

Bibliografía

1. Backlock, N. J.: "Anatomical factors in prostatitis". Brit. J. Urol., 46, 47, 1947.
2. Brown, H. B.: "Granulomatous prostatitis". J. Urol., 105:549, 1971.
3. Chesley, A., y Dow, D.: "Use of trimetoprim in chronic prostatitis". Urology, 2:280, 1973.
4. Conner, G. W., y Drach, G.: "Genitourinary aspects of disseminated coccidiomycosis". J. Urol., 113:82, 1975.
5. Drach, G.: "Trimetoprim/Sulfamethoxazole therapy of bacterial prostatitis". J. Urol., 111:673, 1974.
6. Jameson, R. M.: "Sexual activity". Invest. Urol., 5:297, 1967.
7. Nielsen, M.: "Virological investigations in chronic prostatitis". J. Urol., 109:1023, 1973.
8. Weitzner, S.: "Coccidiomycosis". Southwest Med. J., 49:67, 1969.
9. Schmidt, J. D.: "Non specific granulomatosis prostatic". J. Urol., 94:607, 1965.
10. Tanner, F.: "Granulomatous prostatic". Arch. Patol., 36:358, 1943.
11. Morrisseau, P., y Phillips, C.: "Viral prostatitis". J. Urol., 103:767, 1970.

Rev. Arg. de Urología y Nefrología
Vol. 51 - Nº 1 - Año 1985

OTRO PROCEDIMIENTO PARA EL ABORDAJE SIMULTANEO DEL ADENOMA PROSTATICO Y HERNIA INGUINAL

Dr. Amuchástegui, Roberto M. - Dr. Agugliaro, José Pedro - Dr. Amuchástegui, Diego Martín - Dr. Partamian, Juan José

No es infrecuente la presencia simultánea de dos estados patológicos anatómicamente vecinos y con una vinculación etiopatogénica. Nos referimos al adenoma prostático y a la hernia inguinal intra o extrafunicular de acuerdo con la terminología de Corbellini. Lo que sí poco frecuente, es encontrar estas patologías junto con las condiciones requeridas para hacer el abordaje quirúrgico simultáneo.

Existen distintos criterios, ya sea en pro o en contra de esta conducta:

- Los que operan ambos casos reparando poco en el peligro que para la herniotomía y la herniorrafia significa la vecindad de un foco séptico presente o potencial.
- Los que se oponen a ultranza a la operación combinada, fundamentalmente por el riesgo de infección.
- Los que adoptan un criterio ecléctico, aceptado por muchos, y dentro del cual hemos realizado nuestra pequeña experiencia. Según el mismo, para que la operación simultánea sea aconsejable, se deben tener en cuenta ciertos factores y circunstancias.

Factores constitucionales

Todo individuo que presente laxitud musculotendinosa evidenciada por hábito asténico, visceropatías, presencia de hernias múltiples o la recidiva de hernias ya operadas, se aleja del caso ideal.

Factores morfológicos

La obesidad es un factor negativo, no sólo por la dificultad que en toda operación condiciona el exceso de tejido adiposo, sino también por la mayor propensión a los procesos inflamatorios del mismo, hecho que se magnifica cuando hay simultáneamente un ligero dismetabolismo glucídico como en los obesos de más de cuarenta años. Las hernias voluminosas, presumiblemente por deslizamiento, tampoco deben operarse.

Factores funcionales

En líneas generales, cuando la capacidad funcional de un órgano vital se reduce en 40 % se contraindica una doble operación. Con este criterio, un hígado precirrótico, un riñón insuficiente pero sin descompensación, un corazón fibrosado pero con reservas funcionales hemodinámicas suficientes para atender las exigencias de pequeños y medianos esfuerzos, nos permitirán afrontar una operación de adenoma prostático, pero nos plantearán un interrogante frente a dos intervenciones simultáneas, cuando la segunda, en este caso, la herniorrafia, puede significar 50 % de prolongación del tiempo operatorio.

Factores bacteriológicos

Quizá sean los más importantes, y en consecuencia deben ser tenidos muy en consideración. Son pocos los enfermos, especialmente en el medio hospitalario que, portadores de un adenoma de próstata, no hayan sido sondados si es que no son pacientes con una sonda a permanencia. Una y otra circunstancia es equivalente en la práctica a infección urinaria, que fácilmente puede propagarse a los tejidos vecinos, en nuestro caso los de una hernia recién reparada. Obviamente, cualquier proceso infectivo especialmente regional debe evaluarse detenidamente.

