

PROSTATECTOMIA CON MICCIÓN ESPONTANEA INMEDIATA *

Dr. CARLOS PELLICE PEÑA
Urologo

UN hecho trascendental acaba de aparecer en el campo de la técnica quirúrgica por lo que a la prostatectomía se refiere.

Antes, y aun ahora para los que no practican este procedimiento, unas gráficas corrientes de cursos postoperatorios son como las de las figuras 1, 2 y 3. Los datos que hemos de retener son:

1. Número de días de hospitalización.

2. Número de días de reposo e inmovilización a que se ve obligado el enfermo por el hecho de llevar la sonda a permanencia y con el consiguiente peligro de:

- úlceras por decúbito;
- hipostasis bronco-pulmonares;
- trombosis, embolias, etc.

3. Número de días de sonda a permanencia, con la consiguiente incomodidad y peligros del tipo de orquitis, espasmos vesicales, etc.

4. Recuperación del enfermo. De todos es ya conocido lo que cuesta movilizar al viejo una vez se ha encamado, aparte de que para muchos de ellos las complica-

ciones inherentes a la prostatectomía representa su última enfermedad.

Unas gráficas corrientes siguiendo los nuevos conceptos de *prostatectomía con micción espontánea inmediata* y sin drenaje vesical, son como las reproducidas en las figuras 4, 5, 6 y 7. Los datos que hemos de retener son:

1. Número de días de hospitalización.

2. Número de días de reposo e inmovilización.

3. Recuperación del enfermo.

Superponiendo ahora ambos tipos de gráficas, podemos ya empezar a sacar conclusiones (fig. 8).

Al compararlas, vemos que existe una marcada diferencia, y ésta es en favor, única y exclusivamente, del enfermo operado según el procedimiento que preconizamos.

El número de días de hospitalización ha disminuido y con ello el peligro de cualquier tipo de complicaciones de las que hemos hablado.

* Conceptos para los médicos internistas. Instituto Médico Farmacéutico, de Barcelona. Comunicación presentada en la Sesión del día 17-IV-64.

