

## Contribuciones a la técnica de la Prostatectomía Suprapúbica

Dr. FABIO MURILLO RIVERA

En el panorama quirúrgico de la Urología domina el problema de la obstrucción prostática y hacia él se han dirigido la mayoría de las inquietudes de todo cirujano que transita en este delicado campo; su máxima aspiración es rodear al paciente de las mejores condiciones para realizar el acto operatorio, proporcionar la mayor seguridad para su vida durante aquél, empleando la técnica más apropiada a su caso particular, darle un período postoperatorio cómodo y rápido, y por sobre todo, alcanzar resultados finales satisfactorios desde el punto de vista funcional.

Así vemos que en transcurso evolutivo de la cirugía prostática han aparecido diversidad de técnicas y preceptos para lograr esta finalidad, no de otra manera hubiéramos conocido las ventajas de los métodos transuretrales, la vía perineal, la clásica suprapública en uno o en dos tiempos y posteriormente la técnica de la prostatectomía retro-pública de Terence Millin con las modificaciones aconsejadas por Oswald Lowsley.

Bien sabido se tiene que a cada una de estas diferentes técnicas operatorias corresponden indicaciones más o menos precisas, y examinando las diversas estadísticas es fácil darse cuenta que los métodos de la prostatectomía suprapública han sido los que han tenido más aceptación en toda época y más satisfactorios los resultados obtenidos.

Esta vía es sin lugar a dudas de más fácil ejecución. Los elementos en ella empleados son con poca diferencia, los mismos que se necesitan en una intervención cualquiera; el acceso a la tumefacción es directo y bajo el control de la vista; el control de la hemorragia, factor fundamental en el correcto resultado del post-operatorio, puede hacerse completo como se verá al considerar la técnica últimamente empleada, y finalmente, pueden hacerse correcciones en la celda prostática llevando esta zona del tracto urinario a proporciones normales.

Deber ineludible de todo cirujano es poner al paciente en condiciones óptimas antes de intentar una intervención quirúrgica; este precepto general cobra especial interés en el campo de la cirugía prostática ya que el material humano de que dispone nunca se encuentra en las condiciones ambicionadas: la edad avanzada, las afecciones broncopulmonares y cardíacas inherentes a aquella, los trastornos renales consecutivos a la retención urinaria, y el factor infección, para mencionar los principales, son circunstancias obligantes para someter al paciente a una conducta preoperatoria especial.

El drenaje permanente y completo de la orina por medio de la derivación uretral es la indicación inicial; el mantenimiento de un equilibrio hídrico adecuado administrando al paciente un mínimo de tres litros de líquidos diariamente complementa aquella indicación, hidremia que ha de ser especialmente alta en las ocho horas que anteceden al acto quirúrgico para evitar con ello el colapso circulatorio y sobre todo, para asegurar una abundante diuresis en las primeras horas del período post-operatorio.

La atención del aparato respiratorio debe orientarse hacia la profilaxis de las congestiones pulmonares y de las embolías pulmonares post-operatorias, causas frecuentes de muerte y de prolongado post-operatorio; aquello se ha logrado prevenir satisfactoriamente con la administración del ácido ascórbico a dosis no menores de 100 miligramos diariamente, medida que a más de su acción protectora sobre el endotelio pulmonar tiene la no menos importante del refuerzo al proceso cicatricial en general. El otro género de complicación pulmonar, la embolia, se puede evitar haciendo un cuidadoso examen del sistema venoso especialmente de los miembros inferiores y precediendo a la ligadura de la safena cuandoquiera que haya una mala circulación venosa superficial con tendencia a la estasis.

Al cuidado del especialista se pondrán las afecciones cardíacas. El urólogo debe ante todo propender por un adecuado balance sanguíneo y orientar sus cuidados hacia la protrombinemia con lo cual lleva asegurado el factor coagulación; por esta razón hemos empleado rutinariamente la vitamina K por vía parenteral a la dosis de 15 miligramos diarios en los tres días que anteceden la intervención y durante los dos días siguientes con los mejores resultados.

Dejada a grandes rasgos expuestas las medidas preoperatorias generales, haré algunas consideraciones anatómicas para la mejor comprensión de algunos detalles en la técnica quirúrgica empleada.

