

Tema Oficial.

Serv. de Urol. del Hosp. Central "Dr. Marcelino Freyre"
a cargo del Dr. Ricardo Ercole

LA ANESTESIA LOCAL EN LA PROSTATECTOMIA RETROPUBICA

Por los Dres. R. ERCOLE y A. ZARZUR

El gran número de intervenciones propuestas para el tratamiento del adenoma de la próstata, consecuencia de las distintas vías de abordaje de la glándula prostática (hipogástrica, perineal, uretral) que plantean a su vez, cada una de ellas, una serie numerosa de variantes técnicas, constituyen el mejor argumento para certificar que el problema técnico de la adenomectomía no está todavía resuelto en forma realmente ideal.

Bien es cierto que si técnicamente cada una de las citadas operaciones tienen aspectos vulnerables a una crítica rigurosa, los resultados operatorios inmediatos y alejados que con algunas de ellas se obtienen, son realmente excelentes, ya que llevan habitualmente a una verdadera restitución anatómica y funcional del aparato urinario, alterado por la formación adenomatosa, con un riesgo operatorio mínimo, como se desprende de las distintas estadísticas operatorias.

Es por ello que toda nueva técnica en el tratamiento quirúrgico del adenoma de la próstata, deba ser sometida a una crítica severa y tenga que estar abonada por una experiencia sumamente amplia, inclusive en lo que se refiere no solamente a los resultados inmediatos, sino también a la evolución alejada del operado, para que ella pueda entrar en consideración en la competencia que se ha establecido entre dichas técnicas operatorias.

La vía retropúbica, propuesta por Millin, representa aparentemente el abordaje ideal de la adenomectomía y pareciera que estamos en el camino de la solución técnica del problema. En efecto, como concepción técnica es la que tal vez más satisface al cirujano, si consideramos que aborda al adenoma en forma directa, sin interesar la vejiga como en la prostatectomía suprapúbica y sin exponerse a los riesgos de herir formaciones anatómicas importantes (recto, esfínter uretral) como en la prostatectomía perineal, permitiéndonos, además, la enucleación del adenoma bajo la vista, con un control aparente de la hemostasia y con una reconstrucción anatómica de la brecha operatoria.

A las consideraciones de orden exclusivamente técnico, se agrega, de acuerdo a una experiencia ya muy elocuente, tanto de Millin como de otros autores, una

serie de argumentos, basados en los resultados inmediatos y alejados, que justifican el entusiasmo con que ha sido recibida en el mundo urológico esta nueva vía de abordaje. Cabe destacar en este sentido, que se trata de una intervención muy poco chocante, que permite efectuar la intervención en un solo tiempo y que lleva a la curación en muchos casos dentro de la semana de la intervención, con un postoperatorio habitualmente silencioso, sin dolor. Podría sintetizarse esta intervención a través de la mencionada experiencia, diciendo que desde el punto de vista técnico supera con ventajas a la prostatectomía perineal, lo mismo que en lo que se refiere a los resultados operatorios, por no tener los riesgos de dicha vía, como son las fístulas y las incontinencias de orina, pudiendo en cambio, en cuanto a los resultados funcionales, parangonarse a los tan brillantes de la prostatectomía suprapúbica.

No hemos podido quedar indiferentes a estos argumentos, habiendo iniciado con verdadero entusiasmo una experiencia con esta nueva técnica. Nuestra casuística, todavía limitada es, por otra parte demasiado reciente como para que podamos exteriorizar una opinión definitiva sobre el tema. Podemos adelantar, sin embargo, que tenemos la impresión de que la vía retropúbica no es una operación más en el tratamiento del adenoma de la próstata, sino que representa una nueva vía de abordaje de grandes posibilidades técnicas. Llevamos operados hasta la fecha 22 enfermos y si bien en los primeros casos hemos tenido algunas dificultades, ellas han sido sucesivamente superadas al llegar a depurar la técnica quirúrgica y al obtener un conocimiento más acabado de las modalidades operatorias que plantean las distintas variedades de adenomas.

