

FACULTAD DE MEDICINA-CÁTEDRA DE UROLOGÍA, PROF. L. PEÑA

UN NUEVO TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA RETENCIÓN DE ORINA. RESULTADO DE LOS PRIMEROS CASOS OPERADOS EN ESPAÑA (1)

por el doctor

ALFONSO DE LA PEÑA (2)

La operación de que nos vamos a ocupar en la presente comunicación, tiene por objeto realizar la amputación del cuello vesical por vía endoscópica (uretral), con el fin de tratar los fenómenos disúricos que ciertas alteraciones de esta región pueden provocar. Esta intervención, conocida en los países de habla inglesa con el nombre de "punch operation" ("punch" significa sacabocados), es, si no desconocida en España, no empleada, por lo menos. Por eso hemos creído de interés darla a conocer, dando cuenta al mismo tiempo de los primeros casos operados por nosotros en nuestro país.

El primero que intentó tratar por vía uretral los trastornos de la micción producidos por las lesiones hipertróficas del cuello vesical, fué GUTHRIE en 1834, utilizando una sonda uretral provista de una cuchilla que, accionada desde el exterior por un mecanismo especial, permitía seccionar, de una manera incompleta, el labio posterior del cuello de la vejiga; MERCIER, basándose en el litotritores incisores y excisores que más tarde modificados por CIVALE, siendo GERARTHY quien consigue la mayor perfección en esta clase de instrumentos con su esfinterotomo. En 1874, BOTTINI, trata de evitar el inconveniente de la hemorragia producida por los instrumentos de MERCIER, adaptando un cauterio a uno de los modelos de este autor. Posteriormente, FREUDENBURG, CHETWOOD y YOUNG, introdujeron diversas modificaciones en el instrumento de BOTTINI. En Francia LUYS propuso tratar la hipertrofia de la próstata mediante la tunelización de esta glándula (forage) y HEITZ-BOYER intenta la destrucción del cuello vesical y de algunas hipertrofias adenomatosas del mismo, por medio de la electro-coagulación, consiguiendo halagüeños resultados.

Corresponde, sin embargo, a la escuela norteamericana, el mérito de haber logrado la extirpación del cuello vesical, por un procedimiento sencillo y eficaz, mediante los sacabocados, siendo YOUNG, de Baltimore, en 1913, el primero que realizó esta operación, utilizando un

instrumento ideado por él, al que dió el nombre de "punch".

El éxito alcanzado por YOUNG en centenares de casos, se extendió rápidamente por los Estados Unidos, siendo varios los autores (FREUDENBURG, CHETWOOD, VAN BUERGER, CAULK, FOLLEY, COLLINGS, etc.) que construyeron nuevos modelos de sacabocados con óptica algunos de ellos, pero teniendo, todos, serios inconvenientes como la falta de campo visual en el instrumento de YOUNG y la imposibilidad de observar el punto de partida de la hemorragia post-operatoria, en los de sistema óptico.

El mejor sacabocados, a nuestro juicio y al de la mayoría de los urólogos norteamericanos, es el de BRAASCH de la Clínica Mayo, modificado por nosotros, y que no es otra cosa que el cistoscopio directo de aquel autor, modificado por él mismo, adaptándole un mandril tubular de extremo cortante y añadiéndole una ventana en la cara inferior de su extremo anterior destinada a alojar la porción de tejido que se trata de extirpar. Dos piezas laterales en el extremo anterior, permiten el paso del agua de un irrigador, durante la operación. Un visor completa el aparato.

Nosotros hemos modificado el "punch" de BRAASCH, añadiéndole un tubo conductor para la sonda electrocoagulada y variando el sistema irrigador, con lo cual se simplifica extraordinariamente la intervención, según ahora veremos.

Según la primitiva técnica de BRAASCH y BUMPUS, la operación comprendía dos tiempos, a saber: 1.º, sección y extirpación con el sacabocados del tejido enfermo, y 2.º, electrocoagulación de las superficies cruentas por medio de cistoscopio directo, después de retirar el sacabocados. Gracias a nuestra modificación del "punch" de BRAASCH, se evita el tener que recurrir al cistoscopio directo, para la práctica de la electrocoagulación, pudiendo realizarse ésta a través del mismo sacabocados, con lo cual se consigue una gran economía de tiempo y, sobre todo, de manipulaciones no siempre inofensivas.