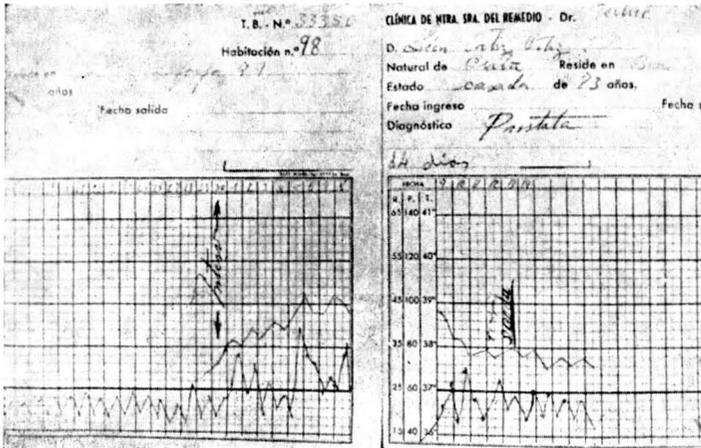


Fig. 1

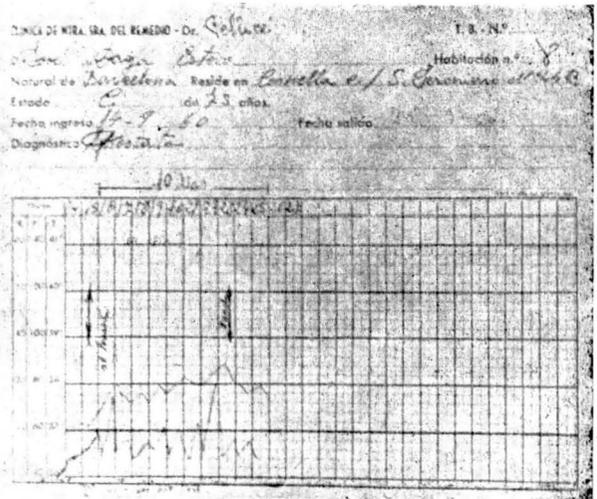


Fig. 2

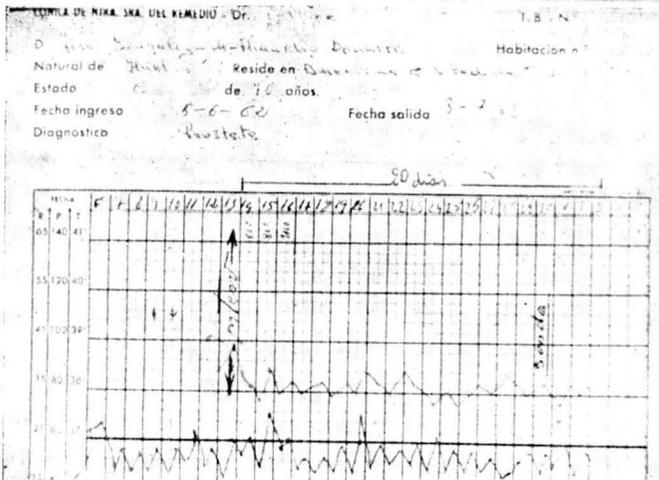


Fig. 3

El reposo e inmovilización *no existen*. Esta contingencia tan temida para estos enfermos, aquí no se guarda cama, ni hay inmovilización, *ni lleva sonda a permanencia*, la recuperación se realiza in-

mediatamente, pues dentro, incluso, de las primeras 24 horas, el enfermo abandona ya su cama.

La curva febril es menos accidentada.

Este cambio se debe a haber in-

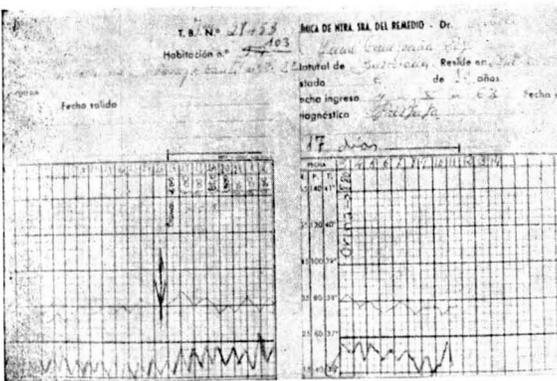


Fig. 4

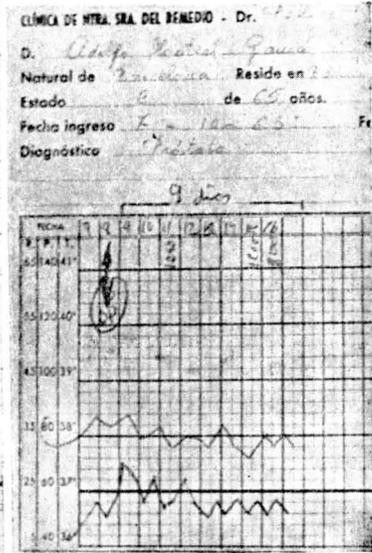
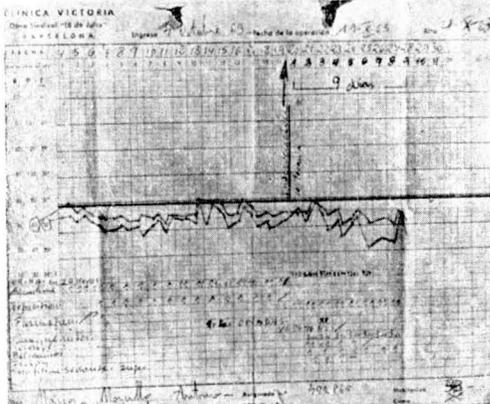


Fig. 5

Fig. 6

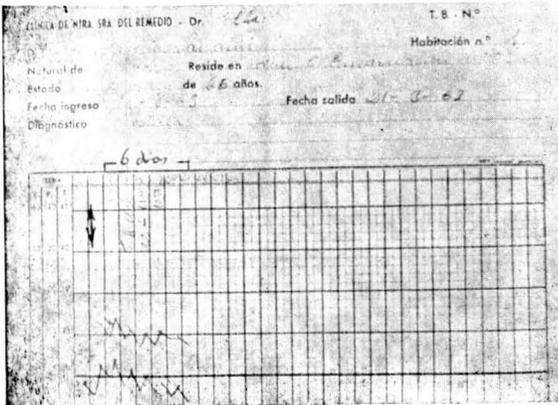


Fig. 7

roducido en la práctica corriente estos nuevos conceptos de prostatectomía.