Uno de los problemas que más nos han interesado en la prostatectomía retropúbica es el de la anestesia, sobre todo, considerando que por tratarse de una operación poco chocante, es posible plantear su indicación aún en los casos de enfermos en deficientes condiciones generales y por la otra, que siendo una operación de duración relativamente prolongada, es necesario que la anestesia no grave en sí el acto operatorio.

Es muy variable el tipo de anestesia preferido por los distintos cirujanos para este tipo de operación, aunque gran número de ellos se declaran partidarios de la anestesia raquídea (Lawsley, Bacon Gouverneur y Aboulker, Castaño) y otros de la anestesia general, ya sea por vía endovenosa con el pentothal sódico (Couvellaire) o por inhalación (Pieraccini). Entre estos últimos se encuentra el mismo Millin que aconseja el protóxido de azoe previa inducción con pentothal sódico, Llama, sin embargo, la atención que si bien Magill, en el capítulo dedicado a anestesia en la obra de Millin, habla de los buenos resultados que brinda la anestesia local, que los considera semejantes a los obtenidos con la anestesia troncular, pero de mayor sencillez en la técnica, no se haya generalizado este tipo de anestesia en la intervención que tratamos.

Siendo partidarios de la anestesia con Pentothal sódico en cirugía urológica, es lógico que las primeras intervenciones las efectuáramos con esta anestesia, que hubimos de descartar enseguida en esta intervención, pues la vasodilatación local que ella determina al provocar una mayor pérdida de sangre en el acto operatorio, dificulta las maniobras de liberación del adenoma y hace engorrosa la hemostasia, a pesar del uso del aspirador. Es por este motivo que más luego ensayamos la anestesia raquídea, la que al determinar una baja de la tensión arterial nos facilita en este aspecto el acto operatorio, pero en cambio las limitaciones de su empleo derivadas de su contraindicación por las condiciones circulatorias del paciente y en muchos casos por el estado general deficiente del mismo, nos hicieron después de las primeras experiencias con esta anestesia, que no cuenta, por otra parte, en términos generales, con nuestra simpatía, desistir de la misma. Es así como iniciamos a continuación el empleo de la anestesia local y el resultado brillante que obtuvimos con la misma, desde la primera observación, nos llevó a generalizar su empleo en todos los casos que operamos a partir de ese momento, sin discriminación sobre las condiciones locales o generales del paciente, habiendo efectuado hasta la fecha 15 intervenciones con esta anestesia, lo que nos induce a efectuar la presente comunicación con el objeto de destacar los buenos resultados obtenidos y las ventajas derivadas de su empleo así como también referir los detalles de la técnica que hemos efectuado.

TÉCNICA OPERATORIA DE LA PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA:

Hemos efectuado la prostatectomía retropúbica siguiendo en todos los casos los tiempos fundamentales descritos por Millin. Debemos destacar, sin embargo, que por no haber podido disponer del instrumental de Millin utilizamos en vez del separador automático de dicho autor, un separador de Gosset con el agregado de una valva plana maleable de Lardenois con el objeto de deprimir la vejiga, la que es mantenida en posición por un ayudante, efectuando el resto de la intervención con instrumentos comunes. No utilizamos el aspirador, ya que como lo destacaremos más adelante, con el uso de la anestesia local, la pérdida de sangre resulta siempre mínima. Utilizamos una incisión mediana suprapúbica, haciendo la sección transversal de la cápsula próstática con tijera, previo arponaje de la misma con dos puntos capsulares pasados por transficción en la forma que le víamos efectuar, entre nosotros, a Castaño, con lo cual se reduce la pérdida de sangre determinada por la sección capsular. Consideramos que facilita el acto operatorio el levantar el adenoma con un dedo rectal colocado por un ayudante. No disponiendo en la actualidad de sondas de Foley ni similares, utilizamos como drenaje uretral una sonda Nélaton, que tiene el inconveniente serio de tener un calibre interno muy reducido, por lo cual la sonda se obstruye con facilidad, ante la presencia de cualquier pequeño