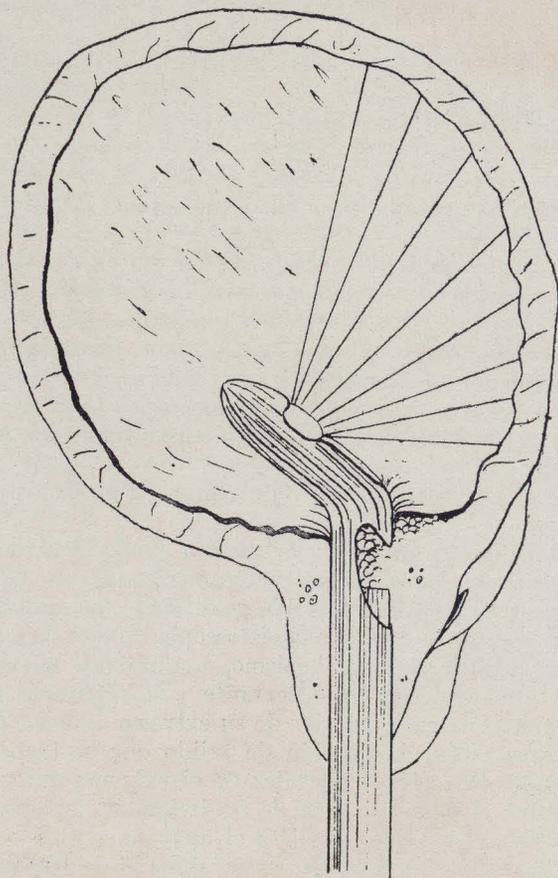
Con la electrocoagulación de la superficie cruenta, que sigue a la Sección, se evita el principal inconveniente de la operación, la hemorragia y las reacciones

(1) Extracto de la comunicación presentada a la Academia Médico Quirúrgica de Madrid.

(2) De la Sección de Urología de la Mayo Clinic Rochester Minnesota. EE. UU.

pielonefríticas que se observan con la sección y electrocoagulación simultánea del aparato de CAULK. De 82 casos operados por BUMPUS en la Clínica Mayo con el instrumento de CAULK, 37 presentaron reacciones febriles de tres a seis días de duración, mientras que sólo 16 casos, de 86 operados con el sacabocados de BRAASCH, tuvieron un curso post-operatorio semejante.

Como anestesia puede emplearse la general o la raquídea, según las preferencias del operador. La anestesia local, se empleará en los casos en que la cantidad de tejido a extirpar sea pequeña.



Corte sagital de la vejiga. El aparato haciendo presa en el tejido hipertrófico y el tubo cortante interior, empezando la sección del mismo

No es preciso el empleo de la sonda permanente después de la intervención. Los enfermos abandonan, en general, el lecho a los dos o cuatro días de operados.

Los casos que más favorablemente se influyen por la operación del "punch" son los de individuos relativamente jóvenes (de 20 a 50 años) con manifestaciones de prostatismo (disuria, cistitis y retención de orina en cantidad variable) aun cuando el tacto rectal no revele ninguna alteración patológica de la próstata y en quienes la cistoscopia directa descubre la existencia de una *esclerosis hipertrófica* del labio posterior del cuello vesical ("median bar" de los norteamericanos) o pequeños adenomas del mismo. Esta clase de enfermos es la que los autores franceses conocen con el nombre de "prostáticos sin próstata".

Como tratamiento paliativo, para restaurar la micción, la operación del "punch" puede ser empleada en la sífilis cerebro-espinal, tuberculosis vesical y carcinoma vesical.

Queremos hacer notar la necesidad de hacer un diagnóstico preciso con el fin de determinar correctamente las indicaciones de esta operación, por lo cual hemos de insistir en la conveniencia de utilizar el cistoscopio de BRAASCH, que por carecer de lentes permite una perfecta visibilidad de las lesiones.

La mayoría de los fracasos de la operación que nos ocupa, se deben a haberla practicado por error diagnóstico o por desconocimiento de sus indicaciones, en enfermos en los cuales no sólo no se logra mejoría alguna, sino que, incluso, se produce una acentuación del proceso.

La operación del sacabocados no debe practicarse nunca en los casos de adenoma prostático voluminoso, así como tampoco de enfermos con prostatitis y fenómenos de cistitis y pequeña retención de orina. Es frecuente ver operar enfermos de este último tipo, debido a confundir la reacción inflamatoria del cuello (edema) que acompaña a las prostatitis, con las lesiones escleróticas del mismo.

De 168 casos operados por nosotros en colaboración con BUMPUS, en 22 observamos la hipertrofia adenomatosa de la zona cicatricial. De estos 22 casos, 14 curaron completamente, 3 mejoraron y uno fracasó, ignorándose el resultado de los otros 4. De los 168 casos, sólo 3 tuvieron que sufrir la prostatectomía. La curación completa en todas las formas se observa en el 63 %, de los casos, 25 % mejoran, y sólo en un 13 % no se obtiene mejoría alguna.

De los 186 casos operados por BUMPUS, con el aparato de CAULK, 2 fallecieron de absceso periprostático y 1 sufrió la perforación de la vejiga, debido a la falta de visión de control.