La región hipogástrica presenta una serie de capas musculares cuyas fibras están orientadas en diferentes sentidos teniendo a su cui-

dado la estática abdominal; las líneas de fuerza de estos planos van orientadas según el sentido de aquellas, así, son verticales para la musculatura mediana de los rectos y oblicuas o transversales para el resto de capas musculares que convergen hacia esta región; en este orden de ideas vemos que una incisión vertical exige mayor compromiso de líneas de fuerza o fibras musculares y aponeuróticas que las incisiones orientadas en la dirección que llevan las fibras transversales; en el primer caso hay una gran superficie interrumpida, en el segundo o bien se continúa con la dirección de las fibras o se interrumpe un mínimo de líneas de fuerza. En los dos casos, la fuerza vertical de los músculos rectos queda intacta.

Como consecuencia de lo anterior se tiene lo siguiente: La movilización en el segundo caso con incisiones transversales es más fácil y con la menor molestia para el paciente, su proceso cicatricial más firme y una ausencia de posibilidades de eventración.

Algo semejante ocurre con la musculatura vesical, en ella las capas musculares convergen hacia la cúpula donde la irrigación está dada por ramas terminales; las incisiones también son factores de técnicas que es necesario considerar. Frecuentes son las fistulas consecutivas a las incisiones verticales medianas, tanto más frecuentes cuanto más próximo quede el extremo inferior del cuello vesical, la incisión alta y transversa a más de evitar el desgarramiento muscular, evita la modesta complicación de la fistula hipogástrica o el retardo de la cicatrización de la herida de cistostomía.

Para complementar estas consideraciones anatómicas veamos someramente lo relativo a la irrigación de la próstata. Esta recibe ramos de las arterias pudendas internas, de las hemorroidales medias y especialmente de la arteria vesical inferior, rama a su vez de la ilíaca interna; forma ésta el tronco principal y se divide dando una rama capsular y otra vesical, ésta es la rama que nos interesa considerar en la cirugía prostática ya que va a irrigar los lóbulos laterales, el cuello vesical y la porción interna de la misma glándula, entrando por el polo superior de la próstata para desde allí tomar dirección oblicua y radicada para terminar cerca de la mucosa uretral. Con el aumento de volumen por la hiperplasia hay una mayor vascularización y engrosamiento de los pedículos; el fenómeno inverso sucede a las ramas capsulares.

Trasladando estas consideraciones al campo quirúrgico se tiene que la zona comprendida entre el cuadrante inferior de la celda prostática es la que verdaderamente interesa al cirujano para llevar a cabo una hemostasis directa de los pedículos, en consecuencia, hay tres puntos de tener en cuenta: dos laterales que corresponde a los puntos de

emergencia de los ramos uretrales localizados aproximadamente en la vicepirriz del ángulo recto que forma la vertical de la circunferencia representada por el orificio vesical y el diámetro transverso, y la zona inferior mediana correspondiente a la región del trigono, punto de hemorragia que llega a anularse si no hay desgarramiento de la mucosa vesical adyacente durante las maniobras de la enucleación.

En resumen, importa hacer hemostasis directa sobre los puntos pediculares antes mencionados, los otros puntos se controlan fácilmente con los diferentes métodos indirectos entre los cuales el más importante es el empleo de globos hemostáticos cubiertos con varias capas de celulosa oxidada (Oxycel) que van a tomar íntimo contacto con la superficie sangrante dejada al extraer la tumefacción.

Basado en estas apreciaciones y tomando lo mejor de las diversas técnicas propuestas en la prostatectomía suprapública, he creído conveniente intentar un procedimiento que inicialmente ha dado excelentes resultados ya desde el punto de vista funcional como del general para el paciente.

Coviene antes de enumerar los lineamientos generales de la técnica empleada así como de la conducta postoperatoria aconsejada, pasar revista rápidamente al ciclo evolutivo de la prostatectomía suprapública en los últimos años.

El ideal de esta intervención es su ejecución en un solo tiempo, ya que son muchos los factores en favor de esta manera de proceder; la derivación hipogástrica de la orina en caso de estar indicada puede suplirse ventajosamente con un adecuado drenaje uretral poniendo al paciente en condiciones satisfactorias.

Las diferentes técnicas revisadas, en términos generales, siguen un lineamiento más o menos uniforme que puede ser resumido así: Formación del globo vesical con soluciones antisépticas o con aire en cantidad aproximada de 400 cc., el empleo de aire para distender la vejiga es más aconsejado, pues evita la contaminación del campo operatorio como sucede al emplear medios líquidos; las irrigaciones vesicales con soluciones antisépticas están indicadas para el inmediato final del período post-operatorio.

