

líticamente. Quede, por tanto, bien sentado, que en los casos a que nos referimos no se trata de producir artificialmente una lesión, sino de mantener en actividad una herida producida de modo accidental.

Aplican el tóxico en polvo sobre la herida, pero en ocasiones, bien por la cantidad empleada, sea por no circunscribirla, o lo que estimamos más frecuente, facilitando las pomadas empleadas en las curas, la difusión del arsénico amplía el campo lesional, produciendo una dermatitis perifocal de predominio folicular, pruriginosa, debida a la acción irritante del producto, que secundariamente puede infectarse o eczematizarse. Sin embargo, esto no es lo corriente, quedando la acción arsenical reducida a la primitiva herida, la cual, como fácilmente se comprende, puede adoptar las más variadas formas y localizaciones; no obstante, suele tratarse de heridas contusas y presentadas en las extremidades.

Todo aquel que haya visto estas lesiones pu-

ras, sea cual fuere su alcance y estadio evolutivo, apreciará, sin gran esfuerzo, en la mayoría de los casos, que tan pronto el lesionado aplica que el arsénico cambia por completo su aspecto: se infiltran sus bordes, una areola rojiza se hace manifiesta, tiende a profundizar, aumenta la producción de detritos y en el apósito se adhieren residuos negruzcos. Aquella herida con franca tendencia a la cicatrización, granulando ya, de aspecto limpio, sangrante a veces, al añadirle el arsénico regresa en su favorable evolución, se necrosa y va tomando los caracteres de los procesos ulcerados.

Nuestro propósito, como decíamos al principio, no ha sido otro que señalar el hecho, no insistiendo más sobre los caracteres lesionales y las bases para el diagnóstico clínico por ser este tema que esperamos desarrollar ampliamente en nuestro trabajo sobre arsenicismo crónico, en el cual la faceta dermatológica es sumamente interesante, y será referida a las oportunas historias clínicas.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

LA NUEVA PROSTATECTOMIA EXTRAVESICAL RETROPUBICA

M. M. SOUTO CANDEIRA

Cátedra de Urología. Director: Profesor A. DE LA PEÑA.

La llamada "hipertrofia de la próstata" constituye, como es notorio, la causa más frecuente de obstrucción uretral en el hombre de más de cincuenta años. Sobre esta obstrucción se implantan procesos diversos, cuyo conjunto constituye todo un capítulo de la patología del viejo: toda clase de molestias disúricas, cistitis, pielonefritis, hidronefrosis, litiasis vesicales y renales, uremia, hipertensión arterial. Tras una primera fase de molestias disúricas (micción dificultosa, escozor, polaquuria, nicturia) se instaura la imposibilidad de vaciar por completo la vejiga, casi siempre desconocida por el propio enfermo—retención crónica incompleta—o bien sobreviene bruscamente la imposibilidad total para llevar a cabo la micción—retención aguda—. Una y otra forma de retención urinaria constituyen el terreno más apropiado para el desarrollo de los procesos morbosos arriba mencionados; la frase del clásico "la retention fait le lit de l'infection" es también, en cierto modo, extensible a todos ellos.

Al proceso obstructivo que en estos casos sobreviene a nivel de la proximal de la uretra masculina se ha dado el nombre de "hipertrofia de la próstata", denominación a todas luces inadecuada, puesto que no existe tal "hipertrofia". Se trata de una formación tumoral que en un principio es de naturaleza fibromiomatosa pura, y cuya estructura es

análoga a la del mioma uterino, lo cual, por otra parte, nada tiene de extraordinario, puesto que ambos tumores tienen su punto de partida en células de igual origen embriológico: una célula muscular de la porción terminal del tubo de Müller. Secundariamente la presencia de estos nódulos fibromiomatosos provoca un crecimiento reaccional del tejido epitelial vecino de un conductillo o un acini prostático, el cual invade el nódulo fibromiomatoso; de este crecimiento simultáneo se derivan los distintos aspectos histológicos de tales tumores, ya que, según el predominio de uno u otro crecimiento, aparecerán bajo el aspecto anatomopatológico de un fibroma, de un adenoma, de un fibroadenoma o de un fibroadenoma quístico, forma esta última originada por la estrangulación de los conductillos excretorios. Las formas dominantes son las de textura glandular, por lo cual en la actualidad la tendencia más señalada es la de denominar al proceso de una manera genérica adenoma prostático benigno.

El crecimiento de este adenoma en el interior de la glándula prostática va rechazando el tejido prostático más y más, ocasionando su atrofia. Cuando el crecimiento del adenoma es suficientemente grande, la próstata es comprimida contra su cápsula y queda reducida a una delgada capa que envuelve el adenoma. Esta envoltura del adenoma, constituida en realidad por la próstata verdadera, atrofiada y rechazada, se denomina "cápsula quirúrgica", y está a su vez envuelta por la cápsula prostática verdadera. Entre el adenoma y el tejido prostático convertido ahora en cápsula quirúrgica existe una zona despegable o plano de "clivage", que se utiliza para la enucleación del adenoma.

El adenoma de la próstata—mal llamado "hiper-

trofia prostática"—, es, pues, un tumor benigno, cuya presentación tiene lugar por lo común en los hombres de más de cincuenta años, y que ocasiona—bien por obstrucción directa, bien impidiendo la apertura del cuello vesical—la imposibilidad de verificar normalmente la micción. A pesar de todos los tratamientos médicos intentados, cuando el adenoma ha dado lugar a sus habituales manifestaciones clínicas—lo que constituye el "prostatismo"—, el único tratamiento eficaz es el quirúrgico.

BOSQUEJO HISTÓRICO.

La próstata es un órgano profundamente situado en la pelvis menor, y en sus directas inmediaciones se encuentran órganos tan importantes como el recto, la vejiga, las vesículas seminales, el plexo venoso de SANTORINI y el esfínter uretral externo, todos ellos órganos que quirúrgicamente convierten la región prostática en peligrosa y que, sobre todo, hacen su acceso difícil. Además, hemos de tener en cuenta que, tanto la próstata verdadera como el adenoma, en su desarrollo, envuelven como un manguito la porción proximal de la uretra, por lo que forzosamente las intervenciones sobre la próstata afectan siempre más o menos al conducto uretral y en especial la enucleación del adenoma incluye la resección de la porción de uretra contenida en su espesor.

De todas estas consideraciones anatómicas se deducen ya los graves inconvenientes con que a través de los años ha tropezado la cirugía de las obstrucciones prostáticas. 1.º Se trata de enfermos de cierta edad, con la mayor frecuencia entre los sesenta y los ochenta años; por lo tanto, se trabaja siempre en organismos cuyas condiciones físicas generales no son buenas casi nunca y cuyos aparatos circulatorio y respiratorio deben ser estrechamente vigilados. 2.º Lo habitual es que tales enfermos lleguen a la clínica con cifras elevadas de urea en sangre y muchos de ellos son portadores de una antigua y grave insuficiencia renal, con fenómenos de intoxicación crónica, trastornos del equilibrio iónico, descenso de la reserva alcalina; a esto hay que agregar aun eventualmente otras frecuentes complicaciones de su proceso obstructivo (infección urinaria, litiasis, divertículos vesicales, hipertensión arterial, etc.). 3.º Existen dificultades técnicas, derivadas de la especial situación de la próstata en el fondo de la pelvis. 4.º La vecindad de órganos importantes, peligrosos o sépticos ocasiona una cierta proporción de accidentes operatorios y, sobre todo, postoperatorios (fistulas urinarias cutáneas y rectales; hemorragias; supuraciones; incontinencia; pérdida de la potencia sexual). 5.º La región operatoria se encuentra atravesada por el conducto uretral, por lo que, al ser resecado éste en parte junto con el adenoma, se hace necesario proporcionar un medio de salida a la orina, la cual es séptica prácticamente siempre en estos casos, a pesar de lo cual es inevitable permitir que bañe la región operada. A través de todas estas dificultades ha tenido que abrirse paso el tratamiento quirúrgico de las obstrucciones prostáticas.

Durante los últimos cincuenta años los urólogos de todo el mundo se han dividido en dos grupos: los partidarios de la vía de acceso perineal a la próstata y los preconizadores de la vía de acceso suprapúbica. Unos y otros han rivalizado en cuanto a los resultados, permaneciendo muchos de ellos irreduciblemente aferrados a su predilección. En los últimos veinte años un nuevo procedimiento, el endos-

cópico, la "resección transuretral de la próstata", vino a terciar en la rivalidad. En un principio, muchos de los adeptos de este nuevo procedimiento tomaron una posición ecléctica y prescindiendo de la técnica perineal y de la suprapúbica, entronizaron la resección transuretral como el procedimiento más apropiado para la solución de todos los tipos de obstrucción prostática. Sin embargo, en los últimos años, pasado el primer entusiasmo, la resección transuretral había retrocedido ya al lugar que le correspondía, utilizándose solamente para el tratamiento de las obstrucciones de la uretra prostática producidas por adenomas de pequeño tamaño, o situados exclusivamente en la línea media del labio posterior del orificio vesical de la uretra—el "lóbulito medio"—; para la resección de las formaciones fibrosas del cuello vesical, causantes del trastorno de apertura conocido con el nombre de "disectasia", y para la resección de las "barras medianas" vesicales y formaciones valvulares de la uretra posterior.

