

CATEDRA UNIVERSITARIA DE UROLOGIA, FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

Profesor: Dr. A. DE LA PEÑA.

Algunas impresiones de mi estancia durante un año en una clínica americana

Doctor RICARDO LOPEZ PARDO

Ayudante de clases prácticas.

GRACIAS al incondicional apoyo de mi maestro, profesor ALFONSO DE LA PEÑA, conseguí una beca de la Lovelace Foundation para trabajar por un año en la Lovelace Clinic y Bataam Memorial Methodist Hospital, de Albuquerque, Nuevo Méjico (Estados Unidos).

Una bolsa de viaje, concedida con generosidad por la Fundación Del Amo, hizo posible mi arribada al punto de destino.

Permanecí en la clínica desde diciembre de 1955 hasta diciembre de 1956. Mi asignación fué al Departamento de Urología, bajo la dirección del urólogo de la clínica doctor L. E. PLANK.

La Lovelace Foundation es un producto típico del capitalismo americano en una de sus mejores facetas. Figura como director el doctor W. RANDOLPH LOVE-LACE II.

La Fundación está dedicada a la investigación y la enseñanza. La clínica, a la labor asistencial. Imbri-cándose una en otra muy íntimamente.

La clínica en sí está preparada para realizar una Medicina de equipo. Los 44 doctores que en ella tra-bajan colaboran muy estrechamente.

El Bataam Memorial Methodist Hospital es un hospital muy moderno y bien dotado, en el que generalmente son internados los enfermos vistos en la Lovelace Clinic que necesitan ser tratados en régimen hospitalario. No existe, sin embargo, una relación absoluta, pues los médicos de la clínica pueden tener, y de hecho tienen, pacientes en otros hospitales de Albuquerque, y, a su vez, otros médicos de la capital tienen acceso al Bataam Memorial Methodist Hos-pital.

El material endoscópico y de radiología urinaria no constituyó para mí ninguna sorpresa, por ser en todo similar al que se utiliza en el Servicio de Urología de la Facultad de Medicina madrileña. Únicamente tendré que destacar una mesa urológica con motor eléctrico y control de movimientos por pedales que permite cualquier posición al solo contacto del pie sobre los mismos. Esta mesa posee un aparato de rayos X incorporado a su estructura.

En relación con los métodos de *cirugía prostática*, hemos anotado que: el doctor PLANK utiliza la resección transuretral en todos los enfermos en que la próstata no pasa el grado II (clasificación de BAR-

NES), y, en general cuando él calcula que puede dar por terminada la intervención en sesenta a setenta y cinco minutos. Dado que el doctor PLANK es muy hábil, le he visto reseccionar próstatas de más de 100 gramos en este tiempo. Pero es lo excepcional, pues no suele seleccionar para la R. T. próstatas de este tamaño. En conjunto un 60 por 100, aproximadamente de los casos de prostatismo son intervenidos por vía transuretral. Cuando el adenoma es grande, utiliza la cirugía «abierta». En enfermos delgados y en buenas condiciones, la técnica elegida es la retropúbica, practicada a la manera clásica de MILLIN. En enfermos muy gruesos prefiere la perineal. En casos de pacientes de edad avanzada con mal estado general o cuando por otra condición patológica se necesita abrir la vejiga, la técnica empleada es la suprapúbica clásica con grueso tubo de Freyer y taponamiento con gasa. El taponamiento lo suele retirar (bajo anestesia intravenosa) a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas, y el tubo, diez o doce horas después. El término medio de estos postoperatorios suele estar alrededor de los quince días.

En contadas excepciones de prostatectomías con poca hemorragia se limita a colocar una sonda balón y cerrar la vejiga.

El piensa que aunque las estadísticas dan a la resección transuretral como la técnica operatoria de mortalidad más baja, el sistema de selección de enfermos puede enmascarar el verdadero valor de estos resultados. Si se dejan para el Freyer los casos de enfermos tarados, de mucha edad y con prostatismos avanzados; y, sin embargo, se escogen para la R. T. muchos casos de prostatismo incipiente en hombres en la edad media de la vida, la estadística estará falseada en su raíz.

El problema de las hemorragias después de la R. T. es resuelto por el doctor PLANK de una manera gradual. Primeramente pone un especial cuidado en la hemostasia por coagulación de los puntos san-grantes. Pero es un hecho que en enfermos a los que se retira de la mesa con orinas apenas teñidas (a pesar de comprobar la tensión arterial o de ele-varla); cierto tiempo después empiezan a sangrar profusamente.