La incisión elegida tanto para los planos superficiales como para la pared vesical ha sido vertical y mediana, su longitud, variable según las condiciones del paciente.

La enucleación de la tumefacción prostática siempre digital y ayudada o no por el tacto rectal se ha hecho en dos sentidos, bien desde la base hacia el vértice o en sentido inverso; éste último procedimiento es más ventajoso ya que el cirujano antes de iniciar la enucleación

localiza el esfínter externo de la uretra y empieza la enucleación por detrás de él, con lo cual asegura una perfecta continencia.

En seguida viene el punto referente a la hemostasis, la cual se ha hecho generalmente en forma indirecta empleando antes el relleno de la celda con compresas o gasas que deben ser retiradas más o menos tardíamente e instalando luégo el drenaje ya por vía suprapública o directamente por vía uretral; también por medio de los globos hemostáticos de Pilcher, Hagner o las sondas de Foley a las cuales se ha venido últimamente a agregar una cubierta de celulosa oxidada convenientemente aplicada, método que ha dado siempre resultados satisfactorios y un ahorro considerable de sangre, en todo caso superior al que se obtiene cuando se usan simplemente los globos hemostáticos.

El ideal en todo caso es la hemostasis directa bajo el control de la vista sobre los pedículos prostáticos en los puntos mencionados, por medio de maniobras relativamente fáciles de ejecutar, gracias al empleo de separados vesicales (Thomson-Walker, Judd, etc.) y a la adecuada presentación del cuello vesical, hemostasis directa que ha de complementarse con el empleo de los globos hemostáticos adicionados o no con la cubierta de exycel. El retiro de estos globos se hace entre las primeras 24 o 48 horas, según lo indique el aspecto que presente el líquido de lavado vesical.

La succión de la orina y de las soluciones empleadas para irrigación que tiene como finalidad evitar la formación de coágulos, se hace mediante un sistema que puede ser mecánico, neumático o por sifón simple que se adaptan al tubo de Marion-Freyer abocado en la herida hipogástrica. El cierre vesical, en consecuencia, es parcial, en uno o dos planos músculo musculares; los otros tiempos se limitan al cierre de las otras capas parietales.

El período post-operatorio comprende medidas generales tendientes a establecer un buen equilibrio hídrico para asegurar una diuresis conveniente, la administración de antisépticos urinarios, asegurar la succión para el mayor bienestar del paciente, así como el empleo de analgésicos etc. Luégo el retiro del tubo de Marion-Freyes y del globo hemostático y la colocación del catéter uretral para dejar a permanencia y facilitar el cierre de la herida hipogástrica, siempre por segunda intención. En ocasiones se dejan hills armados para amarrar posteriormente en el punto de emergencia del tubo de drenaje hipogástrico con el fin de acelerar el proceso cicatricial. El levantamiento del paciente se hace del sexto día en adelante; el retirado de la sonda uretral, muy variable se hace entre el 12º y 15º día, estando el paciente en condiciones de regresar a su casa a la tercera semana de prac-

ticada la intervención. Son estos los términos promedios encontrados al revisar más de un centenar de casos de prostatectomías por la vía suprapública.

Puntualizados en esta forma los lineamientos generales de la prostatectomía suprapública tal cual ha sido aconsejada en diversos centros quirúrgicos y como procedemos en nuestro medio, pongo en consideración del cirujano urólogo una técnica que sin ser original reúna las ventajas de todas las demás, agregando un detalle emitido por los numerosos autores consultados en esta materia y cuyo conjunto viene a dar como resultante un procedimiento que de ponerse en práctica viene a transformar el difícil curso de la prostatectomía suprapública, especialmente desde el punto de vista del post-operatorio, en algo semejante a una intervención no especializada.

*Detalles de la técnica empleada.*—Estos se refieren al acto quirúrgico ya que las medidas generales comentadas hacen parte de nuestra conducta habitual.

Formación del globo vesical con aire introducido a través de un catéter uretral, que rebasará la línea biespinosa anterior; incisión transversal o ligeramente cóncava hacia arriba a nivel de aquella en una extensión media de diez centímetros, de tal manera que llegue a los bordes externos de los músculos rectos anteriores; incisión en el mismo sentido y extensión sobre el plano aponeurótico de la vaina de los rectos; separación de éstos músculos en la línea blanca y rechazo del fondo de saco peritoneo-vesical anterior hacia arriba.