Después de lo dicho y resumiendo diremos que el caso ideal está dado por un paciente no muy añoso, con buena estructura muscular, con aceptable capacidad cardiopulmonar y hepatorenal, sin dismetabolismos, con orina estéril, con la piel de la zona sana, sin obesidad, y que presente una hernia pequeña o mediana.

Iniciamos nuestra experiencia con el propósito de tratar quirúrgicamente en un solo acto operatorio un adenoma de próstata y una hernia inguinal, abordando a ésta por dentro del recto anterior del abdomen y a través del espacio fibrocelular laterovesical y retropúbico (técnica de Henry). En aquel entonces no conocíamos la vía de abordaje de Mc Evedy que llega a la misma zona por fuera del músculo recto. Debemos confesar que tuvimos

muchas dificultades, en parte debidas a que el paciente elegido era algo obeso y de vientre prominente. Como utilizábamos una incisión en V de vértice inferior del plano músculo aponeurótico, descrita por el cirujano urólogo de la provincia de La Rioja Dr. Pedro Vera Barros, buscamos, sobre la base de la misma, otro camino que nos resultara más fácil, encontrándolo y realizando la operación con éxito. Con algunos agregados a lo que fue la primera operación con este abordaje, la hemos efectuado en una quincena de casos, con resultado satisfactorio en los enfermos bien seleccionados.

Nos referiremos a la técnica quirúrgica:

En el VI Congreso Argentino de Urología efectuado en Rosario en 1960, el Dr. Pedro Vera Barros presentó una técnica de abordaje de la vejiga, variante de la Pfannestiel, consistente en incidir el plano músculo aponeurótico con una incisión en V de vértice inferior que corta a las fibras aponeuróticas de los oblicuos mayores en su misma dirección y divulsiona la parte carnosa de los mismos, seccionando al mismo tiempo la aponeurosis del oblicuo menor fusionada al transverso. Este hecho hace que, al actuar las líneas de fuerza de la prensa abdominal, lo hagan en el mismo sentido de la incisión y por consiguiente cierran los labios de la misma, aproximándolos en vez de separarlos, principio por otra parte general a todas las incisiones transversales del abdomen, difundidas en nuestro medio por la escuela quirúrgica de Finocchietto. Es un procedimiento más lento, tanto en la diéresis como en la síntesis, que el de la incisión mediana infraumbilical, pero tiene la virtud de dar menos eventraciones. Desde 1960, uno de nosotros la ha realizado con entusiasmo en la cirugía de vejiga, próstata y uréter inferior.

Con esta manera de proceder, se cortan en sentido paralelo a la arcada de Poupart las aponeurosis de los músculos oblicuos. Se toma el labio inferoexterno de la incisión aponeurótica y la lámina tendinosa que limita formada por dos capas, la superficial dependiente del oblicuo mayor y la profunda del oblicuo menor fusionada al transverso. Despegando estas capas, lo que se consigue fácilmente, aproximadamente en un tramo de 3 centímetros, en amplitud y en profundidad, se llega al trayecto inguinal. Ayudándose con separadores y divulsión roma es relativamente sencillo aislar el cordón inguinal o el saco herniario cuando se trata de hernias directas. La disección del saco y cierre del mismo, previo tratamiento de su contenido, se efectúa como en la cirugía de las hernias. El refuerzo de la pared uniendo con dos o tres puntos el borde inferior de la lámina profunda, transformada ya a este nivel en tendón conjunto, a la arcada inguinal, quedando de esta manera una reconstrucción mediofunicular tipo Bassini, o dejando el cordón por detrás de la sutura, reconstrucción prefunicular tipo Mugnai-Agullar. Pueden, si se desea, hacerse otros métodos como el Warren o las distintas variantes del Potemsky.

Se concluye el tiempo herniario colocando tres puntos separados y equidistantes entre sí que aproximan las dos láminas aponeuróticas que fueron inicialmente despegadas. Consideramos estos puntos importantes porque cierran herméticamente el espacio de abordaje del trayecto inguinal, favoreciendo una rápida coalescencia de las láminas, de manera que, en pocas horas, se forma una sólida barrera frente a una posible infección proveniente de la línea media, que es donde se abre posteriormente la vejiga y donde frecuentemente se deja una cistostomía.