* * *

La "vía suprapúbica", representada por la técnica ya clásica de FREYER, es, sin duda, la más extendida, tanto en nuestro país como en el extranjero. Sin embargo, se trata de una intervención poco brillante en su ejecución, que en su técnica prescinde absolutamente de las más elementales normas quirúrgicas generales aceptadas hoy como necesarias para que una determinada técnica operatoria pueda ser considerada satisfactoria, razón por la cual ha disgustado siempre a los urólogos. Estos desearían contar con un procedimiento operatorio que se ajustase a la actual ortodoxia quirúrgica, y muchos de ellos llegaron a la operación perineal buscando una técnica "más quirúrgica" que la clásica operación de FREYER.

La técnica de FREYER, en su estado clásico, consiste a grandes rasgos en lo siguiente: Incisión longitudinal media infraumbilical, que se profundiza a través del intersticio de los músculos rectos hasta el espacio prevesical. Rechazamiento del fondo de saco peritoneal prevesical hacia arriba. Reconocimiento de la vejiga, depleccionada por un ayudante a través de una sonda uretral. Incisión longitudinal de la vejiga. Reconocimiento del interior de la vejiga. Reconocimiento digital con el índice de la mano derecha desprovista de guante, del cuello vesical y de la prominencia intravesical que le rodea, producida por el crecimiento adenomatoso. Introducción del índice izquierdo en el recto del enfermo a fin de elevar la próstata y ofrecerla al índice derecho. Incisión de la mucosa vesical sobre la prominencia intravesical del adenoma con la uña del índice derecho. Descubrimiento al tacto del "pla de clivage" y enucleación del adenoma por despegamiento de este plano con el dedo índice derecho, el cual sigue guiándose por tacto, mientras el índice izquierdo, desde el recto, le ofrece el adenoma del modo más conveniente para la enucleación, la cual es totalmente ciega. Enucleado el adenoma en toda su superficie, queda unido al fondo de la celda prostática que le contenía por medio de un cordón fibroso más resistente—la uretra—, que se secciona a ciegas con la uña, con lo que el adenoma, totalmente libre, cae al fondo de la vejiga, de donde se extrae con unas pinzas. La hemorragia de la celda, que para entonces es bastante abundante, se cohibe por medio de un taponamiento de gasa colocado al tacto con el dedo. Sutura de la pared vesical, plano muscular y piel alrededor de un grueso tubo aco-

dado (tubos de FREYER o MARION), cuya extremidad interna queda dentro de la vejiga y cuyo extremo exterior va a una botella donde se recoge la orina. En días sucesivos se retira el taponamiento y se van cambiando los tubos hipogástricos por otros de menor calibre, a medida que la fistula se reduce. Cuando persiste solamente una fistula de calibre mínimo, se suprime el desagüe suprapúbico y se coloca una sonda uretral permanente, la cual, manteniendo vacía la vejiga, conduce a la cicatrización definitiva de la fistula suprapúbica en pocos días. Se retira entonces la sonda uretral y la micción normal queda restablecida.

Las graves faltas quirúrgicas de esta técnica de FREYER son bien evidentes: la apertura de la vejiga depleccionada provoca siempre un cierto derrame en la herida del contenido vesical, casi siempre séptico en estos casos; el tener que introducir un dedo en el recto durante una intervención quirúrgica, aunque se haga con todo género de precauciones; la incisión con la uña de la mucosa vesical y el despegamiento del plano de clivaje guiándose exclusivamente por el tacto, es decir, totalmente a ciegas; la sección de la uretra con la uña, en lo más profundo de la herida, lo cual conduce a veces al arrancamiento de una cierta cantidad de uretra membranosa, con el consiguiente peligro para el esfínter estriado, a cargo del cual ha de quedar en lo sucesivo toda continencia; la necesidad de cohibir la hemorragia de toda una superficie cruenta por medio de un taponamiento colocado a ciegas; este taponamiento mantiene la cápsula distendida e impide su retracción, la cual es seguramente bastante más eficaz, a efectos de la hemostasia, que el propio taponamiento; el tapón de gasa constituye un cuerpo extraño introducido a presión en una cavidad fibromuscular a la cual distiende, provocando esas contracturas y espasmos, verdaderos cólicos de la celda prostática, que con frecuencia hacen tan desagradables los primeros días del curso postoperatorio de estos enfermos; la movilización y retirada del taponamiento suele ser bastante molesta; el tubo de desagüe suprapúbico tanto el colocado en el acto quirúrgico como sus sucesivas reducciones de calibre, no siempre quedan perfectamente adaptados a los bordes de la fistula, por lo que estos operados se mojan con enorme frecuencia con la orina que se escapa por fuera del tubo de desagüe, causa por la cual no son raras, en enfermos ya viejos y depauperados, las lesiones de piodermitis, maceraciones y úlceras por decúbito; la presencia en el hipogastrio de un tubo acodado, especialmente si lleva codo de cristal, transmite el peso de las sábanas y resulta molesta, obligando a veces al uso de arcos que contribuyen a la aparatosa incomodidad característica del postoperatorio de estos enfermos, que por su edad no suelen aceptar con paciencia tan enojosa y prolongada situación.

En suma, los inconvenientes fundamentales de la técnica de FREYER para la enucleación de adenomas prostáticos derivan de que es una técnica totalmente ciega a partir del momento en que se incide la mucosa vesical sobre la prominencia edematosa; la hemorragia no es controlable; el postoperatorio es muy prolongado (un mes por término medio, con frecuencia bastante más) y resulta extraordinariamente incómodo para el enfermo. La mortalidad es bastante elevada, alcanzando un 8-10 por 100 (MILLIN).

Todo lo dicho se refiere a la técnica suprapúbica clásica, tal como se viene practicando todavía en casi todas las clínicas españolas y en muchísimas

extranjerías. Posteriormente a la técnica clásica se han introducido numerosas variantes: muchos urólogos prescinden del taponamiento; otros prefieren dejar por la uretra una sonda-balón de Foley, cuyo balón actúa de taponamiento por compresión de las paredes de la celda; PEÑA, A., deja en la celda prostática una bolsa de tejido "nylon" conteniendo sulfamidas en polvo; esta bolsa se encuentra hacia la mitad de un largo tubo de goma que entra por la herida hipogástrica y sale por el meato uretral, actuando de sonda permanente: días después se retira desde la herida hipogástrica el tubo con su bolsa y el extremo que salía por la uretra arrastra en su ascenso una sonda que se le ha fijado con un punto de seda; esta sonda se deja a permanencia hasta el cierre de la fistula hipogástrica. Una cierta popularidad ha alcanzado en algunos países el método de HARRIS, que aconsejaba suturar la celda prostática después de la enucleación del adenoma; en la actualidad el procedimiento está casi abandonado por dificultoso y de dudosa utilidad.

* * *

La "prostatectomía perineal" se efectúa en líneas generales del siguiente modo: Posición de litotomía. Incisión preanal, transversal, arqueada, de concavidad posterior. Profundización entre el recto y la uretra protegiendo la uretra con una sonda introducida en su interior y el recto con el índice izquierdo introducido por el ano. Descubrimiento de la cara posterior de la próstata. Incisión longitudinal de la cápsula prostática en su cara posterior hasta alcanzar la uretra prostática, introduciendo entonces a través de esta incisión un desenclavador de Young en la vejiga, haciendo tracción sobre el cual se consigue acercar la próstata al plano de la herida. Descubrimiento del plano de clivaje y enucleación de la porción más accesible del adenoma. Sección de la uretra a nivel del ápice del adenoma. Retirada del desenclavador de Young de la incisión uretral y nueva introducción del mismo a través de la uretra que acabamos de seccionar y que atraviesa el adenoma. Enucleación del resto del adenoma. Sección del cuello vesical y revisión del mismo a fin de enuclear cualquier resto adenomatoso que pudiera haber sido olvidado. Sutura término-terminal con cuatro puntos de catgut de la uretra al cuello vesical, dejando una sonda en su interior. Si esto no es posible, se deja una sonda por el meato uretral hasta la vejiga y un desagüe perineal de la vejiga con sonda de Pezzet. Sutura de la cápsula. Sutura de la piel.