Reparo de la vejiga con hilos de catgut colocados en la parte media e incisión transversal sobre su cúpula en una extensión aproximada de ocho centímetros, lo cual es seguido por la exploración vesical y el retiro de la sonda.

Enucleación digital de la próstata procediendo del vértice hacia la base, maniobra que es ayudada por el tacto rectal. Extraída la tumefacción se llena la celda prostática con una compresa embebida en solución salina caliente que debe dejarse por un tiempo no menor de cinco minutos, tiempo que se aprovecha parcialmente para colocar el separador vesical. Al retirar la compresa se observa una celda desprovista de coágulos y los puntos sangrantes donde es preciso hacer la hemostasis directa; la colocación de pinzas de Allis en éstos y en el reborde inferior del cuello, facilitan el paso de la aguja que lleva un hilo de catgut sencillo número 0, la cual va a tomar el reborde de la mucosa vesical y parte de la cápsula prostática subyacente y vecina a la emergencia de la arteria prostática. La electrocoagulación complementará,

cuando sea necesario, la hemostasis especialmente en la región vecina al trígono.

Luégo se pasa a través de la uretra un catéter evacuador y hemostático de Feley con balón de 30 o 75 cc. de capacidad según sea el tamaño del adenoma y se saca su extremo anterior por la herida hipogástrica, se inyecta agua para inflar el balón hasta la tercera parte de su capacidad para facilitar la colocación de unas tres dobleces de celulosa oxidada que van a cubrir totalmente el balón una vez inflado y a ponerse en contacto con la superficie de la celda prostática; estas gasas se aseguran en la parte inferior próxima al balón con una ligadura sobre el catéter. Mientras se hacen estas maniobras se coloca otra compresa caliente sobre la celda, al ser retirada se reemplaza con el globo de la sonda al cual se inyecta el agua suficiente para llenar su capacidad. Importa anotar que el volumen del globo nunca debe exceder al volumen del tumor extraído para con ello prevenir los espasmos dolorosos tan frecuentes cuando no se observa este detalle.

Terminadas las maniobras anteriores, se hace lavado de la vejiga y de la sonda y se le aplica a ésta ligera tracción para anclarla completamente sobre la celda prostática.

El tiempo inmediatamente siguiente corresponde al cierre completo de la vejiga en dos planos músculo musculares con catgut sencillo número 0 con lo que queda prácticamente terminada la intervención y siendo éste el tiempo que establece la diferencia con los otros procedimientos en los cuales se deja siempre una brecha vesical y un tubo hipogástrico para drenaje. El cierre de los planos superficiales a puntos separados con catgut cromado o con sedas se hace después de colocar un dren cigarrillo inmediatamente por debajo de los músculos.

El período post-operatorio en este caso queda simplificado en forma considerable, ya que únicamente se debe atender al adecuado drenaje de la orina a través del catéter uretral, siendo para ello suficiente hacer inyecciones vesicales de agua esterilizada en cantidad de 10 a 20 cc. cada hora durante las primeras seis horas y luego con menor frecuencia con el fin de ayudar a la salida de la celulosa oxidada que va desintegrándose.

El levantamiento del paciente se hace a una silla durante el primer día post-operatorio; además, en este día se saca el agua del globo, mitad en la mañana y el resto por la tarde y se fija la sonda al miembro con bandas de esparadrapo. Desde el segundo día el paciente se levantará a caminar; lo cual se hace sin mayor molestia y en ausencia de dolor, gracias a las ventajas que brindan las incisiones transversales.

Durante el cuarto día se ocluye la sonda en períodos de una hora

varias veces al día, y cada dos horas al día siguiente, observando la herida hipogástrica cuyo dren y puntos se retiraron el segundo y tercero día respectivamente. Si la herida permanece seca y es normal el proceso cicatricial, puede retirarse la sonda uretral al sexto día, ordenado la paciente que haga sus micciones cada dos horas, para evitar la sobredistensión vesical.

Al cabo de una semana de practicada la intervención, el paciente está en condiciones de ir a su hogar para iniciar las dilataciones uretrales aconsejadas.

#### *Presentación de un caso*

Historia clínica Nº 73.527. F. M. 61 años de edad; estatura: 1.74 mts. Peso: 57 kilos. Agricultor. Casado. Procedencia: Sogamoso. Ingresó al hospital enero: 11/49.