coágulo. Por esta razón preferimos como medida de seguridad en aquellos casos en que la hemostasia no ha sido satisfactoria, al colocar además al través de un pequeño ojal de cistostomía, una sonda de Pezzer N° 30, que retiramos al segundo o tercer día de la intervención. Se trata de un procedimiento de emergencia, que utilizamos por la razón ya citada, pero que en realidad no grava en absoluto el acto operatorio y nos brinda en cambio un mayor índice de seguridad. Apenas sacada la sonda hipogástrica la vejiga se cierra, por lo cual consideramos que esta forma de drenaje retarda cuanto más en tres o cuatro días el postoperatorio inmediato. No creemos, por otra parte, que el cierre acelerado de la vejiga tenga ventajas para el enfermo, ya que en estos casos es probable que no se haya terminado el proceso de epidermización de la loge dejada por la adenomectomía y que ello sea talvez un factor que favorezca la formación de granulomas rebeldes de la misma.

TÉCNICA DE LA ANESTESIA LOCAL:

Media hora antes de la intervención le hacemos al enfermo una inyección de Escofedal débil e inmediatamente antes de operarlo, sobre la mesa de operaciones, evacuamos su vejiga, por sondaje, si el enfermo no tiene sonda a permanencia e instilamos en la misma 15 c.c. de una solución de pantocaína al 2 %. Como anestesia utilizamos una solución de novocaína al 0,50 % con 5 gotas de la solución de adrenalina por cada 100 c.c. Hacemos a continuación la infiltración de la pared por planos, efectuando conjuntamente con la infiltración del tejido celular subcutáneo, habones intradérmicos en el trayecto de la futura incisión cutánea.

Seccionada la piel hacemos la infiltración franca de ambos músculos rectos y una vez separados los mismos, inyectamos el espacio prevesical. Colocamos de inmediato el separador automático y abordamos el espacio retropúbico, exponiendo ampliamente la próstata. Terminamos la anestesia efectuando, primero una inyección de 10 c.c. de la solución anestésica a cada lado de la próstata, en el tejido celular que la separa de la pelvis ósea, con el objeto de anestesiar los ramos sensitivos originados en el plexo hipogástrico y que penetran en la glándula prostática acompañando los elementos vasculares de la misma. A continuación inyectamos 10 c.c. de la misma solución repartidos en ambos lados del cuello vesical, en su profundidad, con lo que a la par que anestesiamos el cuello de la vejiga, infiltramos los ramos sensitivos que penetran en la próstata, conjuntamente con las arterias prostáticas, ramas de la vesical inferior, que a la altura del cuello en su vertiente posterior, penetran también en la próstata. Hemos podido demostrar que la infiltración directa de la próstata, infiltrando la cápsula, no es útil, por una parte, porque la infiltración se encuentra dificultada por la resistencia de los tejidos a recibir la infil-

tración del líquido anestésico y porque una vez efectuada ésta, la anestesia no es tan buena como la que se obtiene con la técnica ya descrita.

No hemos considerado necesario la infiltración anestésica del esfínter rectal, pues la anestesia de base es suficiente para que el control que efectuamos con un dedo rectal no resulte molesto para el enfermo.

RESULTADOS:

Los resultados que hemos obtenido con la anestesia local los podemos considerar como excelentes, ya que hemos podido efectuar, sin inconvenientes, en todos los casos, los tiempos de la prostatectomía retropública, hecho importante de destacar, ya que no es posible abordar francamente el espacio retropúbico si no se obtiene una buena relajación en la pared.

Solamente en dos de nuestros primeros operados, hubimos de completar la anestesia, al final de la intervención con una inyección de 0,50 grs. de pentothal sódico, ya que en dichos casos una vez terminada la enucleación del adenoma y efectuada la sutura de la cápsula prostática, tuvimos que abrir la vejiga y controlar por su interior una pérdida de sangre, por hemostasia incompleta del cuello vesical, que atribuimos a defectos de técnica en nuestras primeras observaciones. En estas dos observaciones pudimos controlar como frente a la buena anestesia obtenida para efectuar la prostatectomía, contrastaba la sensibilidad exquisita de la vejiga, al pretender explorarla en su interior, razón por la cual tuvimos que recurrir en este tiempo a la ya citada anestesia general.