Esta es, a grandes rasgos, la técnica de la prostatectomía perineal clásica, del tipo de la preconizada por WILDBOLZ; posteriormente se han hecho multitud de aportaciones, algunas de ellas de gran valor (GIL VERNET, BELT, DAVIS).

Es cierto que la prostatectomía perineal es una operación más lógica y más quirúrgica que la prostatectomía suprapúbica, a pesar de que tiene varios de los inconvenientes de aquella. Su mortalidad es más baja y se efectúa en todos sus tiempos bajo control visual. Sin embargo, para llegar a la próstata a través del periné es preciso abrirse paso a través del suelo de la pelvis y se lesionan a veces por esta vía estructuras de la mayor importancia (recto, esfínter externo de la uretra), lo cual da lugar con cierta frecuencia a verdaderos desastres postoperatorios (fistulas uretrorectales y uretroperineales, pérdida de la potencia sexual, incontinencia urinaria). Estos desagradables incidentes

han hecho desertar de la técnica perineal a muchos de sus partidarios, que prefirieron una intervención poco elegante, pero eficaz—el FREYER—a una operación más correcta desde el punto de vista técnico, pero que da lugar con cierta frecuencia a tan desagradables secuelas. Y no sólo esto: prescindiendo de estas reliquias desastrosas, el desarrollo de estenosis uretrales postoperatorias ha hecho escribir recientemente a "perinealista" tan decidido como LOWSLEY que estos pacientes deben permanecer bajo el control del cirujano "durante un período de tiempo indefinido".

* * *

La "resección transuretral" de la próstata es un procedimiento que se ha extendido considerablemente en los últimos veinte años. Para algunos urólogos, especialmente para los del Oeste Medio americano, el nuevo procedimiento vino a solucionar todas las discusiones entre los partidarios de las vías perineal y los de la suprapúbica. Estos "reseccionistas" a ultranza emplearon durante varios años en gran escala la vía perineal, con exclusión de los otros procedimientos. Sin embargo, pasada la primera oleada de entusiasmo, la resección transuretral vino a desempeñar el papel que probablemente le corresponde en realidad, utilizándose sólo en el tratamiento de ciertos tipos de obstrucción de la uretra posterior, para los que representa, sin duda, el tratamiento de elección, como luego veremos.

En realidad existen dos tipos de resectores transuretrales de la próstata, y con ellos, dos tipos de técnica de resección. El primer tipo es el de "corte frío", y consiste en esencia en un cistoscopio cuya ventana es recorrida por un cilindro cortante, manejable desde el exterior. Se maniobra el resector de tal manera, que una parte de la protrusión intrauretral del adenoma se introduzca en la ventana del instrumento; se hace entonces avanzar al cilindro cortante, el cual reseca una porción del adenoma. Repitiendo la operación sucesivamente, se va resecando el tejido obstructivo hasta su total extirpación. La hemostasia se hace por electrocoagulación directa de los vasos sangrantes con una sonda fina de extremo metálico, manejable a través del resector. El segundo tipo corresponde a los "resectores diatérmicos" o "electrorresectores", que consisten en un cistoscopio cuya ventana óptica es recorrida por un asa metálica manejable desde el exterior, y por la cual pasa una corriente diatérmica de caracteres parecidos a las usadas para el "bisturí eléctrico". Introducida una parte de la protrusión adenomatosa en la ventana óptica, se pisa el pedal que establece el contacto de "corte" y se imprime movimiento al asa cortante, con lo que se extirpa la porción de tejido que se hallaba frente a la ventana óptica. Se continúa extirpando tejido hasta haber destruido la obstrucción. Cuando aparece un vaso sangrante, se le pone encima el asa y se pisa el pedal de "coagulación", con lo que queda hemostasiado.

La resección transuretral es una técnica complicada, que requiere un largo aprendizaje, una especial habilidad manual y una gran práctica de endoscopista. Aún así, los más expertos reseccionistas no extirpan más de un gramo por minuto, por lo cual la técnica sólo es hoy aplicable a pequeños adenomas y otras obstrucciones cuya solución requiere solamente la extirpación de pequeñas cantidades de tejido, pues no es prudente prolongar excesivamente la intervención. Por otra parte, toda

la intervención se lleva a cabo en el seno del agua, y ésta entra en la vejiga a presión por flujo continuo desde un irrigador en conexión con el resector, lo cual, junto con las maniobras de inyección y succión violenta de líquido para extraer las porciones ya reseçadas, provoca el paso al interior de los vasos de grandes cantidades de agua, con el consiguiente peligro hemolítico, como han observado CREEVI y WEBB; la hemolisis intravascular por paso de agua al torrente circulatorio es tanto más lesiva para el riñón cuanto menor es la diuresis, como ha demostrado LALICH, cosa que no es posible perder de vista en enfermos como los prostáticos, que casi siempre padecen un mayor o menor grado de insuficiencia renal. La hemolisis intravascular sería fácil de evitar utilizando suero fisiológico en lugar de agua, aunque tampoco la penetración de grandes cantidades de suero fisiológico en el sistema vascular es inocua, como habían demostrado ODAIVA, ESSEN y colaboradores, por un lado, y SKELTON y VAN SLYKE y colaboradores, por otro, pues se produce un descenso de la reserva alcalina por dilución (SHIRES y HOLMAN), cosa que es especialmente grave en los prostáticos, cuya reserva alcalina está ya previamente muy baja y cuya capacidad para contrarrestar la hiperdilución es muy limitada.

Otro inconveniente de la resección transuretral, especialmente grave cuando se trataban por este procedimiento adenomas voluminosos, es la resección incompleta del adenoma, con el consiguiente peligro de recidiva de la obstrucción por crecimiento de nuevas masas adenomatosas. Además, los restos de adenoma no extirpados pueden ser asiento de una infección tórpida de las paredes de la celda prostática, pues quedan en unas condiciones de irrigación sanguínea muy desfavorable (FLOCKS). Por otro lado, son bastante frecuentes las estenosis uretrales consecutivas.

* * *

Este era poco más o menos el estado de cosas en la cirugía prostática cuando hace tres años apareció el primer trabajo de TERENCE MILLIN conteniendo su "técnica retropúbica". La mayor parte de los cirujanos urólogos daban una amplia preferencia a uno de los procedimientos de adenomectomía abierta—suprapúbica o perineal—, ejecutándose el otro solamente en contadas ocasiones y utilizando la resección transuretral siempre que se trataba de pequeños adenomas, "lóbulos medios", fibromatosis prostáticas o "disectasias" del cuello vesical. Solamente algún pequeño grupo permanecía aferrado a una sola técnica con exclusión de las demás, y esta actitud iba perdiendo prestigio y adeptos.

En realidad, la vía retropúbica de acceso a la próstata no era cosa totalmente nueva. En 1909, VAN STOCKUM extirpó adenomas a través de una incisión en la pared anterior de la cápsula. A continuación incindió la pared vesical anterior y dejó un desagüe por cistostomía; también dejó taponamiento en la celda prostática, por lo que su operación parece más bien un FREYER a través de la pared anterior de la cápsula. Operó así a dos enfermos que curaron sin novedad. En 1924, MAIER refiere haber operado cuatro casos por vía inguinal. JACOBS y CASPER, en 1933, enuclearon un adenoma a través de una incisión longitudinal de la pared anterior de la cápsula, dejando por todo drenaje una sonda uretral; sobrevino una fístula hipogástrica, que cerró a los ocho días. En 1936 UTEAU y LEROY mencionan una vía subpúbica.

LA OPERACIÓN RETROPÚBICA.

A.—Preparación preoperatoria.