De los 168 enfermos operados por BUMPUS y nosotros, 8 presentaron una intensa hemorragia después de la electrocoagulación, que resolvió en 4 electrocoagulando de nuevo, en 1 por transfusión sanguínea y en 3 mediante cistostomía hipogástrica con evacuación de coágulos.

1.^a Esta operación es de elección en los casos de esclerosis hipertrófica del cuello vesical y pequeños adenomas del mismo, así como en los llamados prostáticos jóvenes.

2.^a La cauterización total de la sección (CAULK) debe ser sustituida por la electrocoagulación.

3.^a Debe ser empleada la operación del sacabocados siempre que por la pequeñez de las lesiones o por el mal estado del enfermo esté contraindicada la talla hipogástrica.

OBSERVACIONES

1.^a Del servicio del doctor COVISA en el Hospital General. Enfermo de 57 años, con fenómenos de obstrucción urinaria, retención vesical de 700 c. c. debidos a un lóbulo medio bien limitado. Urea en sangre

0,92. Orina muy purulenta. A continuación de la operación, mediante la cual se extirpó el lóbulo medio, el enfermo recobra su micción normal y el residuo desaparece. Cuatro meses después el médico de cabecera comprueba el estado del enfermo que no presenta retención vesical alguna, ni otros trastornos urinarios.

2.^a Enfermo de 36 años, blenorragico antiguo, muy tratado mediante dilataciones uretrales y masajes de uretra. Presenta una esclerosis del cuello vesical y un residuo de 60 c. c. Se le practica el "punch" extirpando el cuello esclerosado, abandona la cama a las 48 horas y visto por nosotros dos meses más tarde, el enfermo afirma que orina con una facilidad que nunca había tenido, y se encuentra perfectamente, sin residuo vesical. 5 meses después, completa normalidad.

3.^a Enfermo de 20 años. Operado de talla vesical por cálculo a los 12 años de edad. Actualmente cistitis intensa con reflujo vésico ureteral derecho, todo ello consecutivo a una esclerosis del cuello de la vejiga, causa o efecto del cálculo vesical que le fué extraído.

El enfermo abandona la cama a los cuatro días después de una moderada reacción pielonefrítica, debida a su reflujo V. U. derecho, completamente bien.

Las noticias que recibimos 6 meses después es que se encuentra perfectamente, habiendo desaparecido las molestias que había padecido toda su vida, lo que hace que el propio enfermo comente el resultado con frases sumamente halagadoras.

4.^a Enfermo de 39 años, sin antecedentes blenorragicos, con fenómenos muy marcados de obstrucción prostática, pero con próstata negativa por recto e intravesicalmente. Mediante cistoscopia directa, presenta un adenomita de las glándulas de Homer que son las responsables de los fenómenos disúricos y el residuo vesical de 300 c. c. que el enfermo presenta.

Visto dos meses después, todos estos fenómenos han desaparecido conservando, únicamente, un residuo de 10 c. c. sólo explicable por la enorme esclerosis del cuello y uretra posterior, debida, a nuestro juicio, a la

enorme cantidad de tratamientos previamente sufridos por el enfermo. El residuo vesical desaparece a los 4 meses, que le volvemos a examinar.

5.^a Enfermo de 53 años, operado de carcinoma vesical mediante electrocoagulación. Por estar implantado cerca del cuello nos vemos imposibilitados de evitar que parte de éste sufra los efectos de la electrocoagulación. La herida de cistostomía cicatriza por primera intención, pero persiste una fístula por la que sale orina proyectada por contracciones vesicales, debidas a fenómenos de estimulación compensadora. El enfermo presenta una retención vesical completa debida a la esclerosis del cuello vesical.

Practicado el "punch", la fístula se cierra, el enfermo recobra la micción y vuelto a ver seis meses después por nosotros, la vejiga no presenta reproducción de la neoplasia, no hay retención ni residuo de orina y ésta no contiene pus.

6.^a Enfermo de 52 años, con marcados fenómenos de obstrucción prostática y un residuo vesical de 50 c. c. debidos a esclerosis limitada al labio posterior del cuello vesical.

Abandona el hospital a las 48 horas de practicado el "punch" habiendo desaparecido los fenómenos obstructivos y el residuo vesical. Las noticias que tenemos después de un mes son francamente halagadoras.

Examinado de nuevo a los dos meses, presenta una micción normal sin retención vesical alguna, ni esfuerzos para orinar, etc.

7.^a Enfermo de 42 años, sin antecedentes blenorragicos. Retención completa, teniendo que ser sondado 3 veces al día. Próstata negativa por exámenes rectal y cistoscópico. Examen de sistema nervioso negativo. Radiografía aparato génito-urinario negativo. No hay espina lígida oculta.

Retención completa y piuria marcada, debidas a una esclerosis de todo el cuello vesical. Operación. A las seis horas el enfermo empieza a orinar espontáneamente en cuanto siente los deseos.