Si a pesar de todas las precauciones se presenta esta complicación, toma las siguientes medidas:

1.ª Coloca una sonda balón de Foley de tamaño en relación con la cantidad de próstata reseca, y lo mantiene a tensión. 2.ª Lleva el enfermo nuevamente al quirófano, evacua los coágulos e intenta coagular los puntos sangrantes. 3.ª Hace una cistostomía y taponada con gasa la celda prostática. Este último recurso sólo lo he visto utilizar en dos ocasiones. El doctor PLANK tiene la opinión de que es preferible una herida de cistostomía y un postoperatorio algo más largo a que se pueda perder un enfermo.

No utiliza en la R. T. ningún líquido isotónico, sino agua estéril, aunque últimamente pensaba en la conveniencia de tener preparado un irrigador con una solución de glicina para el caso de que se abriera algún seno venoso y hubiese la posibilidad de una entrada rápida de agua en el torrente circulatorio.

La terapéutica en la tuberculosis génito-urinaria.—Es prácticamente de tipo médico exclusivamente, usando la estreptomina, el PAS y la hidracida al mismo tiempo y por largos períodos, nunca menos de un año, y, generalmente, más. En la actualidad, la tuberculosis urinaria es un hallazgo poco frecuente en América.

Una prueba de la importancia que tiene el diagnóstico anatomopatológico para la Medicina americana lo tenemos en la actitud terapéutica ante las epididimitis de origen tuberculoso. Todas las epididimitis de esta clase, subagudas y crónicas, son candidatas a una epididimectomía. No sólo como tratamiento de la afección local, sino para confirmar el diagnóstico con la seguridad que da el examen anatomopatológico del espécimen quirúrgico. Esto permite hacer con conocimiento de causa, un tratamiento médico prolongado de la enfermedad tuberculosa, que se presupone extendida a la próstata y vesículas seminales, por lo menos.

Durante mi estancia en la Lovelace Clinic no tuve ocasión de ver más que un caso de tumor testicular. Ciertamente interesante, pues se trataba de una metástasis en el testículo derecho de un neuroblastoma. El teste era la única localización, y no existían síntomas de recidiva tumoral en el sitio originario de la lesión.

El porcentaje de presentación de tumores de testículo me pareció bajo. Desde luego, inferior al de la clínica urológica de nuestra Facultad de Medicina. Quizá pueda influir en ello el especial interés prestado por el profesor A. DE LA PEÑA a este tipo de patología.

En las *nefrectomías por neoplasias* prefiere la vía toraco-abdominal, ligando primeramente el pedículo sin manosear la tumoración. En todo tipo de operaciones sobre el riñón utiliza un separador automático del tipo del Finochietto, pero con valvas algo más largas. Con este separador y la incisión toraco-abdominal, el campo es muy amplio, y se pueden hacer todas las manipulaciones con la máxima delicadeza. Esta incisión tiene dos defectos principales: prolonga la intervención por la serie de suturas a realizar (peritoneo, pleura, diafragma y pared toraco-abdominal), y se necesita dejar un tubo de drenaje en la cavidad pleural. Creo, sin embargo, que sus ventajas superan con mucho a sus defectos.

Los problemas planteados por la *litiasis urinaria* son resueltos con arreglo al siguiente criterio: En los cálculos vesicales, litotricia endoscópica. En los cálculos ureterales bajos se procura primeramente su extracción por medio de maniobras endoscópicas, recurriendo a la vía «abierta» sólo en última instancia, pues el doctor PLANK tiene la experiencia de que es muy fácil la formación de estrecheces en esta singular zona del uréter. Los cálculos ureterales al-

tos y los pélvicos son tratados por piel o ureterolitotomía. Es manifiestamente intervencionista cuando los cálculos son obstructivos y extremadamente conservador cuando persiste el libre flujo de la orina.

En cuanto al problema general de las litiasis, es interesante anotar la gran atención prestada a las paratiroides como posible origen de la recidiva calcúlosa. Una cifra de calcio de más de 10 miligramos es sospechosa de hiperparatiroidismo. Mucho más si coincide con una calcúlosis múltiple o recidivante. La exploración quirúrgica de las paratiroides se reserva para casos en que existe esta coincidencia. La presencia de las alteraciones óseas propias del hiperparatiroidismo hacen el diagnóstico obvio (de aquí el interés de practicar las radiografías de los huesos en casos de litiasis múltiples y recidivantes). Existe la opinión de que la calcúlosis es un síntoma de hiperparatiroidismo más temprano que las lesiones óseas y más característico.