El estudio sistemático de cada enfermo debe comprender: la historia clínica, una exploración clínica urológica cuidadosa, en la que el tacto rectal será el dato fundamental, un detenido examen médico general por el internista, radiografía simple del aparato urinario y urografía intravenosa. Este plan de estudio preoperatorio tiene la ventaja de prescindir de toda maniobra intrauretral, con sus peligros de infección ascendente y su riesgo de desencadenamiento de una crisis de retención aguda. Esta es la razón por la que MILLIN aconseja, cuando es posible, aplazar toda maniobra intrauretral previa hasta el momento de la intervención, momento en el cual, anestesiado ya el enfermo, se hace una cistoscopia, que permite eliminar ciertas eventualidades diagnósticas susceptibles de pasar desapercibidas a las exploraciones anteriores (tumor vesical, por ejemplo); esta cistoscopia sirve asimismo para conocer preoperatoriamente el tipo de obstrucción prostática de que se trata, configuración del adenoma, presencia de "lóbulo medio". Si la cistoscopia preoperatoria comprueba que se trata de algún tipo de "disectasia" (esclerosis del cuello vesical, barra mediana), o bien resulta evidente que la obstrucción de la uretra posterior está producida por una fibromatosis prostática, por un pequeño adenoma anular o por un adenoma exclusivamente del lóbulo medio (que son extraordinariamente obstructivos, a pesar de su pequeño tamaño), se opta en estos casos por la resección transuretral, decidiéndola en este momento. Por esta razón, en el quirófano deben encontrarse sistemáticamente dispuestos ambos equipos: el de resección transuretral y el de prostatectomía retropúbica. Este desideratum es imposible de realizar en muchas ocasiones, haciéndose necesaria muchas veces una cistoscopia días antes de la intervención, estando ya el enfermo en la clínica; si esta cistoscopia es cuidadosa y se administran sulfamidas profilácticamente—como hacemos en la actualidad de manera rutinaria—, no suelen presentarse accidentes enojosos. Así, pues, cuando las necesidades diagnósticas lo exijan, no debe prescindirse de las maniobras intrauretrales necesarias (cistoscopia, cistouretrografía). Por otro lado, son muy frecuentes las ocasiones en que nos veremos obligados a manipulaciones intrauretrales como tratamiento previo a la prostatectomía (cateterismo en los "retencionistas", sonda permanente en las grandes sepsis urinarias y en la uremia).

Se harán análisis de sangre: fórmula, recuento, hemoglobina, urea, glicosa; tiempos de coagulación, hemorragia y protrombina; determinación del grupo sanguíneo. Es muy conveniente investigar sistemáticamente la tasa de fosfatasa ácida de la sangre, con el fin de eliminar la eventual existencia de un carcinoma prostático no claramente aparente al tacto rectal. Análisis de orina: cantidad, densidad, reacción, albúmina; examen microscópico del sedimento, en fresco y por tinciones de Gram y Ziehl.

En todos los casos en que se plantee una determinación quirúrgica, debe ser cuidadosamente evaluada la capacidad funcional renal. La cifra de urea en sangre es útil a este respecto en la mayoría de los casos, pero resulta de mayor garantía la prueba del aclaramiento ureico de VAN SLYKE.

* * *

Una vez estudiado el enfermo según estas normas, MILLIN lo incluye en uno de estos grupos:

Grupo I.—Historia clínica de prostatismo marcado. Orina no infectada. No existe residuo vesical importante (juzgando por la urografía excretora). Próstata aumentada por tacto rectal. El resto de las exploraciones y exámenes de laboratorio no sugieren contraindicación. En estos casos está indicada la prostatectomía retropúbica, si el examen cistouretroscópico previo no aconseja la resección transuretral, como ya hemos dicho.

Grupo II.—Retención aguda. Como medidas inmediatas, sonda permanente, antibióticos, ingestión forzada de líquidos. Entre tanto, se pone en marcha el estudio rutinario preoperatorio. En caso de intolerancia de la sonda o de insuficiencia renal irreversible, o bien si existe un estado circulatorio muy deficiente, que no va a permitir la prostatectomía, debe recurrirse a la cistostomía, la cual será temporal o definitiva, según la ulterior evolución del enfermo.

Grupo III.—Retención crónica. Actitud análoga a la del grupo II.

Grupo IV.—Gran infección urinaria y gran insuficiencia renal. En algunas ocasiones se hace necesaria la cistostomía, pero en muchos casos la sonda permanente, la diuresis forzada y el tratamiento enérgico de la infección urinaria pondrán al enfermo en condiciones de sufrir una intervención quirúrgica poco traumatizante, como es la prostatectomía retropúbica o la resección transuretral.

Es evidente que la inclusión en uno u otro grupo—como sucede casi siempre en la clínica—es artificiosa. Un mismo enfermo puede pertenecer simultáneamente a dos de ellos, padeciendo, por ejemplo, una retención aguda (grupo II), con gran infección urinaria y uremia (grupo IV). Además, las indicaciones terapéuticas tampoco pueden esquematizarse tanto, pues la decisión debe tomarse aquí como en el resto de los sectores de la Medicina, de acuerdo con un número de premisas mucho mayor que el que sugieren estos grupos: la edad del enfermo, su estado general, el estado de otros aparatos (especialmente el circulatorio), la duración de la enfermedad, la presencia o ausencia de hematurias, las cifras de presión arterial, la cifra de glicemia, etc., son otros tantos datos que hay que valorar y que integran ese matiz especial que colorea cada caso con su peculiar tonalidad clínica. Estos grupos y las ideas en ellos contenidas pueden servir de normas generales, pero nunca un casillero geométrico podrá servir para encuadrar todos los casos de la infinita variedad de modalidades que pueden presentarse.

De las muchas razones que pueden surgir en el estudio de un enfermo prostático obligando a diferir temporal o definitivamente la prostatectomía, la infección urinaria y la insuficiencia renal son, sin duda, las más frecuentes. La infección urinaria se tratará con sonda permanente, régimen de diuresis forzada, quimioterapia (sulfamidas, urotropina, mandelatos, neosalvarsán, acidificación o alcalinización—según los casos—); antibióticos (penicilina y estreptomycin; esta última tiene una eficacia considerable en el tratamiento de las infecciones urinarias).

La insuficiencia renal suele mejorar simplemente con la sonda permanente y la restricción del aporte proteico en la alimentación, manteniendo el régimen de diuresis altas. La sonda permanente es la medida fundamental para el tratamiento de la uremia de los prostáticos, pues una vez desapare-

cido el obstáculo a la libre evacuación de la orina, la función renal se recupera rápidamente y la cifra de uremia desciende en pocos días.

En los casos en que la infección urinaria o la insuficiencia renal se resisten a estas medidas durante un período de tiempo prudencial, se hace necesario recurrir a la cistostomía, como procedimiento expeditivo. Si el enfermo, unas semanas o meses después de la cistostomía revierte a los límites de operabilidad, la operación retropública constituirá el tratamiento de elección como "segundo tiempo" del tratamiento quirúrgico, e incluirá el cierre de la fistula de cistostomía, la cual habrá sido "temporal". Si la infección o la uremia persisten irreversibles, meses después de la cistostomía, o bien existen razones por parte de otros órganos o aparatos, obligando a ello, será preferible la abstención.

* * *

Si se decide la intervención, aconsejamos reposo relativo del enfermo, preferiblemente ingresado ya en el sanatorio. Junto con las medidas indicadas en cada caso, según las normas precedentes, acostumbramos a administrar Simpatol, a la dosis de XV gotas dos veces al día; una ampolla diaria de Redoxón y otra de Sinkavit. Sistemáticamente ponemos penicilina retardada con Emulcilina unas horas antes de la intervención, a la dosis total diaria de 250.000 unidades Oxford, repitiendo la inyección cada veinticuatro horas durante el postoperatorio durante un número variable de días, según la evolución del caso. Si existe infección urinaria de cierta importancia, ponemos estreptomina a la dosis de un gramo o gramo y medio diario, repartido en dos inyecciones.

El día de la intervención solemos inyectar intramuscularmente una ampolla de Myokombin, y minutos antes de la intervención, otra de efedrina. En enfermos pusilánimes puede recurrirse a la inyección de un sedante como anestésico de fondo—Escofedal, por ejemplo—, que en nuestra experiencia no ha sido necesario. El enfermo llegará al quirófano con el vientre, pubis y raíz de los muslos afeitados, habiéndose puesto una irrigación de limpieza poco antes. Se le habrá lavado la vejiga con una solución débilmente antiséptica, vaciándola luego.

B.—Instrumental.

Para su técnica de prostatectomía extravesical retropública, MILLIN ha ideado un cierto número de instrumentos especiales, de indudable utilidad.

1.º La "aguja boomerang", que es una aguja curva enmangada, la cual, por presión sobre un resorte que existe en el mango, gira sobre su base de implantación, tomando una segunda posición mucho más angulada con respecto al mango, lo cual facilita considerablemente las suturas y ligaduras en un espacio tan profundo como el retropúbico.

2.º El portahilos de HARRIS, que conduce a la profundidad el asa de catgut y la ofrece a la aguja boomerang.

3.º Las pinzas en T acodadas, para aprehensión de la cápsula prostática una vez incindida, cohibiendo la hemorragia de ésta por forcipresión.

4.º El "volsellum", pinza acodada, con extremo dentado, que se utiliza para la aprehensión y manejo del labio proximal de la incisión capsular, impidiendo la retracción de la cápsula.

5.º El separador del cuello vesical, que sirve para entreabrir el cuello de la vejiga, permite exa-

minar el interior de ésta por tacto digital y extraer de ella cálculos no muy grandes. Por último, distendiendo el orificio vesical, permite la extirpación de su labio inferior.

6.º La lámpara flexible, mediante la cual se lleva luz al espacio retropúbico y se trabaja en él con mejor visibilidad.

