

Tema Oficial.

Serv. de Urología del Hosp. Ital. Garibaldi
Jefe: Dr. José S. Dotta.

NUEVAS APORTACIONES A LA PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

El objetivo que nos mueve a presentar a Uds. esta comunicación, es el de ocuparnos de algunos hechos observados a través de 45 casos de adenoma de la prostata tratados por la vía extravesical de Millin; los datos que consignamos reflejan fielmente lo que hemos venido observando desde el acto quirúrgico al postoperatorio inmediato y alejado, contando ya nueve meses la evolución de nuestro primer caso, tiempo que a nuestro entender es suficiente para hacerse un concepto acerca del pro y del contra del procedimiento.

No presentamos una estadística de cientos de casos, cifras que muchas veces es necesario alcanzar para ser precisos en las conclusiones a las que se lleguen, pero la uniformidad de los resultados obtenidos en nuestra discreta serie y la constatación personal de lo que decimos, nos han parecido razones suficientes para dar algún interés a este trabajo.

Hemos de ocuparnos de algunos detalles de técnica, complicaciones inmediatas y alejadas, datos estadísticos, etc., por lo que para ser ordenados, trataremos cada tópico separadamente.

Técnica empleada: Hemos seguido utilizando la indicada por Millin; a pesar de que se han propuesto una serie de modificaciones, ninguna de ellas nos ha parecido substancial, por lo que hemos preferido seguir al autor para hacer nuestra experiencia.

La única diferencia, si es que puede llamarse, es de que para suturar la cápsula, lo hacemos iniciando la sutura con hilos distintos en cada extremo, con puntos continuos, anudando ambos hilos en la línea media. En esta forma nos ha resultado más fácil realizar un cierre perfecto.

Uso del oxixel y trombina: En algunos enfermos empleamos la gasa Oxixel, empapada en solución de Trombina para controlar la hemorragia. Si bien se

consigue en esta forma una hemostasia perfecta instantánea, a posteriori, la pérdida de sangre es igual que cuando no la usamos.

En cambio en una oportunidad que se empleó, fué la causa de que tuviéramos que hacer una cistostomía, la única por otra parte, en nuestra serie. Nos explicaremos. Terminada la intervención, cerrados ya los planos superficiales, en un lamentable descuido se sale la sonda Foley que habíamos colocado, por haberse desinflado el balón.

Las numerosas tentativas que hicimos por volver a colocarla, aún utilizando el mandril, además de ser infructuosas por la presencia del oxícel que cerraba el camino, provocaron una pérdida apreciable de sangre que obligó a hacer cistostomía y taponamiento de la loge.

Si bien este fué un accidente único, fortuito, al que no puede dársele mayor importancia de la que corresponde, nos permitió comprobar un inconveniente derivado del uso del oxícel en el que quizás no hubiéramos pensado.

Cistostomía: La hemos practicado solamente en el caso relatado antes: en otros dos casos en que la sonda se obturó con coágulos, pudimos librarla después de aspiración y lavaje abundante, cuando ya nos parecía que tendríamos que hacer una talla hipogástrica.

A pesar de todo, creemos que una cistostomía en los casos en que se produjo mucha pérdida de sangre puede ser un recurso que contribuye a la tranquilidad del cirujano, y que no será factor que prolongue en mucho el postoperatorio.

Uso del citrato de sodio: Millán aconseja distender la vejiga con 50-100 cc. de solución de citrato de sodio al 3.8 % una vez terminada la operación, para evitar la formación de coágulos intravesicales que podrían obstruir la sonda.

Nosotros la habíamos usado sistemáticamente, pero después de un caso de hemorragia fatal que tuvimos que lamentar, y que fué la única muerte en la serie, hemos desistido de su empleo. Ya nos referiremos más adelante a dicha observación.