*Enfermedad actual.* Desde hace un año comenzó a experimentar dificultad para orinar, las micciones se hicieron frecuentes en forma progresiva hasta hace quince días en que la disuria se hizo completa y el paciente entró en retención total para lo cual fue preciso hacer cateterismo evacuador e instituir sonda a permanencia.

*Antecedentes personales.* En su infancia tuvo viruela. No acusa antecedentes venéeros. Hace cerca de diez años recibió una cojera en la parte media y anterior de la pierna derecha que le produjo fractura de los huesos, quedando luego una úlcera que persiste en la actualidad.

*Examen físico.* Cabeza y órganos de los sentidos normales. Cuello normal. Aparato respiratorio: tórax normalmente conformado, murmullo vesicular normal en ambas zonas pulmonares. Hay discretos estertores bronquiales. Aparato digestivo. Dentadura incompleta con varios focos dentarios, lengua de aspecto normal. Funcionamiento digestivo correcto. Abdomen normal. Aparato cardio vascular. Ruidos con ritmo, timbre e intensidad normales. Pulso regular, 80 al minuto T. A. 140/80. Se encuentran dilataciones varicosas del miembro inferior izquierdo (Perthes positivo).

Aparato génito urinario. Sonda a permanencia por haber presentado hace quince días retención completa de orina. Uretra normal. Orinas 0.0 micciones frecuentes anteriormente. Al tacto rectal se encuentra la próstata aumentada de volumen como en un grado II; su forma, sensibilidad, y consistencia son normales. No se encuentran puntos renales ni ureterales sensibles. Sobre la cabeza del epidídimo derecho se encontró un n úcleo duro y sensible notado por el paciente desde hace un mes.

Diagnóstico: Hiperplasia prostática grado II. Várices de la pierna izquierda. Ulcera de la pierna derecha.

*Exámenes especiales y de laboratorio.* Uretro cistoscopia (I. 12-49). Exploración con el panendoscopio Nº 20F. La mucosa vesical se encuentra congestionada en todos sus contornos, hay trávesculación de primer grado. No fue posible ver los meatus ureterales ni la barra interureteral por la protrusión que hacen hacia la vejiga los lóbulos laterales de la próstata. La imagen desde el verumontanum presenta los lóbulos laterales obstruyendo por completo la luz del cuello, hay hipertrrofia moderada del lóbulo mediano. Capacidad vesical 400 cc.

Serodiagnóstico para sífilis: negativo; cuadro hemático: G. R. 5 millones; G. B. 7.400; (hemograma de Schilling con ligera neutrofilia 73%). Hemoglobina: 14.2 grs. 97%.

Orina: aspecto turbio; D= 1.024, ácida; albúmina 2.19 grs. Pigmentos (++) . Pus (+ - - | -), sangre (- | - - | -), sales biliares (- | - | -). Sedimento: piocitos (+++), eritrocitos (+++), moco (+++), célula de descamación (- | - | -), bacterias (++) . Química sanguínea: N. N. P. 39.9 milgrs. %; nitrógeno uréico 18.3; úrea total 39.2; ácido úrico 2.8; creatinina 1.1; glucosa 85.

Medidas preoperatorias: Continuar con sonda uretral a permanencia, sulfadiazina tres gramos diariamente, abundantes líquidos. Acido ascórbico 300 miligramos diarios. Defocación dentaria, limpieza de la úlcera. Vitamina K 15 miligramos al día.

*Intervención quirúrgica.* (I-14-49). Se inicia la aplicación de penicilina 300.000 U cada tres horas desde las primeras horas de la mañana y las mismas medidas anteriores.

Bajo anestesia raquídea se hace *cistotomía y prostatectomía suprapubica* se liga la safena izquierda y se colocan ingertos dermátomos. Se aplicaron durante ella 1.000 cc. de solución de dextrosa al 5% en solución salina.

*Descripción de la intervención.* Cirujano doctor F. Murillo R. Ayudante: doctor A. Latiff C. Lavado uretro vesical con solución de tintura de merthiolate al 1/4.000. Raquianestesia en posición lateral, tercer espacio L. con procaína 10 centigramos disueltos en L. C. R. hasta completar 3.5 cc.