Es evidente, al través de nuestra experiencia, que la anestesia local contribuye a disminuir los riesgos de la prostatectomía retropública, extendiendo en consecuencia las indicaciones de esta intervención a enfermos de deficientes condiciones generales, insuficientes cardíacos, etc. en los cuales la anestesia raquídea, por ejemplo, podría estar contraindicada y en los que otros tipos de anestesia, como la general, agravaría, sin dudas, los riesgos operatorios. Consideramos en estos casos, y en ello estamos de acuerdo con Magill, que la anestesia local es superior a la anestesia troncular, ya que con ella se obtienen los mismos resultados, con una mayor facilidad técnica y un menor tiempo en su ejecución.

La anestesia local le permite al cirujano abordar sin apresuramiento el acto operatorio, que podrá ejecutar con toda minuciosidad, sin el apremio por la prolongación desmedida de la anestesia y con la tranquilidad de saber que está efectuando una intervención tan poco chocante.

Por otra parte, la vasoconstricción que la infiltración local determina, disminuye la pérdida inmediata de sangre en el acto operatorio, facilitando en consecuencia las maniobras de liberación del adenoma y particularmente haciendo posible una buena hemostasia. En nuestros operados no hemos tenido la necesidad en ningún caso del uso del aspirador.

Finalmente cabe destacar que la anestesia local tiene además otra ventaja frente a la anestesia raquídea y en menor grado a la anestesia general, por el hecho que la relajación de la vejiga que determinan estas últimas anestесias en el postoperatorio inmediato, hace posible, al no facilitarse el drenaje por la propia tonicidad vesical, la formación de coágulos en la vejiga y los consiguientes peligros de una hemorragia, con distensión vesical, cosa que no sucederá por la causa ya citada con la anestesia local.

CONCLUSIONES:

1) La vida retropública constituye una nueva vía de abordaje de grandes posibilidades para el tratamiento quirúrgico del adenoma de la próstata. Se trata de una operación muy poco chocante, que reúne aparentemente todas las ventajas de la prostatectomía perineal, sin tener la riesgos de dicha vía de abordaje (incontinencia de orina fístulas).

2) La anestesia local brinda un silencio operatorio perfecto, facilita la ejecución de la intervención al disminuir la hemorragia inmediata, permitiendo en consecuencia una buena hemostasia y asegura el buen drenaje de la vejiga inmediatamente a la intervención por conservarse la tonicidad vesical.

3) Su ejecución es sencilla y no prolonga el acto operatorio, por lo que la consideramos superior a las anestесias tronculares. Su inocuidad extiende las indicaciones de la prostatectomía retropública a enfermos en malas condiciones generales, insuficientes cardíacos, pulmonares, etc., en cualesquier otro tipo de anestesia podría estar contraindicada.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bacon, S. K.: Retropubic Prostatectomy. Jour. of Urol. T. 59, 1948.
- Bernardi, R. y Chiozzi, J.C.: Adenoma de 230 grs. operado con el procedimiento de Millin. Nuestra experiencia. Rev. Arg. de Urol. T. XVII, 1948.
- Castaño, E. y Ortiz, A.: Prostatectomía retropública extra-vesical. Rev. Arg. de Urol. T. XVI, 1947, pág. 438.
- Couvelaire, R.: Note Préliminaire sur la Technique et les indications de l'adenomectomie Prostatique par voi aus et Rétopubienne Extra-vesicale. (Operation de T. Million). Jour. d'Urol. T. LIII, 1946-47, pág. 98.
- Dotta, J. S. y Delporte, T.: La prostatectomía retropública de Millin. Nuestros primeros ensayos y sus resultados. Rev. Arg. de Urol. T. XVII, 1948, pág. 53.
- Gouveneur, R., Aboulker, P. y Dufour, A.: La Prostatectomie Retro-pubienne extra-vesicale. Operation de Millin. Jour. Chirurgie. T. 63, 1947, pág. 425.
- Lowsley, O. S. y Gentile, A.: Retropubic Prostatectomy. Jour. of Urol. T. LIX, 1948, pag. 281.
- Millin Terence: Retropubic Urinary Surgery. E. y S. Livingstone, editores. 1947.
- Pieraccini, P.: A Modification of the Millin Technique of Extra-vesical Supra-pubic Prostatectomy. The Urol. and Cutaneous Revie., 1948, pág. 249.