

cáncer del cuello uterino; en el del labio, de la lengua y de la boca; en los de la laringe y del antro, en la mayoría de las neoplasias de la vejiga y, por fin, en todos los cánceres accesibles de extensión moderada y de radiosensibilidad media. El radium iguala la eficacia y con frecuencia es más certero que la radioterapia en los cánceres cutáneos, en los anales y penianos. La radioterapia deberá preferirse en los tumores muy radiosensibles, como el linfadenoma y el plasmocitoma. En los tumores óseos y en el cáncer de la mama, deberá preferirse también la aplicación de rayos X a causa de su simplicidad. En los neoplasmas profundamente situados, las dificultades técnicas impiden el uso del radium.

Los resultados del radium pueden aquilatarse por los años de vida de que han gozado innumerables pacientes, los cuales pueden inscribirse con números estadísticos; pero lo que no puede computarse en cifras es la disminución del dolor, la detención de las molestias y el bienestar que ha sido obtenido por añadidura.

UROLOGIA

EVALUACIÓN DE LA PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL *

Dres. JOHN A. TAYLOR y CHARLES H. PLACE

Nueva York

La primera prostatectomía transuretral se emprendió en nuestro hospital en junio de 1932. Los resultados obtenidos, tales como poder levantar pronto al enfermo, la restauración de la función urinaria en 24 a 48 horas después de la operación, la reducción del shock quirúrgico, incluso en enfermos de edad avanzada, hizo que este método fuera utilizado después de 3 años en el 78 % de los casos; en 1936, en el 82 %; en 1938, en el 88 %, y de 1939 hasta 1944, en el 100 %, prácticamente.

Este informe se basa en 1066 casos de prostatectomías practicadas de 1935 a 1945. La edad promedia fué de 66.55 años; el enfermo más joven contaba 44 años y el más viejo 96. De ellos, 957 estaban afectados de adenomas benignos (89.8 %); 109 (10.2 %) de carcinomas con síntomas de obstrucción.

Anestesia

En los primeros cinco años de nuestra experiencia, se utilizó el bloqueo del plexo sacro según técnica de La Bat, hasta que en 1940 uno de nosotros (J. A. T.) introdujo la vía más simple sacrolumbar, con utilización del espacio subaracnoideo. Este método se ha utilizado desde entonces casi exclusivamente.

Dos o más resecciones en el primer ingreso. En nuestra serie, 205 casos (19.3 %) tuvieron que ser sometidos a una segunda resección transuretral antes de darlos de alta, la cual no se concedía si no estaba en condiciones de vaciar perfectamente su vejiga. A todos los enfermos se les advirtió antes de la opera-

* "J. A. M. A." 15 enero 1949

ción que podía ser necesaria una segunda intervención para el establecimiento de la función normal. Precisa señalar la insignificante cantidad de tejido que puede impedir el éxito de una operación; de aquí la necesidad de una segunda resección en algunos casos.

Hemorragias en el período postoperatorio. Hubo 18 enfermos (1.7 %) en quienes se presentó esta complicación, por lo que fué precisa nueva decisión quirúrgica. En 12 de ellos se dominó el accidente mediante la evacuación de los coágulos y la fulguración. En 6 se impuso la cistomía suprapúbica.

Mortalidad

En esta serie de 1.066 casos hemos tenido la insignificante mortalidad de 5 y, por ello, frecuentemente se ha llamado a esta técnica «operación menor». Si tomamos en cuenta la edad y los trastornos cardiovasculares frecuentes en dichos pacientes, sin descontar lo elevado de la urea en muchos de ellos, llegamos a la conclusión que este método es muy superior en lo que a mortalidad se refiere. Para ilustrarlo, transcribimos el caso de un enfermo de 78 años de edad, ingresado con retención aguda; la urea sanguínea se elevaba a 49 mg.; dilatación aórtica y septicemia de colibacilos. El tratamiento se prescribió a base de transfusiones, antibióticos y oxígeno. A los dos meses, su estado había mejorado, pero la urea se mantenía alta. Se practicó la prostatectomía transuretral con anestesia raquídea y se obtuvieron 65 gm. de tejido prostático. A los tres días, el enfermo había recobrado su función urinaria normal; fué dado de alta a los 11 días para un hospital de convalecientes. A los 9 meses, fué examinado en la consulta externa quejándose solamente de nicturia. Se la pasó un beniqué del número 26 sin dificultad y sin que presentara retención urinaria. Nos parece que este enfermo no hubiera resistido otro método operatorio.