7.º El aspirador acodado, muy cómodo para mantener el campo libre de sangre sin interferir la visibilidad, en tanto se consigue la hemostasia.

8.º El separador automático, parecido al de LEGUEU, pero con la tercera valva (la valva de CATHELIN) más profunda y acodada. Sirve para mantener abierta la incisión de la pared y deprimir simultáneamente la vejiga, con lo que el espacio retropúbico permanece bien abierto.

Todo este instrumental facilita, sin duda alguna, considerablemente la prostatectomía retropública, pues todo él es construido "ad hoc". Sin embargo, la operación de MILLIN puede hacerse perfectamente, sin ninguno de estos elementos, contando tan sólo con el instrumental quirúrgico más habitual. La aguja boomerang y el portahilos pueden ser sustituidos por un portaagujas largo, como los que utilizan los ginecólogos, y una aguja muy curvada: la sutura así no es ciertamente muy cómoda, pero es perfectamente factible, y nosotros mismos la hemos hecho de esta manera en bastantes ocasiones sin ningún inconveniente. Puede prescindirse también de las pinzas en T y del "volsellum", sustituyéndolas por dos asas de catgut largas, que mantienen elevados por tracción los bordes de la incisión capsular. El separador de cuello vesical puede ser sustituido por una pinza de tres ramas, como la de MARION para la talla vesical. La lámpara flexible puede improvisarse fácilmente con un cordón esterilizable sobre un tallo maleable, pero aun sin esto, el espacio retropúbico queda bien iluminado por medio de un fotóforo frontal, que llevará el cirujano, o con un foco adicional. En lugar del aspirador acodado puede utilizarse, sin mayor inconveniente, un aspirador corriente, de tubo delgado. El separador de MILLIN es muy parecido al de LEGUEU, y éste cumple perfectamente la misión de aquél, pero aun sin éste, resulta perfectamente eficaz otro separador automático cualquiera—el de GOSSET, por ejemplo—, deprimiendo el ayudante la vejiga con una valva, o mejor, con un separador maleable, al que se dará la forma conveniente.

Hemos hecho una serie de prostatectomías extravesicales retropúbicas sin el instrumental ideado por MILLIN y procediendo del modo que acabamos de señalar. Nunca hemos tenido dificultades serias. Muy recientemente LOWSLEY y GENTILE, en un trabajo sobre esta técnica, no emplean tampoco ninguno de los instrumentos de MILLIN.

C.—Anestesia.

La más comunmente empleada es la raquidea intradural. Sin embargo, nosotros preferimos la raquianestesia "extradural", hasta hoy muy poco usada en nuestro país, a pesar de su facilidad de ejecución. Su adquisición la debemos al consejo de nuestro maestro, el Profesor ALFONSO DE LA PEÑA, que la usa casi sistemáticamente, y es un gran entusiasta de su empleo.

Para llevarla a cabo hace falta un pequeño "racord" especial, que se adapta a la aguja de punción lumbar. Este "racord" lleva un delgado tubito de cristal, que hace ángulo recto con él, y que se llena de agua de manera que podemos ver el nivel

del agua dentro del tubito. Se hace la punción en el espacio intervertebral L. III-L. IV, como si se tratase de una raquianestesia corriente (intradural), pero sin introducir la aguja más que unos tres centímetros a partir de la piel. Retiramos entonces el mandril y adaptamos el "racord" con su tubito lleno de agua y de manera que el tubito quede verticalmente, para que veamos bien el nivel del agua en su interior. Seguimos entonces introduciendo la aguja hasta atravesar el ligamento amarillo, lo cual suele notarse por una pequeña dificultad que atraviesa la aguja que punciona. Pero aunque este accidente no sea percibido, es exactamente igual, porque en el espacio extradural existe una pequeña presión negativa que absorbe el líquido del tubito de cristal, haciendo descender su nivel uno, dos y hasta—como casi siempre sucede—los tres centímetros que tiene el tubito. Ello quiere decir que la punta de la aguja se encuentra en el espacio extradural. Retiramos el "racord" con cuidado para no mover la aguja; no sale líquido cefalorraquídeo, pues no hemos atravesado la duramadre; la aspiración con la jeringa tampoco obtiene líquido cefalorraquídeo. Se procede entonces a la inyección del anestésico (30-40 c. c. de novocaina al 2-3 por 100; "raquianestesia extradural Miró").

En caso de pasar desapercibido el espacio extradural, se suele penetrar inadvertidamente en el espacio intradural, en cuyo caso el nivel sube rápidamente dentro del tubito, y retirado el "racord", sale líquido cefalorraquídeo por el pabellón de la aguja. En este caso se retira la aguja y se punciona otro espacio. Puede también retirarse la aguja hasta que deja de salir líquido cefalorraquídeo e inyectar entonces el anestésico, pero existe entonces la posibilidad de que una parte incontrolable del líquido anestésico penetre a través del orificio de puntura de la duramadre, con todos los peligros inherentes a una raquianestesia intradural con excesiva cantidad de anestésico.

Si se carece del "racord" especial para raquianestesia (que en España fabrica Kelvin, de Madrid), puede hacerse la raquianestesia extradural del modo que a continuación describimos, que es el que utilizamos nosotros en un principio. Introducidos los primeros centímetros necesarios para tener la seguridad de hallarse en espacio intervertebral, se curva un poco hacia abajo la aguja, de manera que el orificio del pabellón quede mirando hacia el suelo. Esta curvatura será de arco amplio y no brusca, en codo, pues se trata de conservar la luz de la aguja; por ello es lo más conveniente hacerla antes de retirar el mandril. Una vez curvada, se retira el mandril, y con la jeringa se llena de agua destilada estéril la luz de la aguja y del pabellón, de tal manera, que una gota quede colgando del orificio del pabellón. Seguimos introduciendo, y llega un momento en que la gota colgante es absorbida por la presión negativa del espacio extradural, desapareciendo en el interior del pabellón. Se comprueba que no se ha penetrado en el espacio intradural por aspiración con la jeringa, y una vez corroborado, se inyecta el anestésico.

La raquianestesia extradural tiene las ventajas sobre la raquianestesia intradural de no producir tantos ni tan graves accidentes hipotensivos como aquélla; no afecta la motilidad; es segmentaria, afectando sólo la sensibilidad de unas cuantas metámeras; está libre de las desagradables cefaleas, tan frecuentes después de la intradural. Está libre del peligro de ascensión del líquido anestésico por el canal dural hasta el bulbo. Un cierto inconvenien-

te lo constituye la espera de veinte minutos, necesaria desde la inyección hasta la instauración de una buena anestesia. Se obtiene una buena relajación y la duración de la anestesia es de unas dos horas.

D.—Posición del enfermo.

Es preferible el decúbito supino, en Trendelenburg discreto, y con la mesa ligeramente angulada, de manera que el pubis sea el punto más alto del cuerpo del enfermo. El cirujano se coloca a la izquierda del paciente.

E.—Técnica operatoria.

Incisión longitudinal media de la piel, que se extiende desde el borde superior del pubis hacia arriba, por la línea media, en un trayecto de 8-10 cm., según el grado de obesidad, profundizando en el tejido celular subcutáneo hasta la aponeurosis de los rectos. Se pinzan y ligan los vasos sangrantes. Se secciona la aponeurosis en la línea media, sobre el intersticio que entre sí dejan los músculos rectos. Se separan entre sí los rectos y se coloca el separador automático bien tenso. De esta forma aparece la cara anterior de la vejiga recubierta en parte o en su totalidad por el fondo de saco peritoneal prevesical, el cual se rechaza hacia arriba, apareciendo entonces la pared anterior de la vejiga, con sus gruesos vasos longitudinales característicos. Deprimiendo con el dedo la pared anterior de la vejiga hacia el fondo de la herida, y manteniéndola el ayudante deprimida con un separador maleable, al que se dará la forma conveniente, se va despegando la cara anterior de la vejiga de la posterior del pubis con ayuda de una torunda montada en una pinza larga, procurando la mayor suavidad en la profundidad, pues en el tercio inferior de la cara posterior de la sínfisis del pubis se encuentra el plexo de Santorini, cuyo desgarrar debe evitarse. Una vez abierto el espacio retropúbico, es bien visible su cara posterior, constituida por la cara anterior de la vejiga y, más abajo, por la próstata, cubierta por su cápsula; ambas estructuras están recubiertas de grasa, que es preciso barrer con una torunda montada, hacia abajo y hacia los lados. Aparece así la cara anterior de la cápsula prostática y, más arriba, la vejiga. Los límites de la vejiga con la próstata no siempre son bien visibles, pero se aprecian en seguida al tacto: la consistencia blanda de la vejiga vacía hace contraste brusco con la consistencia parenquimatosa elástica de la próstata. Con una torunda montada se continúa la limpieza de la grasa preprostática hacia los lados, abriendo los recesos laterales que se encuentran a cada lado de la próstata, colocando en ellos unos tapones ligeros de gasa a fin de mantener la próstata en el centro, separada de los elevadores del ano a la vez que protegen de toda acción traumática posterior a los nervios obturadores.

