad vesical y la infección de la "loge" prostática.

Otra de las ventajas de esta técnica trans-vesical a "cielo abierto" es que permite el tratamiento simultáneo de cualquier otra afección quirúrgica de la vejiga de que sea portador el paciente, ya sea una litiasis secundaria, un tumor, un divertículo, etc. Así nos ha sucedido en algunos casos que fueron resueltos a nuestra entera satisfacción en una única intervención.

En el tiempo que ha transcurrido desde que nos iniciamos en la práctica de esta técnica, no hemos debido reoperar ningún enfermo para taponar con la finalidad de controlar una hemorragia secundaria, ni hemos visto ningún caso, de pseudo recidivas, ni obstrucciones uretro vesicales del tipo de tabique inter-vesíco prostático en enfermos operados con ella.

Debemos decir también que desde que nos hemos familiarizado con el uso de la sonda a doble corriente de Figueroa Alcorta, los resultados han ido mejorando, siendo realmente satisfactorios, pues han disminuído ostensiblemente las complicaciones post-operatorias, facilitándose y acelerándose en esta forma el cierre vesical, lo cual trae aparejado una menor permanencia hospitalaria, siendo ahora para nosotros habitual, que los enfermos curen en un plazo menor a 3 semanas. Creemos sinceramente, que esta nueva sonda, significa un adelanto notable en la cirugía vésico-prostática, por cuanto su uso nos permite el cierre vesical operatorio, cualquiera sea el grado de septicidad del proceso, pues la doble corriente nos da ocasión de llegar al interior de la cavidad vesical o de la "loge" con todo el arsenal de modernos antibióticos de que disponemos en la actualidad.

No podríamos terminar estas consideraciones sin reconocer que tal vez hayamos sido excesivamente severos en la confección de las cifras estadísticas con respecto a los accidentes operatorios y post-operatorios, dado que son comunes y patrimonio más que de la técnica de la naturaleza de la intervención, de la edad, y de las condiciones de los enfermos y de que habitualmente revisten poca gravedad, pero tenemos la seguridad de que al evidenciarlos un poco magnificados en su verdadera significación nos servirá de acicate para tratar de prevenirlos en el máximo de nuestras posibilidades, en beneficio de nuestros enfermos.

## CONCLUSIONES

1º Es de imprescindible necesidad mejorar el factor "Enfermo", inculcando en la conciencia del público en general y de los colegas en particular, que el adenoma peri-uretro-sub-cervical, debe ser tratado como lo que es: un tumor. Es decir, quirúrgica y precozmente.

2º La vía a seguir y la técnica a ejecutar para el tratamiento quirúrgico del adenoma, están condicionadas a factores individuales de cada enfermo, y cuando se opte por la vía trans-vesical, creemos que el procedimiento de elección es la adenomectomía a "cielo abierto" tal cual la propicia Figueroa Alcorta, por tratarse de una técnica de fácil ejecución y de excelentes y seguros resultados.