El primer caso de muerte, fué la de un enfermo de 66 años con alteraciones marcadas del sistema cardiovascular, hipertrofia prostática y cálculos vesicales. Se practicó la resección transuretral y la litotomía. Los resultados fueron buenos, excepto por la retención urinaria parcial. Una segunda operación, dos semanas más tarde, le causó edema agudo cardíaco mortal. Al segundo enfermo de 61 años, quien sufrió gran hemorragia en el momento de la operación, se le practicó una cistomía suprapúbica y, a pesar de ello, el enfermo murió en la mesa de operaciones. El tercero, después de buen curso operatorio, al momento de quitar el catéter Foley, fué imposible retirar el aire; en dichas maniobras se le causó un absceso uretral de colibacilos, con subsecuente septicemia; la muerte fué causada por absceso cerebral. Desde entonces hemos comprobado que 2 c.c. de cloroformo inyectados en el pequeño saco, con una solución salina en la vejiga, disuelve el cemento que sujeta el pequeño saco al catéter, con lo que éste se puede retirar. El cuarto de nuestros fallecimientos fué un enfermo de 66 años, quien presentó septicemia de estreptococos hemolíticos con meningitis final. El quinto era un enfermo de 58 años, con extravasación urinaria a quien se le practicó el drenaje suprapúbico sin resultado.

Estrecheces. — Dieciséis de nuestros casos presentaron estrechez uretral después de la operación; esta complicación fué corregida con dilatación gradual de la uretra.

Incontinencias. — Hemos observado tres casos de incontinencia, a los cuales se les ha proporcionado el clamp. Esta complicación no ha determinado alteraciones funcionales o psicológicas en los sujetos.

Período entre las resecciones

Al final de esta serie, después de pasados algunos años, comenzaron a regresar algunos de nuestros enfermos con síntomas de prostatismo con hipertrofia prostática, después de largos períodos de función urinaria normal; en otros casos hubo necesidad de atender la hemorragia. Esto nos hace dudar de si hubiera sido de más valor utilizar la técnica enucleativa de primera intención.

Resecciones subsecuentes

| | | |
|---------------------------------------|--------|------|
| Retenciones | 58 | 5.42 |
| Hemorragias | 30 | 2.83 |
| Carcinomas | 20 | 1.88 |
| Cálculos | 22 | 2 |
| Los cálculos fueron (a) Primarios ... | 14 130 | 12.1 |
| (b) Secundarios. | 8 | |

Es de esperar una segunda resección debida a carcinoma. Pero los casos de retenciones, hemorragias y cálculos son los que han determinado nuestro juicio en cuanto a la imposibilidad de tratar todos los casos de prostatismo por la vía transuretral.

El tiempo más corto entre la reaparición de los síntomas fué de un año y el más largo de 12; el tiempo promedio, de 6 años y 8 meses.

Las hemorragias tardías son un síntoma molesto y alarmante para un enfermo que lleva años de normalidad después de la operación. Las hemorragias inmediatas se deben, en la mayoría de los casos, a residuos de tejido prostático pobrememente irradiados. Las hemorragias tardías se ha comprobado que en una elevada proporción de casos son debidas a la reaparición de la hipertrofia prostática.

Infecciones

Esta complicación se ha reducido en nuestra serie con: 1) El uso de anti-bióticos en los períodos pre y postoperatorios. 2) Con la abstención de emplear catéteres de retención antes de la operación. 3) Con la costumbre de que el enfermo vaciara antes de abandonar el hospital. 4) Con la precoz eliminación del catéter postoperatorio en los enfermos que no requerían drenaje, a las 18 horas en algunas ocasiones.

Comentario

Puede parecer, al subrayar las anteriores complicaciones, que tratamos de desacreditar la resección transuretral. El caso es que el examen de estas complicaciones nos ha obligado a modificar nuestro punto de vista en relación al método, que en la actualidad utilizamos sólo en el 70 % de los casos y no en la totalidad, como hacíamos anteriormente, por lo que resta un 30 % de casos para la cirugía enucleativa. En este último grupo incluimos a los enfermos más jóvenes, a los grandes adenomas sin retención nitrogenada y a los enfermos procedentes de localidades apartadas, sin facilidades de hospitalización.

La vía transuretral, sin discusión alguna, es el procedimiento ideal en casos de próstatas fibrosas.

Los intentos de punción del cuello vesical con drenaje suprapúbico o sin él, antes del advenimiento de la técnica transuretral, fracasaron en la mayoría de los casos. Después de 1932, el tratamiento transuretral dió magníficos resultados.