Así preparada, la región operatoria aparece según el esquema de la figura 1. La cápsula prostática está recorrida en su superficie por algunos vasos longitudinales, que suelen distribuirse en tres grupos: uno central, de vasos más gruesos (con frecuencia constituido por una sola vena) y dos venas laterales, de menor calibre. Se ligan estos vasos con ligaduras pasadas bajo ellos con aguja y porta, y se seccionan entre las ligaduras.

Con un bisturí de mango largo se incinde entonces la cápsula de la siguiente manera: a un cen-

tímetro por debajo del límite vésico-prostático se traza una incisión transversal, ligeramente arqueada, de convexidad inferior, profundizándola hasta llegar al adenoma, fácilmente reconocible por su aspecto

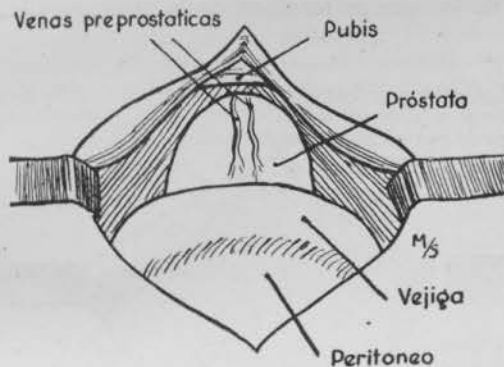


Fig. 1.

blanquecino (fig. 2). Esta incisión de la cápsula se acompaña de abundante hemorragia venosa, por lo cual el ayudante debe mantener el pico del aspirador en la línea de sección. Con una tijera curva se inicia la separación de la cápsula del adenoma subyacente, y contando con una buena aspiración, el cirujano puede pinzar los vasos sangrantes en el labio distal de la incisión capsular por medio de unas

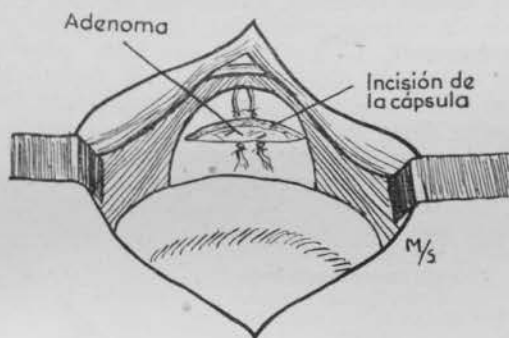


Fig. 2.

pinzas de Kocher largas. Subsiguientemente, estos vasos son hemostasiados tocando la pinza correspondiente con el electrodo de electrocoagulación. No debe intentarse la ligadura de estos vasos, que no es fácil y produce fácilmente el desgarro de la cápsula. A continuación se recorre suavemente todo el labio inferior de la incisión capsular con la bola de electrocoagulación. Se pasa entonces, con aguja y porta, un asa de catgut por cada labio de la incisión capsular, se dejan estas asas largas y se cojen con pinzas, a fin de que en lo sucesivo sirvan para hacer tracción sobre ellas, y de este modo mantener elevados y separados los bordes de la incisión capsular.

Con una tijera larga, de punta curva y corta, del tipo de las de DEVINE, se va separando la cápsula del adenoma por despegamiento del plano de clivage. Este despegamiento puede hacerse al principio a punta de tijera, como acabamos de decir, pero una vez insinuado el plano de clivage entre el adenoma y su cápsula, conviene seguir la enucleación con el dedo, pues el tacto es el mejor guía para no abandonar el plano de clivage ni introducirse

en el adenoma. Para efectuar cómodamente esta enucleación digital, es conveniente retirar el separador, manteniendo el ayudante una ligera tracción sobre los bordes de la cápsula a fin de mantenerlos separados, por medio de las asas de catgut. De este modo puede, de cuando en cuando, interrumpirse la enucleación, y secando bien con el aspirador, controlar visualmente la marcha del despegamiento del adenoma.

Con el dedo, pues, se despegan primeramente las caras laterales y porción distal del adenoma (figura 3), hasta que solamente la uretra queda uniendo esta porción distal del adenoma, como un cordón fibroso, a la cápsula. Traccionando ahora el adenoma hacia arriba y separando hacia abajo el labio inferior de la incisión capsular, se secciona la uretra (figs. 4 y 5). Esta sección tiene lugar en el interior de la cavidad capsular, entre la cápsula y el adenoma, y debe hacerse seccionando la uretra

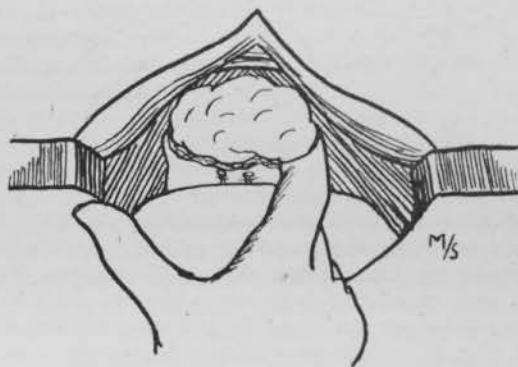


Fig. 3.

con la tijera en el punto en que emerge del adenoma, pues si la sección se hace brutalmente con el dedo que despega el adenoma, existe un peligro cierto de arrancamiento de una porción mayor o menor de uretra membranosa, y junto con ella de una parte del esfínter externo, con el consiguiente riesgo de incontinencia.

Libre ya el adenoma de la uretra, que le fijaba en su porción distal, se continúa la enucleación di-

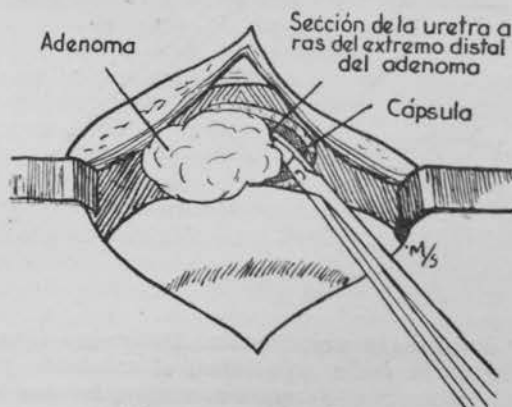


Fig. 4.

gital de las porciones laterales, extendiéndola luego a la cara posterior y porción proximal, siempre siguiendo el plano de clivage. Esta maniobra se facilita traccionando la masa adenomatosa por medio de un tenáculo. En caso necesario (adenomas

muy voluminosos), un ayudante puede, con un dedo introducido en el recto del enfermo, elevar la próstata y ofrecerla convenientemente al dedo que enuclea, facilitando el despegamiento. Se completa la enucleación en el polo proximal del adenoma, despegando el plano de clivaje en los alrededores del orificio vesical, en el cual se descubren entonces las

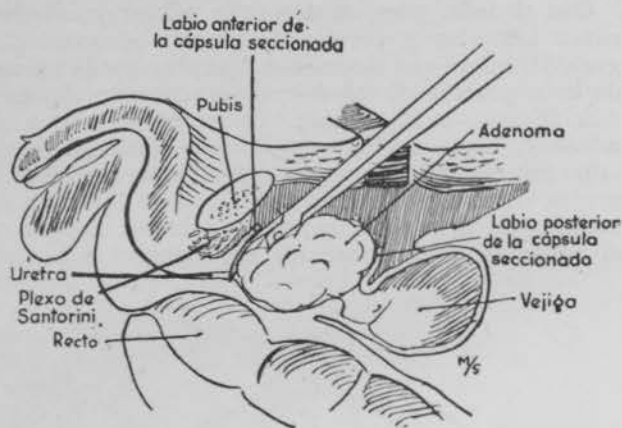


Fig. 5.

fibras musculares dispuestas circularmente; se rechazan hacia la vejiga estas fibras musculares con la ayuda de una tijera de punta curva, cerrada, hasta que el adenoma queda unido al orificio vesical tan sólo por un cono de mucosa, el cual se secciona (fig. 6) sobre un clamp y se electrocoagula la superficie de sección. De este modo el adenoma queda libre y es extraído fácilmente de su celda.

