

## Nuestra Técnica de la Prostatectomía

Desde 1934, época en la cual, por haber sido nombrado Profesor Agregado de Urología, pude disponer de un servicio hospitalario, ha sido una de mis preocupaciones el lograr una técnica quirúrgica lógica y eficiente para la prostatectomía.

Discípulo de la escuela francesa, no traje de París en mis recursos sino la técnica de Freyer y la de la prostatectomía perineal como se la practicaba en 1932 y los primeros ensayos de resección transuretral o sea del forage de la prostata de Louis.

Prácticamente en esta época, disponíamos tan solo de la técnica de Freyer para los tumores benignos y la de la perineal para los malignos. Tanto la una como la otra eran excesivamente cruentas, sin defensas, de alta mortalidad.

Siendo lo más común en la práctica quirúrgica urológica, la presencia de tumores benignos era la prostatectomía transvesical de Freyer, la técnica que más a menudo nos era dado emplear.

Esta técnica como todos sabemos, si bien es fácil y por lo mismo al alcance de todo cirujano, tiene a mi modo de ver varios escollos que eran de urgente necesidad ser eliminados.

Conforme he ido avanzando en mis estudios sobre este punto, he tratado de vencerlos, pues repugnan al espíritu médico los siguientes puntos:

1º—La casi ineludible necesidad de hacer esta intervención en por lo menos dos tiempos y casi siempre en tres.

2º—La falta absoluta o aleatoria de una hemostasia racional.

3º—La falta de defensa de dos tejidos lábiles o sean el tejido celular del espacio de Retzius y el del fondo de saco peritoneal.

4º—El sistema anti-físico del drenaje.

5º—El tiempo de hospitalización excesivo necesario para el éxito de esta.

Tomando en cuenta la edad de los pacientes a los cuales tenemos que hacer esta intervención, se me hacía penoso por decir lo menos el someterlos a lo que los autores ingleses llaman tan justamente; injuria quirúrgica. Tres anestésias, tres pérdidas de sangre, tres pre y post-operatorios, me parecen excesivos para hombres de más de cincuenta años de edad.

El sistema de taponamiento de la celda prostática es asimismo a mi modo de ver una solución más moral que quirúrgica, el taponamiento es una forma de hemostasia aleatoria e indiscutiblemente insuficiente, tanto es así que ninguno de nosotros lo emplearía en cualesquier otra circunstancia operatoria sinó en caso de hallarse absolutamente desarmado. Más aún si estamos en un medio fácil de infectarse y con el peligro de una nueva hemorragia al hacer la eliminación de este tampom.

El sistema de drenaje por medio del sifonaje con los tubos de Marion, es asimismo un medio insuficiente, pues ninguno de nosotros puede eliminar de su sub-conciente el olor característico de los servicios de urología con prostatectomizados o sea el olor de amoniaco de orinas en fermentación.

Es inevitable que el paciente tratado por este método, esté siempre con sus apósitos húmedos y por lo mismo con sus tejidos en contacto continuo con orinas que casi siempre están o terminan contaminadas.

Los puntos de acercamiento de los tejidos de la herida abdominal, son por lo mismo incapaces de aislar de este contacto, a tejidos delicados y de poca defensa como el fondo de saco peritoneal y el espacio de Rétzius.

Esta preocupación mía ha sido la de muchos urólogos y así hemos visto surgir nuevas técnicas que tratan de resolver estos problemas.

Recuerdo que durante mi estadía en los servicios del Hospital Necker con el Maestro Legueu, éste trataba ya de hallar un sistema más lógico de drenaje de las orinas por medio de un drenaje perineal.

Me cúpo en suerte ver trabajar a mi amigo el Profesor Pagliere en Buenos Aires, quien había logrado perfeccionar este sistema y conseguido con ello dar un gran paso adelante, en esta intervención.

Los resultados eran ya por demás halagüeños y me entusiasmaron, más aún no llegaban a dar una verdadera y absoluta seguridad para el paciente y el operador. Por ello partiendo de esta

técnica, en publicaciones anteriores he descrito ciertas modificaciones a ella que ya me daban una mayor sensación de seguridad y que eran:

El empleo de la insición transversal de la vejiga, para poder aprovechando de los labios de esta herida y por medio de una sutura a los planos aponeuróticos, tener un plano de defensa de los espacios de Retzius y fondo de saco peritoneal.

El uso de la sonda de Fowley para el drenaje uretral y obtener por ello mediante la ligera comprensión obtenida en la celda prostática, una hemostasia aceptable de esta.

Con estos simples medios había ya obtenido una disminución notable de los tiempos de hospitalización en mis prostatectomizados, más, aún había algunos escollos que no se habían eliminado; como eran, ciertas pequeñas incapacidades de retención de las orinas; raras fistulas vesico abdominales, que si bien casi siempre cerraban espontáneamente, retardaban en todo caso el alta.