Cateterismo uretral e inyección de 400 cc. de aire para formar el globo vesical que rebosa la parte media del espacio infraumbilical. Incisión transversal a nivel de la línea biespinosa anterior, de 10 centímetros de longitud, sobre piel, fascia superficial y grasa, quedando descubierta la hoja aponeurótica de la vaina de los rectos, ésta es incin-

dida luégo en el mismo sentido de la anterior. Separación de los músculos rectos anteriores en la línea blanca. Rechazamiento del fondo de saco peritoneo vesical presentándose la cara anterior de la vejiga y dejando, en lo posible, intacto el espacio de Retzius. Reparto de la vejiga con dos hilos de catgut e incisión transversal en una extensión aproximada de ocho centímetros. Exploración vesical y retiro del catéter uretral. Enucleación del adenoma del vértice hacia la base ayudando con el tacto rectal, después de ello se tapona la celda con una compresa caliente durante cinco minutos. Colocación del separador vesical de Thomson-Walker y retiro de la compresa.

Reparo de los bordes laterales del orificio vesical y del borde inferior con pinza de Allis. Se pasan hilos de catgut sencillo número 0 en los puntos correspondientes a los pedículos consiguiendo una hemostasis muy satisfactoria. Paso de un catéter evacuador y hemostático de Feley número 24F por la uretra, se llena parcialmente de agua y se cubre con Oxycel, es llevado luégo a la celda prostática llenando en seguida toda la capacidad del globo. Lavado de la sonda y de la vejiga con solución salina después de verificar la hemostasis que es completa.

Cierre de la vejiga en dos planos músculo musculares con catgut sencillo 0 a puntos separados. Dren en el espacio vesical y sutura del plano aponeurótico con puntos separados de catgut cromado número 0. Puntos con catgut sencillo 00 para afrontar los planos superficiales y sutura de la piel con seda a puntos separados. (Ligadura de la safena izquierda y colocación de ingertos dermátomos tomados del muslo izquierdo). Duración de la intervención 72 minutos.

*Informe histopatológico.* Descripción macroscópica: Próstata, recibida en dos fragmentos, el más grande mide 4 x 4.5 x 3 cms. Peso 43 grs. Consistencia ligeramente firme. La superficie de sección es de color gris rosado. Al hacer presión se escapa líquido lechoso.

Descripción microscópica: los cortes muestran próstata. Se aprecia un neoplasma benigno de origen glandular, caracterizado por la presencia de numerosos fondos de saco glandulares de tamaño muy variable y tapizados por una hilera de células poligonales, contiene sustancias amorfas, corpúsculos amiboides y a veces líquido de aspecto purulento. En el estroma se observa aumento del tejido fibroso. El neoplasma se acompaña de proceso inflamatorio crónico muy moderado.

Diagnóstico: Hiperplasia prostática. (Fdo. E. Liehteberger).

*Evolución.* Medidas post-operatorias inmediatas: irrigación de la sonda cada hora. Dextrosa al 5% en agua destilada 2.000 cc., sulfadiazina, vitamina K, ácido ascórbico y penicilina en la forma prescri-

ta. En la noche el estado general del paciente es satisfactorio: T. A. 120/70, 90 pulsaciones. Temperatura 37 grados. Abundante diuresis saliendo la orina ligeramente teñida con sangre.

(I-15-49). Se quita la tensión de la sonda de Feley y se fija con esparadrapos, comienza a eliminarse el Oxycel con la orina, lavados vesicales frecuentes con 20 cc. de agua cada uno. Orina muy ligeramente teñida. Abundantes líquidos y dieta normal. Diuresis normal, pulso, temperatura y tensión arterial normales. La herida está completamente seca, no hay drenaje por lo que se retira parcialmente el dren. A más de las medidas anteriores se aplican 1.000 cc. de dextrosa al 5% en agua destilada.

(I-16-49). Muy buenas condiciones generales, lengua húmeda, apetito normal. Orinas claras y abundante diuresis; temperatura 36,2. Se levanta en la silla. Herida normal, se retira completamente el dren y se quitan los puntos de ligadura de la safena.

(I-17-49). Se retiran los puntos de la herida hipogástrica, muy buen estado general, abundante diuresis, orinas claras. Temperatura 36 grados. T. A. 140/80; 80 pulsaciones. Se continúa administrando penicilina, sulfadiazina, ácido ascórbico; abundantes líquidos, dieta normal. Se levanta a caminar sin ninguna molestia ni dolor en la herida; hace deposición espontáneamente.