Se coloca ahora en el interior de la cavidad un taponamiento de gasa y se procede a colocar de nuevo el separador automático, que habíamos reti-

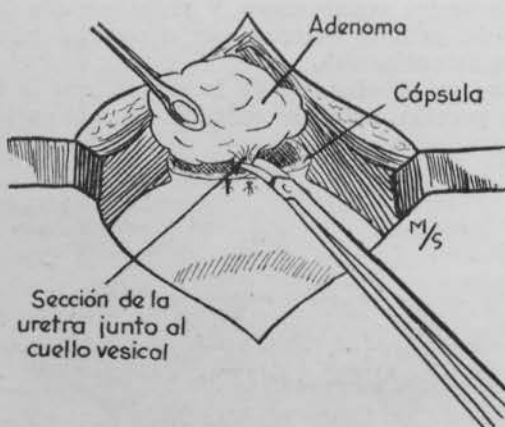


Fig. 6.

rado durante la enucleación. Retirado el taponamiento de la celda prostática, el ayudante pondrá tensas las asas que mantienen elevados los bordes de la cápsula, e iluminando bien el interior de la celda prostática, se revisa cuidadosamente, hasta tener la seguridad de que no queda ningún resto adenomatoso. Todos los puntos sangrantes serán pinzados y electrocoagulados.

Se dirige entonces la atención sobre el cuello vesical, en busca de un posible lóbulo medio no enucleado. Si existe, se despegará su plano de clivaje y

se extirpará, si antes no ha sido ya extirpado en bloque, junto con el resto del adenoma, como suele suceder. De una u otra forma, el labio inferior del cuello vesical debe ser sistemática y ampliamente extirpado. Esto se facilita introduciendo en el orificio vesical un separador de tres ramas, de MARION, de los que se emplean en la talla, mediante el

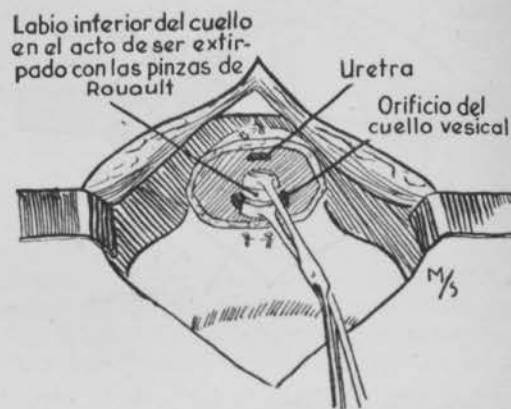


Fig. 7.

cual se distiende el orificio del cuello vesical. Entonces, con una pinza sacabocados de ROUAULT, o con la punta de una tijera curva, se reseca el labio inferior del cuello vesical (fig. 7), pues de no hacerlo así el reborde formado por el labio inferior del cuello vesical tiende a formar un espolón que, actuando de válvula, puede dar lugar a la recidiva de la obstrucción. La resección del labio inferior del cuello debe ser amplia, tanto más cuanto mayor sea su relieve, su grosor y su consistencia. Si esta resección diese lugar a la aparición de puntos sangrantes se los pinzará y hemostasiará por electrocoagulación. No hemos suturado nunca los labios de

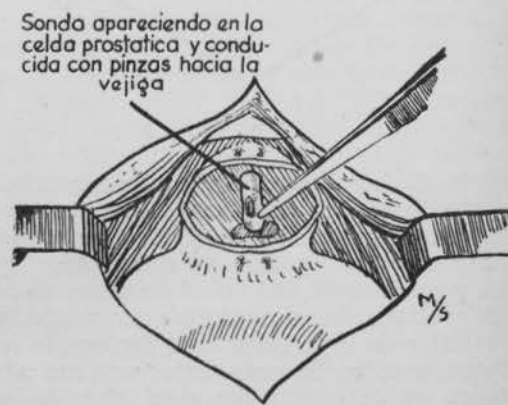


Fig. 8.

esta herida de resección, como aconsejan LOWSLEY y GENTILE, por considerarlo dificultoso e innecesario.

Se revisa nuevamente la cavidad capsular y, si todo está perfectamente (ningún punto sangrante, ningún resto adenomatoso), se procede a la colocación de la sonda. Un ayudante introduce por el meato una sonda de Nelaton-Marion gruesa, debidamente lubricada. En un momento dado la punta de la sonda aparece por la uretra en el interior de la cavidad capsular. Se coge con una pinza y se

la introduce en el orificio del cuello vesical (fig. 8). Algunos autores prefieren utilizar una sonda-balón de Foley, pero, en nuestra opinión, esto no es necesario ni útil, pues impide la retracción de la cápsula y, por consiguiente, el mecanismo más eficaz de hemostasia.

Se revisa por última vez el interior de la celda, ahora atravesada por la sonda, y se suturan los bordes de la incisión capsular con puntos sueltos de catgut del núm. 1 (fig. 9). En esta sutura hay que

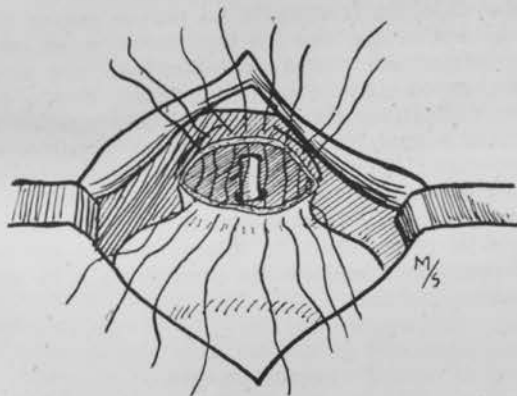


Fig. 9.

procurar una buena coaptación y hacer lo posible porque la sutura resulte hermética; para ello conviene que los puntos sean muy próximos entre sí. Esta sutura no es fácil de llevar a cabo en la profundidad, y aquí es donde tiene verdadera utilidad la aguja "boomerang". Sin embargo, tanto nosotros como otros autores, hemos hecho esta sutura muchas veces con aguja y porta, sin tropezar con dificultad importante, sobre todo si se usa un porta largo y una aguja muy curvada. Contribuye a la dificultad la tendencia de los bordes de la cápsula a retraerse, pero traccionando de ellos por medio de las asas de catgut y con una pinza de disección larga, se consigue perfectamente individualizarlos y obtener una sutura correcta de la incisión capsular.

Una vez finalizada la sutura, ha cesado ya toda hemorragia, en el caso de que no hubiera sido perfecta antes de la sutura. Se limpia el espacio retropúbico de coágulos. Se extraen los tapones que habíamos dejado en los recesos laterales. Se espolvorea el espacio retropúbico con sulfamidas y, dejando un delgado tubo de goma sobre la sutura de la cápsula, se cierra la pared por planos (fig. 10).

En un principio hacíamos vasectomía bilateral sistemática, con la idea de prevenir orquiepididimitis postoperatorias. Ultimamente hemos prescindido de esta medida profiláctica en algunos casos, sin que nada haya ocurrido.

Antes del traslado del enfermo a su cama, sobre la misma mesa de operaciones, se lava la vejiga con una solución de citrato sódico al 3 por 100 y se deja en ella una pequeña cantidad, tapando el paellón de la sonda para impedir que refluya. El catéter uretral será sólidamente fijado a permanencia.

F.—Cuidados postoperatorios.

No somos partidarios del empleo de irrigaciones a través del catéter permanente, a no ser que éste se obstruya. En caso de obstrucción, se aspiran los

coágulos y se lava cuidadosamente con pequeñas cantidades de la solución de citrato, dejando en la vejiga unos 20 c. c. para impedir en lo posible la ulterior formación de coágulos.

Se suministra sistemáticamente al enfermo suero salino hipertónico e isotónico. Eventualmente empleamos también con frecuencia suero glicosado. En caso necesario se ha hecho alguna transfusión de plasma o de sangre completa. Se le da de beber desde pocas horas más tarde, comenzando por pequeñas cantidades, pero tendiendo a lograr rápidamente un buen aporte líquido por la boca. Se continúa con la penicilina y estreptomicina, vitaminas C y K, calcio y tónicos cardíacos durante un período de tiempo variable, según la evolución del enfermo. La orina suele salir ya clara al segundo-tercer día.

Al segundo día puede permitirse al enfermo que se levante a un sillón.

Al tercer día se retira el drenaje.

Al cuarto o quinto día se retira la sonda. Si sobreviene salida de orina por la herida, se coloca de nuevo la sonda permanente hasta que la herida haya permanecido seca durante tres o cuatro días, transcurridos los cuales puede retirarse la sonda definitivamente.

Se permite la ambulación a los seis días, en los casos favorables, en los que puede darse de alta al enfermo a los ocho días de la operación. En los casos en que sobreviene alguna complicación (salida de orina por la herida), naturalmente, el alta ha de ser diferida algunos días, pero estos accidentes, por fortuna, no son frecuentes.