Las operaciones plásticas sobre la pelvis renal y el uréter las resuelve el doctor PLANK con dos métodos principalmente: la operación de Culp para las obstrucciones de la unión uréteropélvica y la uretrectomía intubada de tipo Davis para estrecheces más bajas. En ambas existen tres cosas en común: tendencia conservadora del órgano al máximo, la prolongada duración del tiempo de intubación y la existencia de la nefrostomía. El doctor PLANK mantiene la nefrostomía y la intubación durante seis semanas. Los materiales empleados son el polietileno y la goma indistintamente. No existe una gran diferencia en los resultados entre uno y otro material. Las consecuencias desde el punto de vista de la recuperación funcional del riñón son excelentes, y aun desde el punto de vista de aproximación a un dibujo pielográfico normal.

En los reflujo urétero-vesicales, por insuficiencia del meato ureteral, practica la operación de Hutch, reforzando el trayecto intramural del uréter. No he visto demasiados éxitos en este de todas maneras difícil problema.

Las neoplasias vesicales son tratadas por resección transuretral lo más profunda posible. La resección incluye una capa de la muscular y bordea constantemente la perforación. Se utiliza una presión del agua muy baja para evitar las consecuencias de esto. En la R. T. se apartan los trozos resecaos en dos grupos, los superficiales y los profundos.

Si el tumor es muy maligno, y para esto la guía es la diferenciación celular y el grado de penetración, se aplica a la teleterapia por el cobalto radiactivo.

La cistectomía total es practicada en muy contadas ocasiones. Hacen primero una palpación profunda de los ganglios pélvicos bajo anestesia, y solamente la no apreciación de extensión ganglionar unida a una gran malignidad y radiorresistencia, llevan hacia la cistectomía total. Es el convencimiento del problema que suponen las derivaciones urinarias lo que inspira una terapéutica más bien conservadora.

Sin embargo, en las neoplasias prostáticas, la postura terapéutica es muy otra. Se practica una biopsia perineal con aguja, de todos los enfermos sospechosos al tacto rectal. El enfermo en el que la biopsia sea sólo positiva en la zona nodular sospechosa, es el candidato para una prostatectomía radical. En resumen: esta técnica se practica siempre que parece evidente que el proceso no ha rebasado los límites de la glándula.

La técnica empleada es la retropúbica de MILLIN. El único detalle que se altera es el utilizar cuatro puntos cardinales para aproximar el cuello de la vejiga a la uretra, pasándolos al periné y manteniénd-

dolos allí a tensión sobre rodetes de gasa. Esto evita todo tipo de sutura directa de estas dos partes, sutura, por otro lado, siempre propensa a desgarrarse. Los resultados son buenos en lo posible. Yo no he visto ninguna incontinencia completa, aunque sí alguna parcial, que fué mejorando con medidas terapéuticas adecuadas.

Cuando se sospecha que la neoformación no está ya confinada en los límites de la glándula, la terapéutica consiste en castración y hormonoterapia.

En algún caso que no mejoró con este tipo de tratamiento se utilizó la aplicación de fosfato crómico radiactivo, inyectando el producto «a vejiga abierta». Los resultados fueron momentáneamente buenos, pero me ha faltado tiempo para conocer la evolución a más largo plazo.

El tratamiento por el cobalto de los tumores vesicales es un arma más contra el cáncer vesical, en la línea de la radioterapia profunda, mejorando algunos de los inconvenientes de esta última.

En las correcciones de hipospadias utiliza la técnica de DAVIS BROWNE, y las edades seleccionadas para la práctica de la supresión del pene combo y para la uretrotomía final son las mismas que las recomendadas por la mayoría de los urólogos americanos.

De los medios de exploración, únicamente destacaremos un lujo radiográfico extraordinario. Muchas y generalmente muy buenas placas. Se utilizan más que en España las técnicas especiales de radiografía, como son la aortografía y el neumorriñón. Para la primera se usa generalmente la vía translumbar. Aunque en determinadas ocasiones sea esta técnica sustituida por la cateterización arterial. En el neumorriñón se prefiere la vía parasacra. La técnica en estos casos es la descubierta por nuestro compatriota el doctor RUIZ RIVAS. Estos métodos radiográficos no son aplicados nunca como parte de la normal rutina exploratoria, sino exclusivamente en los casos donde sus indicaciones pueden resolver un diagnóstico que no pudo ser aclarado por los métodos de exploración radiológica más convencionales. En ciertas ocasiones se utilizan ambos procedimientos combinados, consiguiendo así un mayor relieve para el aortograma. A continuación del aortograma se suelen hacer también urografías endovenosas, aprovechando que el contraste está ya en el torrente circulatorio.