(I-18-49). Iguales condiciones generales, diuresis abundante con orina clara, se hacen irrigaciones vesicales con solución de metafén 50 cc. en cada ocasión. Apetito y funcionamiento digestivo normales.

(I-19-49). La herida cicatrizó en forma completa. Durante el día se ocluye el catéter evacuador por períodos de una hora cuatro veces al día, el paciente no experimentó ninguna molestia ni se ha presentado nada anormal en la herida. Igual medicación.

(I-20-49). Orina clara; se ocluye la sonda por períodos de dos horas con buena tolerancia. Se cambia la sonda de Feley por un catéter evacuador de extremidad olivar número 14F llenado previamente la vejiga con agua y haciendo orinar al paciente, con lo cual se observa lo siguiente: continencia perfecta, chorro de calibre normal, fuerza del chorro normal, no se encontró residuo vesical (4 cc. únicamente). Herida hipogástrica normal.

(I-21-49). Se quita el catéter uretral aconsejando al paciente para que verifique sus micciones cuando sienta el más ligero deseo. Durante el día hace cinco micciones con orina ligeramente opalina, chorro de calibre normal. Temperatura normal.

(I-22-49). Persisten las mismas condiciones anotadas. Se continúa administrando sulfadiazina y ácido ascórbico.

(I-24-49). Se pasan los beniqués números 46, 48 y 50 con facilidad. Micciones con chorro de calibre normal. Se hace control cistouretroscópico encontrando la región de la celda prostática de tamaño muy próximo a lo normal y el proceso cicatricial muy avanzado, el reborde del cuello vesical presenta aspecto normal.

(I-25-49). El paciente sale del hospital en muy buenas condiciones generales. Se cita para control dentro de una semana y nuevas dilataciones.

Son estos los detalles de la evolución seguida por nuestro primer caso a quien se le hizo la técnica propuesta con tan halagadores resultados.

### CONCLUSIONES

I. Con el empleo de las nuevas técnicas en la prostatectomía suprapública, se ha llegado a simplificar considerablemente el período post-operatorio con una casi completa ausencia de complicaciones;

II. El empleo de las incisiones transversales a más de proporcionar la mejor luz, una rápida y firme cicatrización, son el factor más importante de considerar, ya que facilitan el levantamiento precoz de los operados con un mínimo de molestias;

III. Las incisiones altas y transversales sobre la pared vesical evitan la abertura del espacio de Retzius y el traumatismo sobre la región retroinfisiaria, previniendo especialmente la osteitis del pubis;

IV. Con los procedimientos actuales, la hemostasis se hace en forma completa combinando los métodos directo e indirecto, con lo cual se asegura una mínima pérdida de sangre que representa el factor fundamental en el éxito del post-operatorio;

V. El cierre total de la vejiga después de la prostatectomía representa el paso más avanzado en estas técnicas, evita el importante factor que juega en el shock post-operatorio, la víscera hueca dejada abierta al exterior, la cual no sólo con este procedimiento es de fácil apreciación sino con todos aquellos que desde este punto de vista buscan finalidades comunes; en este orden de ideas vemos la poca frecuencia de los estados de shock cuando se emplea la técnica de la prostatectomía perineal y la vía retropública en las cuales la vejiga no queda abierta;

VI. Las sondas evacuadoras y hemostáticas de Feley recubiertas con celulosa oxidada, son el sustituto de mayor utilidad para la hemostasis complementaria y el drenaje vesical que se emplea en la cistostomía y prostatectomía suprapública propuesta.

## BIBLIOGRAFIA

- Dodson.—Urological Surgery. 1944.  
Reyes and Ferguson.—Urology, 6<sup>a</sup> ed.  
Journal of Urology.—645-650, octubre 1948.  
Journal of Urology.—267-296, marzo 1948.  
Journal of Urology.—Septiembre 1948.  
Cabot.—Modern Urology. 1936.  
Eisendraht and Rolnick.—Urology, 1938.  
Year Book of Urology.—1945.  
Year Book of Urology.—1947, 293-294.  
Surg., Gynec. and Obst. 83: 364-368, septiembre, 1946.  
Lowsley adn Kirwing.—Clinical Urology.  
*Fabio Murillo Rivera*.—Jefe de clínica urológica del Hospital de La Samaritana. Universidad Nacional. Febrero, 1949.