Siempre con vista a un eventual infección, es preferible hacer primero el tiempo herniario y luego abrir la línea blanca, separar ambos rectos anteriores del abdomen y continuar con el tiempo véscico prostático. Podrán operarse hernias bilaterales si las condiciones generales del paciente lo permiten.

Bibliografía

1. Aivarhinas, F. M.: "Adenomectomía prostática retropubica y hernioplastia por la vía de Henry". Rev. Arg. de Urología y Nefrología, 38:50-51, 1969.
2. Maingot, R.: "Operaciones abdominales". Panamericana, 2:969-973, 1966.

La metodología que nos sirvió de orientación en esta experiencia de terapéutica quirúrgica fue la siguiente:

- 1) Seleccionar los pacientes de acuerdo con las pautas señaladas al principio (*vide supra*) completando el examen del aparato urinario con radiografías de tórax y examen cardiológico.
- 2) Operar primero la hernia y luego la hipertrofia de próstata, con la incisión transversal de piel y oblicua en V de aponeurosis.
- 3) Controlar la evolución hasta por lo menos 2 meses de posoperatorio, que es cuando la orina suele ya ser estéril, lo cual presupone una buena marcha ulterior.

El número de pacientes intervenidos es de 14 (catorce). El número de hernias tratadas al mismo tiempo que el adenoma, de 15 (quince), pues había un caso con hernia bilateral.

De los 14 pacientes, 6 lo fueron del medio hospitalario y 8 privados.

La edad promedio fue de 64 años; el de menor edad, 53, y el de mayor, 75.

Hubo 7 hernias directas y 8 oblicuas externas. Las del primer grupo se trataron con hemijaretas sucesivas invaginantes sin abrir saco. Las hernias indirectas con Bassini, 6 casos, y Mugnai-Agullar, 2 casos. No hicimos nunca ligadura ni sección parcial del deferente por temor a funiculitis que nos pudiera complicar el posoperatorio.

El material de sutura utilizado en el tiempo herniario fue hilo no reabsorbible; en el restante, catgut, como es habitual en la cirugía urológica.

Tres casos no se ajustaban a las pautas de selección: un paciente era obeso, otro tenía una infección por *Pseudomonas aeruginosa*, y el tercero una hernia recidivada.

En un paciente el adenoma fue pequeño subcervical. De haberse presentado esta circunstancia en la actualidad, con más experiencia en resección transuretral, habríamos seguido este procedimiento, dejando para después la herniorrafia.

El abordaje de la próstata fue siempre transvesical, con incisión cutánea transversal, oblicua en V, invertida de aponeurosis y longitudinal de vejiga. No vemos inconveniente en hacer abordaje retropúbico.

El paciente con hernia recidivada presentó muchas dificultades por las adherencias de planos. Hizo un íleo paralítico, que agravó al cuarto día de posoperatorio, yendo rápidamente al shock hipovolémico y colapso cardíaco, falleciendo al quinto día. No se efectuó necropsia, de manera que se ignora la causa inicial del proceso que lo condujo a la muerte.

Prescindiendo del caso fatal señalado, y a pesar de que el reducido número de pacientes no constituye una muestra estadísticamente significativa, consideramos que el resultado hasta aquí obtenido es alentador y que parte del éxito depende de la buena selección de enfermos.

Coincide nuestra opinión con la de Mc Evedy, en el sentido que la operación de Henry sólo sería buena para operar hernias crurales bilaterales en individuos delgados. Sin embargo, nos parece que el abordaje de Mc Evedy lleva más directamente a la zona crural y, por consiguiente, para quien usare una incisión transversal como la de Vera Barros, aconsejaríamos esta vía tanto en la hernia crural unil como bilateral, ya que es muy fácil desplazarse por fuera del recto anterior, ligando y seccionando, si es necesario, la epigástrica. Naturalmente, esta afirmación es *a priori*, pues no tenemos experiencia.

3. Pataro, E. F.: "Hernia crural vía de Mc Evedy. Técnica quirúrgica". La Prensa Médica Argentina, 53, nº 21:1160-1162, 1966.