Durante el tiempo de mi estancia en la Clínica Lovelace estas técnicas no dieron lugar a ningún accidente grave. Con el neumograma, los enfermos aquejan con gran frecuencia sensaciones de ahogo y de sofocación. En un par de casos apareció un enfisema de mediastino con sensaciones de crepitación a la palpación en ambas fosas supraclaviculares y en el cuello. Estos accidentes evolucionaron bien y desaparecieron con bastante rapidez. El aortograma no produjo ningún incidente. Sin embargo, en varios enfermos operados con intervalo de pocas horas o un día después, pude observar que siempre existe una extravasación sanguínea producida por la puntura de la aorta, que va desde una pequeñísima efusión hemorrágica a un bastante respetable hematoma situado a lo largo de la columna vertebral y hasta iniciándose dentro de la celda renal. Sin embargo, los enfermos no aquejaron molestias de ningún género.

Añadamos que la colaboración del urólogo como técnico en aortogramas era de cuando en cuando solicitada por otros cirujanos a fin de poner de relieve lesiones en la aorta (aneurismas). La presencia del urólogo era también frecuentemente solicitada para que realizase cateterismos ureterales antes de operaciones ginecológicas o exéresis pélvianas importantes.

El balance de los líquidos y los electrolitos es en América preocupación muy fundamental, no sólo en los pre y postoperatorios, sino también en las enfermedades no quirúrgicas del aparato urinario. El trabajo en equipo, la existencia de un laboratorio que funciona a cualquier hora si es preciso, y donde el espectrómetro de llama es una pieza esencial, permiten éxitos indudables en este terreno. A las anteriores condiciones hay que añadir la necesidad de la colaboración de un internista interesado en estas cuestiones y capaz de hacer e interpretar electrocardiogramas. En la Lovelace Clinic cuando existía un problema de este tipo, se hacían determinaciones de los principales electrolitos cada doce o veinticuatro horas, y asimismo se repetían con gran frecuencia los electrocardiogramas.

Aun careciendo de riñón artificial, si se conoce el problema y se dispone de las condiciones más arriba expresadas, se pueden lograr resultados bastante gratos. El uso de este aparato se hará necesario sólo en un limitado número de casos. Para su correcta utilización es necesario disponer de un equipo de técnicos muy capaz y siempre dispuesto a actuar.

Con respecto a la *organización hospitalaria*, destacaremos: el concepto de la asepsia llevado hasta la exageración, la organización burocrática casi perfecta, que libera al médico de la mayor parte de los odiados «papeleos», ocupando así el mínimo de su tiempo.

El cuarto de recuperación («recovery room») merecería un capítulo aparte. Su utilidad es indiscutible, pues pone a los enfermos en las primeras horas de su postoperatorio bajo el cuidado directo de enfermeras especializadas. El hecho de no tener que atender más que a un limitado número de pacientes y poseer mayores facilidades de instrumental, hace la labor de la enfermera más eficaz, y, por tanto, mejor el control de estos momentos más peligrosos del postoperatorio. Además, el hecho de estar el cuarto de recuperación en la zona de los quirófanos, hace que siempre estén disponibles cirujanos y anestesiistas, y, por tanto, el tratamiento en una emergencia es fulminante. Creemos, pues, que es una excelente idea.

La biblioteca de la clínica está bastante bien dotada, y, sobre todo, constituye un instrumento útil de trabajo proporcionando al investigador y al clínico un apoyo que privadamente le sería imposible de adquirir y de sostener.

Desde el punto de vista de las relaciones médico-enfermo, es de destacar la existencia de una mayor sinceridad al comunicar los diagnósticos a los pacientes por graves que éstos sean, y aun el de discutir con ellos el pronóstico con notable franqueza. El paciente americano acepta normalmente con bastante buen espíritu las malas nuevas, y coopera sinceramente en su tratamiento.

Creemos que la diferencia consiste en una mayor cultura médica del americano medio y en un gran respeto y confianza por «su» médico, el que él ha escogido con absoluta libertad y a propia iniciativa.

No he visto por ninguna parte en América esa famosa despersonalización del paciente. Al menos no en mayor proporción que en todos los hospitales del mundo.

En la clínica se sigue auscultando, percutiendo, palpando y haciendo detalladas historias clínicas. Todo ello con arreglo a los cánones del arte de curar. Los isótopos radiactivos y el lujo radiográfico no están reñidos con una buena exploración clínica.

Termino como empecé, dando las gracias a la Lovelace Foundation y, en general, a todos los que hicieron posible este viaje.