Esta última dificultad, que se había presentado en raros casos, es en resumidas cuentas la causa de habernos puesto en el camino para llegar a la técnica que hoy presentamos.

Toda fistula urinaria ha sido y lo seguirá siendo, tratada por medio del drenaje continuo de las orinas para evitar el contacto de estas con la fistula. Para las raras fistulas que habíamos tenido en nuestros operados empleábamos como es de rutina, el uso de la sonda a permanencia, sonda que para su perfecto funcionamiento, conectábamos por medio de un tubo de goma a un recipiente colocado bajo el lecho del paciente, pues el uso de urinales puestos entre las piernas de los pacientes, traen inevitablemente la infección vesical más o menos grave por establecerse un verdadero sifonage retrogrado.

A pesar de los máximos cuidados que se tenían en estos pacientes veíamos presentarse pequeñas cistitis, las que daban producción de moco, etc., que a veces obstruían la sonda volviendo a dar por momentos la derivación de las orinas por la fistula; por ello tratamos de hallar un medio que nos diera un vaciamiento continuo y absoluto de la vejiga por la sonda uretral y se nos ocurrió usar el sistema de succión continuo de Wangesteen. Grande fue nuestra sorpresa al ver los resultados, obtuvimos siempre una absoluta sequedad de los apósitos tanto como la rapidísima curación de la fistula.

Partiendo de este punto se nos ocurrió el tratar de eliminar el drenaje suprapúbico o por lo menos el drenaje perineal, empleando si era posible tan solo de primera intención el drenaje vesical por solo una sonda uretral a permanencia.

Ensayamos en unos pocos casos este nuevo sistema, conservando aún por pocos días un drenaje pequeño suprapúbico, más como al sacar el drenaje suprapúbico conectábamos el sistema de succión continua y este nos daba una perfecta derivación de las orinas, resolvimos cerrar la vejiga de primera intención, confiándonos tan solo a la succión continua. El éxito ha superado nuestras esperanzas y es así como hoy presentamos a ustedes esta técnica.

### **Pre-Operatorio.**

Como en todo prostático, el paciente debe ser cuidadosamente examinado desde el punto de vista clínico general, especialmente en su sistema cardiorrenal y hepático. No son susceptibles de ser operados los pacientes que presenten una eliminación de la Sulfofenoltaleina inferior al 40%, siendo estos pacientes más bien factibles de ser intervenidos por medio de la resección transuretral, aunque este método no deba considerarse como definitivamente perfecto para el pronóstico.

Sistemáticamente tratamos de aumentar el índice de coagulabilidad sanguínea por medio de administración de Vitamina K, asimismo mejoramos el estado general por todos los medios pertinentes.

### **Anestesia.**

El enfermo es preparado la noche anterior por medio de una dosis de barbitúricos, dosis que se repite a la mañana siguiente unâs dos horas antes de la intervención (Secoñal 0,10 grs.) y una hora antes una inyección de un centigramo de clorhidrato de morfina.

Empleamos siempre tan solo una anestesia cuadal con novocaina al 2% siendo necesarios cuarenta centímetros cúbicos de solución para cualesquier intervención.

### **Posición del paciente.**

El paciente una vez anestesiado es colocado en posición ginecológica, las piernas separadas en los soportes, el periné al borde de la mesa de modo de dar facilidades al ayudante para

efectuar la introducción de los dedos en el recto y manejar la sonda uretral, como luego se detalla

### **Momento operatorio.**

Una vez colocados los campos asépticos, el ayudante cate-teriza al paciente y desaloja las orinas, dejando la sonda puesta.

Incisión de la piel en la extensión de unos cinco centímetros siguiendo la línea media inmediatamente por encima del pubis.

Esta incisión debe prolongarse en profundidad hasta la aponeurosis, la que una vez abierta nos pone sobre los musculos rectos y piramidales, los que se separan por divulsión.

Bordeados los campos, se separan estos planos por medio de separadores de Faraboeuf, el ayudante infla la vejiga por medio de aire, haciéndola así manifiesta en la herida y permitiéndola ser fijada por dos pinzas de Allison una inmediatamente por detrás del pubis y la otra un centímetro más o menos más arriba. Una vez fijada la vejiga, procedemos a abrirla transversalmente en una extensión de unos cuatro centímetros, herida que se hace en el espacio comprendido entre estas dos pinzas, reparando los labios por medio de pinzas de Allison, La hemorragia de esta herida es muy pequeña y fácil de controlar por medio de pinzas hemostáticas y ligaduras.

Al empezar la abertura de la vejiga, el ayudante que hasta este momento se había ocupado tan solo de la sonda uretral pasa a controlar por medio del aparato de succión que el campo operatorio esté siempre seco y no se derramen orinas en él.

Fijamos por medio de puntos de catgut crómico los labios de la herida vesical, hacia abajo tapando y aislando el fondo de saco de Retzius y hacia arriba el fondo de saco peritoneal; esta sutura se hace a los bordes de la aponeurosis de los rectos.