DISCUSIÓN DEL MÉTODO.

El espacio de Retzius ha sido siempre considerado como "un agujero maligno, oscuro, profundo y

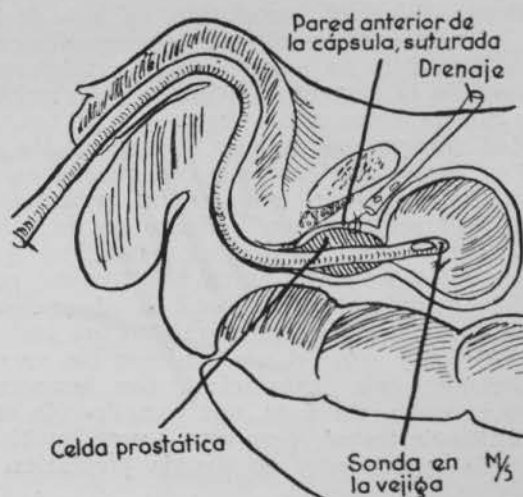


Fig. 10.

peligroso, de mala reputación" (BACON). La cirugía en general y los urólogos en particular han procurado huir de él, y expresión de este temor es el estribillo inevitable en todas las descripciones de técnicas operatorias sobre la vejiga: "evitar todo despegamiento de la cavidad de Retzius".

El mérito principal de TERENCE MILLIN ha sido el de desvanecer este fantasma. Si bien es cierto que con anterioridad a él algunos cirujanos utilizaron la vía retropúbica para la adenomectomía prostática

ca, no menos cierto es que estos intentos fueron esporádicos y excepcionales. MILLIN llegó a la vía retropúbica a través de una larga serie de intentos y experiencias en el cadáver y en el vivo, después de haber desechado otras vías de acceso que, como la subpública, presentaban serios inconvenientes. El hizo de la adenomectomía retropúbica una intervención reglada, acorde con las normas de la cirugía actual. Su método se ha extendido con gran rapidez, pues sus ventajas sobre las adenomectomías perineal y suprapúbica transvesical son bien evidentes. Se trata de una técnica cuya enucleación es controlable por la vista. La hemorragia es cohibida directamente. Los planos quirúrgicos quedan reconstruidos. El drenaje de la orina tiene lugar a través de un conducto natural: la uretra. Es muy reducido el peligro de lesionar un órgano importante, y, por tanto, es mínimo el riesgo de incontinencia, afectación de la función sexual o fistula rectal. Y, sobre todo, la valiosa aportación de la prostatectomía extravesical retropúbica: el curso postoperatorio. Es un curso breve, de unos doce a catorce días de duración por término medio; es cómodo para el enfermo, que apenas se moja o no se moja en absoluto en muchos casos, que se levanta desde el segundo día y que no padece las molestias inherentes a la presencia de tubos y taponamientos. Con la técnica de MILLIN la adenomectomía prostática ha dejado de ser una intervención al margen de las normas generales de la cirugía, convirtiéndose en una técnica quirúrgica ortodoxa, lógica y reglada.

Rápidamente se ha extendido el nuevo método por Europa (MORSON, RICHES, ABOULQUER, ADAMS, FEY, CIBERT, GOUVERNEUR), y en España no es difícil augurarle, como ha sucedido en otros países, una rápida difusión, ya que actualmente apenas ha sido ejecutado por un corto número de cirujanos (SALA, PEÑA, MARTINO, nosotros). En América, el nuevo procedimiento también ha sido acogido con entusiasmo, como demostró la penúltima reunión de la American Urological Association, en julio de 1947.

La operación tiene algunos inconvenientes. El propio MILLIN los ha señalado muy certeramente, y ha mostrado la manera de evitarlos y tratarlos. Es cierto que la hemorragia obstaculiza la buena visibilidad durante una fase de la intervención, pero no lo es menos que, contando con una buena aspiración, es siempre posible lograr una hemostasia correcta. No creemos en modo alguno que en la intervención extravesical sea el shock más intenso que en la transvesical, como ha pretendido NELSON, puesto que debe incluirse en el shock la afectación del enfermo por un curso postoperatorio tan prolongado e incómodo como el que padecen los operados de adenomectomía transvesical. Las hemorragias tardías suponen, sin duda, una complicación enojosa y difícil de tratar; pero esto ocurre también en las demás modalidades de cirugía prostática. Por

otra parte, su frecuencia debe ser muy escasa, y en nuestra experiencia no hemos tenido ocasión de observarlas. La fistulización a través de la herida hipogástrica no es, en cambio, rara. Una sonda permanente durante unos días suele conducir al cierre de la fistula, excepto en un caso en el que la infección de la celda prostática mantuvo un mal funcionamiento de la sonda y consiguiendo persistencia de la fistula durante cuatro semanas.

Como puede verse, más que inconvenientes propios de la técnica retropúbica son éstos accidentes comunes en cirugía prostática, sea cual sea la vía de abordaje. Su frecuencia no parece mayor con la nueva técnica que con las anteriores, y, en cambio, las ventajas del nuevo procedimiento son considerables, especialmente por el reducido riesgo de secuelas definitivas (incontinencia, desaparición de la potencia sexual, fistulas, estenosis) y por el curso postoperatorio, breve y confortable, que es tan esencial en estos enfermos.

Por todo ello, creemos que la prostatectomía extravesical retropúbica de MILLIN merece ser extendida como una valiosísima aportación a la cirugía prostática actual.

BIBLIOGRAFÍA

- FREYER, P. J.—Brit. Med. Jour., 2, 1132, 1904.
 GIL VERNET.—Jour. d'Urol., 33, 1932.
 DAVIS, E.—Jour. of Urol., 163, 48, 1940.
 DAVIS, E.—Journ. Am. Med. Ass., 582, 115, 1940.
 BELT, E.—Jour. of Urol., 482, 1941.
 LOWSLEY, O. S. y KIRWIN, T. J.—Clínica urológica, Salvat, ed. Barcelona, 1945.
 CREEVY, C. D. y WEBB, A. E.—Surgery, 21, 1, 1947.
 LALICH, J. J.—Jour. Exp. Med., 85, 2, 1947.
 ESSEN, H., KOUNDEERS, F. y PORGES, O.—Wien. Arch. Inn. Med., 5, 499, 1923.
 SKELTON, H.—Arch. Int. Med., 40, 140, 1922.
 VAN SLYKE, D. D., WU, H. y McLEAN, F. C.—Jour. Biol. Chem., 56, 765, 1923.
 SHIRES, G. T. y HOLMAN, J.—Ann. Int. Med., 28, 557, 1948.
 FLOCKS, R. H.—Jour. Urol., 542, 37, 1937.
 MILLIN, T.—Lancet, 6, 3, 79, Dic. 1945.
 VAN STOCKUM, W. J.—Zentralbl. f. Chir., 41, 2, 1909.
 MAIER.—Cit. BACON.
 JACOBS, L. C. y CASPER, E. J.—Ur. & Cut. Rev., 729, 37, 1933.
 UTEAU, R. P. y LEROY, R. L.—Ur. & Cut. Rev., 642, 40, 1936.
 MILLIN, T.—Retropubic urinary surgery. Livingstone, edit. Edimburgo, 1947.
 MILLIN, T.—Proc. Roy. Soc. Med., 327, 39, 1946.
 MILLIN, T.—Jour. Urol., 267, 59, 1948.
 LOWSLEY, O. S. y GENTILE, A.—Jour. Urol., 281, 59, 1948.
 BACON, S. K.—Jour. Urol., 376, 99, 1948.
 MORSON, C.—Proc. Roy. Soc. Med., 337, 39, 1946.
 RICHES, E. V.—Proc. Roy. Soc. Med., 335, 39, 1946.
 ABOULKER, P.—Presse Méd., 283, 20, 1947.
 ADAMS, A. W.—Proc. Roy. Soc. Med., 335, 39, 1946.
 FEY, M.—Jour. d'Urol., 105, 53, 1946-1947.
 CIBERT, J. P. y COLLENE, J.—Jour. d'Urol., 257, 53, 1946-1947.
 GOUVERNEUR y ABOULKER.—Jour. d'Urol., 105, 53, 1946-1947.
 SALA DE PABLO, J.—Rev. Esp. de Cir. Traum. y Ortop., 287, 30, 1946.
 PEÑA, A. DE LA.—I. U. C. Junio 1948.
 MARTINO.—Arch. Esp. Urol., 1948.
 NELSON, O. A.—Jour. Urol., 59, 1948. Discusión de la técnica de MILLIN en la American Association, Julio de 1947.
 BACON, S. K.—Idem id. id.
 GOSSE, C. L.—Idem id. id.
 LOWSLEY, O. S.—Idem id. id.
 DAVIS, D. M.—Idem id. id.