Lo que llevamos dicho no nos debe sorprender: es lo mismo que si se compara una gráfica de tifoidea, pongamos por ejemplo, haciendo tratamiento antibiótico o sin él.

Negar la eficacia de estos hechos ya comprobados sería dar un paso atrás en el progreso científico.

Y si en verdad el proceso anatomopatológico tanto en un caso como en otro sigue su curso, al abreviar el post-operatorio, hacemos que el organismo no tenga tantas posibilidades de adquirir otros procesos concomitantes, o bien, por baja de defensas al alargarse la enfermedad; incluso complicaciones graves que pueden llegar a poner la vida del paciente en peligro.

Vamos a intentar reseñar brevemente lo que por enfermedad prostática se entiende y sin entrar en detalles de tipo quirúrgico, puesto que esto escapa al sentido de estas palabras.

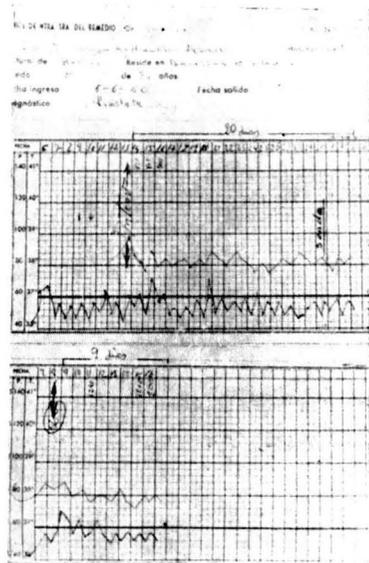
¿Qué se entiende por enfermedad prostática?

El enfermo que aqueja esta afección presenta una serie de alteraciones que podemos agrupar así:

1.º Alteraciones de orden general. Son aquellas que dan, por intoxicación progresiva o por hechos

compresivos, modificaciones en cuadro hemático, en el estado general del paciente, pero en forma muy varia; tanto se puede afectar el aparato respiratorio, como el circulatorio, el digestivo, el renal, nervioso, etc.

2.º Alteraciones de orden local. Son, con mucho, más sencillas de diagnosticar, pues aquí lo que lla-



muy claramente de manifiesto que el origen de la hipertrofia está alrededor de la uretra prostática; allí, demuestra, que está el origen del núcleo de la neoformación.

Esta masa, una vez iniciada (figura 9), va rechazando hacia la periferia a la glándula prostática, comprimiéndola cada vez más y alterando así, no tan sólo su morfología sino también su fisiología. La glándula prostática propiamente

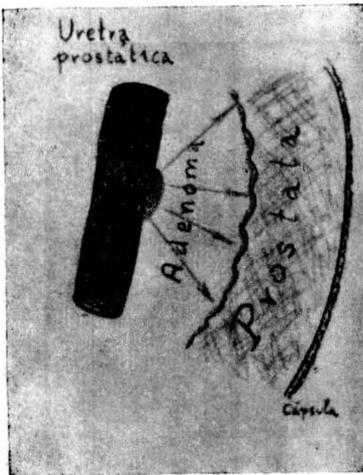


Fig. 9

te dicha queda así comprimida entre la cápsula fibrosa y la masa de nueva formación, y como que el crecimiento no es del todo uniforme, aparecen modificaciones en la uretra contenida dentro de ella, apareciendo trastornos de tipo miccional. Claro está que también intervienen otros factores que no es el momento de analizar.

Lo verdaderamente importante es que aparecen una serie de modificaciones que obligan a la con-

sulta y a poner remedio, pronto, a ellas.