Introducimos en la vejiga un espejo vajiñal Tipo Collin operador el que abrimos de modo de colocar las valvas a ambos lados de la línea media, empujamos hacia arriba, por medio de un Divers estrecho el fondo de la vejiga y vemos aparecer el tumor prostático en medio del cual hace prominencia la sonda-uretral.

Tomamos la prostata por medio de una pinza de Musset de dos dientes traccionandola hacia arriba. Luego por medio de una tijera curva o de una espátula de amigdalas, partiendo del orificio uretral, abrimos la mucosa y buscamos el plano de clivaje de la celda prostática, la que disecamos por medio de la espátula y

la tijera curva que empleamos siempre que hallamos adherencias y para seccionar los canales seminales y por último la uretra.

Durante este tiempo, el ayudante, además de controlar la limpieza del campo operatorio por medio de la succión continua, ayuda a levantar y acercar la próstata por medio de sus dedos introducidos en el recto.

Una vez extraída la tumoración vemos ante nosotros, la celda prostática que sangra en varios puntos, los que pueden ser casi totalmente controlados por medio de pinzas hemostáticas adecuadas, para luego ser ligadas o electrocoaguladas, logrando una hemostasia casi perfecta de toda la celda.

Por medio de un conductor curvo de tipo de Beniqué, introducimos una sonda de Fowley, con un globo de capacidad relacionada con el volúmen del tumor extraído, para bajo el control de la vista colocar el globo en la cavidad de la celda, llenándolo de líquido hasta lograr un volúmen un poco superior al del tumor extraído, logrando por este medio una hemostasia perfecta.

El ayudante introduce pequeñas cantidades de líquido a través de la sonda, los que son absorbidos inmediatamente por la succión, eliminando así todo el resto de sangre o de pequeños detritus resultantes de la intervención.

Una vez comprobada la limpieza absoluta de la vejiga y el funcionamiento perfecto de la sonda de Fowley, procedemos a la reconstrucción de los diferentes planos, primero cerramos la vejiga, desprendiendo los puntos de defensa que habíamos colocado al abrirla, esta síntesis la hacemos en dos planos.

Antes de proceder al cierre de los planos superficiales, controlamos el cierre perfecto, hermético, de la herida vesical, inyectando pequeñas cantidades de líquido en la vejiga que luego dejamos salir a través de la sonda. Insisto en la necesidad de obtener una perfecta oclusión de la herida vesical.

Si tenemos una vejiga no aseptica, ponemos un sobrito de sulfatiazol en el espacio de Retzius y en muy raros casos un pequeño drenaje que retiramos a las cuarenta y ocho horas, sinó cerramos con puntos en "X" el plano muscular, el plano aponeurotico, el plano celular y la piel.

En la misma mesa de operaciones, procedemos a un amplio lavado de la vejiga por medio de una solución de Oxicianuroácido picrico al 1/20 000.

Apenas colocado en su lecho el paciente, conectamos la sonda al aparato de succión de Wangsteen; ponemos en el frasco lavador, lavador suero fisiológico al que añadimos 10% de antipirina, lo que aumenta la coagulación y calma el dolor por las mínimas cantidades absorbidas.

### **Post Operatorio.**

Cuidados generales de control de tensión y pulso. Suero dextrosado al 5% en venoclisis, 2000 c.c. el primer día al que añadimos 500 miligramos de Vitamina C. y 10 miligramos de Vitamina K. El estudio del estado digestivo del paciente gradúa luego el suero a emplearse diariamente durante los tres primeros días, pues los pacientes casi siempre pueden comer e ingerir líquidos en cantidad suficiente.

Morfina pro ratio natura en caso de dolor.

Penicilina 50 000 unidades cada tres horas, y medio gramo cada doce horas de estreptomina.

Control de la succión cada media hora por medio de la inyección de pequeñas cantidades de líquido del frasco lavador las que deben salir inmediatamente al frasco receptor, si la sonda funciona bien, sinó absorber por medio de una jeringuilla el tapón sanguíneo que obstruya la sonda. Así las orinas que están tintas en sangre al comienzo se van aclarando progresivamente hasta ser limpias a las 72 horas más o menos.

La hemorragia no ha sido casi nunca suficiente para obligarnos a tener que usar una transfusión de sangre.

Al quinto o sexto día según la evolución del paciente, empezamos a disminuir la cantidad de líquido del globo de la sonda de Fowley, la que podemos retirar al octavo día.

Una vez retirada la sonda de Fowley, lavamos la vejiga por medio de una irrigación uretro vesical, y si solo este lavado produce hemorragia, que si la hay es pequeña, colocamos de nuevo una sonda de latex y volvemos a usar el Wangsteen, sinó, dejamos al paciente orinar por sus propios medios, haciendo tan solo lavages diarios de la vejiga.

Nuestros pacientes pueden caminar al octavo día y ser dados de alta al doceavo.