Sistema de drenaje de la orina y lavajes: Empleamos para ello, la sonda Foley conectada a una goma de 1.20 mts. de largo que drena a un recipiente de tres litros, cerrado, colocado al lado de la cama. Con ello se tiene un buen tubo de tiraje que facilita el buen funcionamiento de la sonda y además de un dispositivo que da ciertas garantías de asepsia al drenaje.

Si la sonda funciona bien, no hacemos lavaje en los 3 primeros días: luego acostumbramos practicarlos 2 veces diarias con solución de oxicianuro de mercurio.

Enturbiamiento de la orina después de retirada la sonda: Hemos comprobado que después del 3º ó 4º día y hasta la extracción de la sonda las orinas se mantienen perfectamente claras. Pero después de uno o dos días, ellas comienzan

a enturbiarse y a veces a retomar un tinte sanguinolento. La infección se ha instalado.

Con el fin de evitar este inconveniente hemos retirado la sonda precozmente, en los casos en que podíamos hacerlo, pero tenemos la impresión de que ello no influye en la prevención de esta complicación.

Incontinencia de orina postoperatoria: Siempre es parcial y limitada ella se ha producido en 4 casos y su duración media ha sido de 6 días. Sólo en un caso persistió durante dos meses, en forma de pequeña pérdida, y precisamente en un enfermo con próstata pequeña y fibrosa, cuya enucleación fué laboriosa, produciéndose un desgarró de la cápsula. Felizmente al cabo de ese tiempo el trastorno desapareció por completo, quedando el enfermo con un perfecto control de sus micciones.

En otros enfermos hemos visto micción imperiosa que les producía pseudo-incontinencia, debida a infección de la loge; curada ésta, el trastorno desapareció.

Pérdida de sangre: Ella es a veces grande y depende en gran parte de la anestesia empleada. Con raquídea o caudal por lo general es mínima debido a la hipotensión que siempre se produce con estos tipos de anestesia, siendo en estos casos también más fácil de localizar los vasos de los pedículos prostáticos y proceder a su hemostasia.

En nuestra estadística figura un solo deceso producido precisamente por una hemorragia tardía en un enfermo que había sido operado con anestesia raquídea.

Durante el acto quirúrgico la pérdida sanguínea había sido sólo de medio litro, tres horas después de la intervención el enfermo estaba muy bien, drenando orina sanguinolenta del tono habitual. Pero media hora después al ser visto nuevamente por la enfermera, comprueba una hemorragia considerable, la sangre salía sin el menor índice de coagulación directamente por la sonda. Cuando llegamos a los pocos minutos, el enfermo estaba en estado agónico siendo infructuosas todas las medidas que se tomaron.

Hasta hoy en día no nos explicamos la razón de la hemorragia, y ante la sospecha de que el citrato de sodio dejado en la vejiga hubiera podido interferir en la coagulación normal, hemos dejado de utilizarlo.

En todos los otros enfermos la pérdida sanguínea postoperatoria se presenta tal como lo dice Millin, siendo progresivamente decreciente y sin importancia hasta el 3º ó 4º día en que desaparece por completo.

Como por medio del aspirador medimos la sangre perdida durante el acto quirúrgico, ella es repuesta al enfermo de inmediato y a veces hacemos otra transfusión al 2º ó 3º día según la pérdida habida y el estado general del enfermo.

Todos nuestros enfermos se levantan al tercero o cuarto día, índice evidente de que su organismo no se ha resentido en forma marcada como consecuencia del acto quirúrgico o de la pérdida de sangre sufrida.

Infección de la loge: Se ha producido con bastante frecuencia en nuestros operados, como se consigna en el cuadro adjunto, a pesar de las medidas profilácticas tomadas: la penicilina, estreptomycinina y sulfamidas administradas desde el preoperatorio no han sido suficientes en todos los casos para prevenirlas.