Surge ahora el momento de sentar un diagnóstico para pasar al tratamiento adecuado, y cuando, sentado éste, nos inclinemos al procedimiento conservador o quirúrgico, si el tratamiento aconsejable es el cruento, es cuando, indefectiblemente, debemos pensar en la técnica a seguir.

Todo acto quirúrgico debe ceñirse por encima de todo al enfermo; no debemos subordinar el enfermo a la técnica; hay que sacrificar siempre la vía quirúrgica en beneficio del enfermo. Pero si una vez estudiado el caso no encontramos nada que contraindique la técnica, es cuando practicamos, en beneficio único y exclusivo del enfermo, la que hemos denominado *prostatectomía con micción espontánea inmediata*.

Con ella se logra un acortamiento del curso postoperatorio, si bien es más laborioso el acto quirúrgico, pero pensemos que no siempre lo más cómodo para el cirujano es lo más beneficioso para el enfermo.

En las figuras 10, 11 y 12 reproducimos algunas de las piezas operadas según estos principios.

Esta técnica que venimos practicando, hace que en el mismo acto quirúrgico se logre lo que la naturaleza haría en el curso postoperatorio; así, en efecto, el enfermo sale de la sala de operaciones con una reconstrucción completa de



Fig. 10



Fig. 11

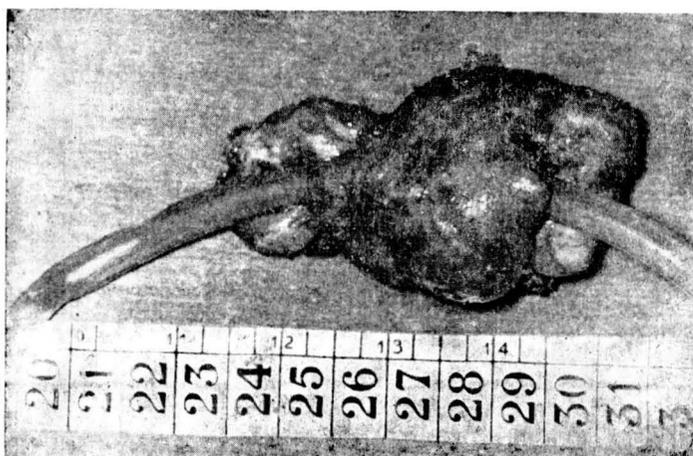


Fig. 12

los planos anatómicos, pues seguimos los principios básicos de la cirugía:

sección
hemostasia
disección
reparación

conseguimos, indiscutiblemente, el acortamiento del postoperatorio y con el levantamiento y la movilización precoz, incluso dentro de las primeras 24 horas, logramos una normalización del tubo digestivo, la falta absoluta de alteraciones vasculares periféricas y, por último, la *micción espontánea* y, esto es lo importante, el enfermo no precisa de sonda ni de ningún artificio para encauzar la orina desde la vejiga al exterior y ni aun en la misma vejiga se deja sonda o drenaje alguno.

El paciente, entre las 4-6 a 10 primeras horas, orina espontáneamente; decimos orina, pues la micción es *totalmente normal*, es decir, hay contracción del detrusor y relajación del esfínter, y esto es

micción. Por esto la denominamos prostatectomía con micción espontánea inmediata.

Esto no se logra, ni se ha logrado nunca, con las técnicas seguidas hasta la fecha.

La prostatectomía con micción espontánea inmediata es eficaz y auténticamente beneficiosa para el paciente; llevamos ya los suficientes casos para poder empezar a sacar conclusiones, que en resumen son:

1.^a Acortamiento del postoperatorio: hay un caso de 5 días. Lo corriente es entre 8 y 12 días.

2.^a Incorporación y movilización precoz.

3.^a Falta absoluta de complicaciones vasculares.

4.^a Ausencia de complicaciones digestivas. (Hemos tenido casos de meteorismo, pero de muy fácil resolución.)

5.^a Y por encima de todo *micción espontánea postoperatoria inmediata*.