Para combatirla hemos comprobado que los lavajes uretrovesicales a lo Janet con solución de oxicianuro de mercurio al 0,15 % o permanganato de potasio al 0,20 % hechos diariamente, son los que mejores resultados nos ha dado, pues en esta forma lavamos la uretra, "loge" prostática y vejiga: complementamos con urotropina 2 a 3 grs. diarios.

Cuando se ha producido granulomatosis de la loge procedemos a la limpieza utilizando el resectoscopio, con cuya asa barremos los granulomas, siendo por lo general innecesario utilizar las corrientes de coagulación.

Epidimitis: También la hemos visto aparecer, en algunos casos en los que habíamos hecho la vasectomía, pero por lo general han sido benignas y respondido rápidamente a la terapia habitual en estos casos. Sólo en una oportunidad se produjo la supuración, viéndonos obligados a extirpar el testículo.

Brevedad y confort del postoperatorio: Los enfermos hacen un postoperatorio tranquilo, libre de molestias, dolores y disuria; se levanta al 3º ó 4º día y por lo general se les retira la sonda a los 7-8 días, salvo los casos en una pérdida de orina por la herida obliga a dejarla más tiempo o reponerla.

Como siempre utilizamos sonda Foley, ella permite que el enfermo ande levantado y caminando después de 3 ó 4 días de operado, lo que es una medida profiláctica de las embolias o complicaciones pulmonares tan de temer en pacientes de la edad de los prostáticos. Además de ello los habilita a dejar el hospital tan pronto tienen su herida cerrada, ya que no presenta entumecimiento ni debilidad de sus miembros inferiores, ni se producen los edemas de piernas que sabíamos observar, debidos a los trastornos en la "vis a tergo" como consecuencia de la debilidad muscular.

Eventraciones postoperatorias: Todavía no la hemos observado en ninguno de nuestros operados, y pensamos que ella no se ha de producir debido a la pequeñez de la incisión, no utilización de sonda Pezzer o tubos de drenaje suprapúbico que abrían el camino a las eventraciones y por fin, la rareza de las supuraciones en estas heridas, hecho que nunca se produjo en nuestros casos.

Función sexual: En los enfermos aptos todavía, ella se cumple igual y a veces mejor que antes de la operación; como sucede también en la prostatectomía a lo Freyer, la eyaculación se hace en la gran mayoría de los casos hacia la vejiga

siendo contados los enfermos que han podido eyacular hacia el exterior. En ningún paciente se produjo impotencia postoperatoria.

Porcentaje de internación: Debido al hecho de tratarse de una prostatectomía en un solo tiempo, el pre-operatorio varía mucho de acuerdo a las condiciones en que se presenta el enfermo, lo cual hace que en ocasiones se requieran muchos días en preparar adecuadamente al paciente para someterlo a la operación.

Por este motivo daremos dos porcentajes distintos referentes al tiempo de internación: uno de ellos porcentaje total y el otro el postoperatorio.

Porcentaje total	29.28 días
Porcentaje postoperatorio	15.72 días

Porcentaje de mortalidad: Sobre un total de 45 enfermos operados, se ha producido sólo una muerte, lo que representa el 2.22 % de mortalidad total.

Después de la lectura de las consideraciones que anteceden y que, como decimos al principio, representan una exposición fiel de lo que hemos observado a través de nuestra experiencia, podría quizás pensarse que son muchas las cosas que se producen o pueden suceder, lo que parecería disminuir apreciablemente las bondades del procedimiento.

Pero téngase en cuenta que presentados así en conjunto, una tras otra, la importancia o valor individual de las mismas aparece como hipertrofiada para quien tenga que formarse una impresión del método sólo en base a lo que se dice. Pero en la práctica es otra cosa; cuanto más enfermos operamos, más nos convencemos de que por ahora la prostatectomía retropúbica de Millin es el procedimiento ideal tanto para el enfermo, que se ve restablecido en un tiempo muy breve y libre de dolores, como para el cirujano que dispone de un procedimiento más quirúrgico, más racional para solucionar un problema harto frecuente en la práctica urológica.