

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXIV

JULIO - SEPTIEMBRE 1955

Números 7-9

TRABAJO ORIGINAL

LA ADENOMECTOMIA PROSTATICA ISQUIORECTAL YUXTAESFINTERIANA

Por el Prof. Dr. EDUARDO GARCIA ORTEGA

de Guayaquil, Ecuador

Señor Presidente, distinguidos profesores y colegas:

Acostumbrado a pensar en la medicina argentina, con un criterio de admiración y simpatía por su enorme valor científico, no puedo menos que sentirme honrado en grado sumo porque se me ha ofrecido la palabra ante esta muy docta Sociedad, que para el efecto ha invitado a sus miembros a reunión informal o extrarreglamentaria.

Voy a referirme a la Prostatectomía Isquiorrectal Yuxtaesfinteriana, exponiendo sus antecedentes, los puntos básicos de su ejecución técnica, un somero estudio comparativo con las otras técnicas de prostatectomía y los resultados con ella obtenidos, apoyándose en los datos estadísticos sobre 77 casos presentados en septiembre próximo pasado, al XIX Congreso Anual de las Secciones Canadiense y Norteamericana del International College of Surgeons reunido en Chicago.

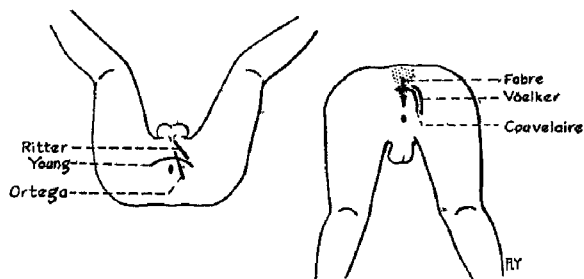
ANTECEDENTES

Recordemos, ante todo, que Dittel de Alemania, en 1890 propuso una técnica llamada "Prostatectomía Lateral" por medio de la cual a través de la fosa isquiorrectal del lado derecho y descubriendo previamente la cara posterior de la próstata hizo resecciones cuneiformes de los tejidos periuretrales prostáticos correspondientes a los lóbulos laterales, algo así como dijéramos, una fórmula inversa a la moderna resección endoscópica de la próstata; en otros términos: resección centrífuga en la endoscópica actual, resección centrípeta en

* Versión de la conferencia dictada el 21 de diciembre de 1954 en la Sociedad Argentina de Urología.

la "Prostatectomía Lateral". Posteriormente en 1911 J. y P. de Fiolle, propusieron una técnica similar a través de la fosa Isquiorrectal izquierda, con el paciente en decúbito lateral, previa desarticulación del coxis, se abordaba la cara posterior de la próstata para ejecutar la prostatectomía. En el mismo año Vöelker, a quien propiamente se debe una mayor difusión de esta vía de abordaje estableció los lineamientos generales de la técnica isquiorrectal, para lo cual con el paciente en decúbito ventral se hacía una perineotomía lateral derecha, que empezando en la línea sacro coxígea, se dirigía hacia adelante hasta las vecindades del margen posterior del ano —incisión curvilínea de concavidad hacia la línea media— luego, arriba a la fosa isquiorrectal despegamiento de la fascia de Dennonvilliers y ejecución final de la prostatectomía. En el año 1950, el Prof. O. Favre, con Lhez y Caissel, publicaron en Journées Médicales de Toulouse, un artículo descriptivo de una nueva técnica, que denominaron "La Prostatectomía por Vía Sacra", cuya ejecución tenía los puntos siguientes: incisión en la línea media que empezando en la articulación sacro-coxígea termina a nivel de la margen posterior del ano y a través de esta incisión se hace una resección previa del sacro-coxis a la altura del cuarto agujero sacro para penetrar luego en la fosa isquiorrectal derecha, reclinar el recto hacia la izquierda y previo despegamiento de la Fascia de Denonvilliers abordar el adenoma por la cara posterior de la próstata. El Prof. Couvelaire con Bouffard, de París, publicaron en el Journal d'Urologie, vol. 57/1951, un artículo sobre la "Adenomectomía Prostática por Vía Coxi-perineal derecha" con una estadística de doce casos. Esta técnica, es muy parecida a la presentada por Fiolle en 1911, diferenciándose en la posición del enfermo, que para la técnica de Couvelaire, es con el paciente en decúbito ventral, mientras que para la de Fiolle, es con el paciente en decúbito lateral usando Couvelaire, la fosa isquiorrectal derecha y Fiolle, la fosa isquiorrectal izquierda. En New York el Profesor Sidney Ritter, presentó a la reunión de la American Medical Association efectuada en New York en 1952, un trabajo sobre "Prostatectomía Infrapúbica" que viene a ser modificación de una antigua técnica alemana, que abordaba la próstata a través del perineo anterior. El profesor Ritter, con su técnica llamada infrapúbica, inicia la intervención con incisión, que partiendo del borde inferior del pubis, sigue a lo largo de la rama isquiopubiana izquierda hasta llegar a la altura del isquion. Incinde en profundidad el celular subcutáneo hasta llegar al periostio de la rama isquiopubina, el cual es incindido y separado de la rama isquiopubiana, para penetrar a la fosa isquiorrectal soslayando, por decirlo así, el ligamento triangular el cual es reclinado hacia la línea media para permitir el ingreso a la fosa isquiorrectal y luego a través de ésta, se llega a la próstata, se separa hacia afuera el borde interno del elevador del ano y se aborda la adenomectomía prostática por incisión previa de la cápsula prostática. (Fig. 1). Nosotros después de haber leído el interesante libro del profesor Gil Vernet, sobre carcinoma de la próstata en el cual se describe la técnica radical Isquiorrectal Yuxtaesfinteriana, para el tratamiento del Cáncer prostático, pensamos en idéntica vía de abordaje, para ser usada, con las modificaciones correspondientes, para la ejecución de la Adenomectomía. Y es así cómo usando en nuestros primeros casos la perineotomía izquierda de Vernet, que no es otra cosa que una incisión paralela a la línea media en el lado izquierdo del perineo, incisión que comienza por delante a dos centímetros del margen anterior del ano y termina por detrás a dos centímetros de su margen

posteriormente haciendo una perineotomía. que empieza en la línea media a dos centímetros por delante del margen anterior del ano, termina por detrás



FABRE (1950) Sacral approach.- VÖELKER (1911) Ischiorectal
 COUVELAIRE (1951) Right coxi-perineal approach
 YOUNG (1905) Conservative Perineal Prostatectomy
 RITTER (1952) Infrepubic
 ORTEGA (1952) JUXTA-SPHINCTERIC ISCHIORECTAL

Figura 1

a dos centímetros del margen posterior siguiendo un trayecto de delante atrás y de dentro afuera. Como vemos, pues, esta puerta de entrada de la interven-

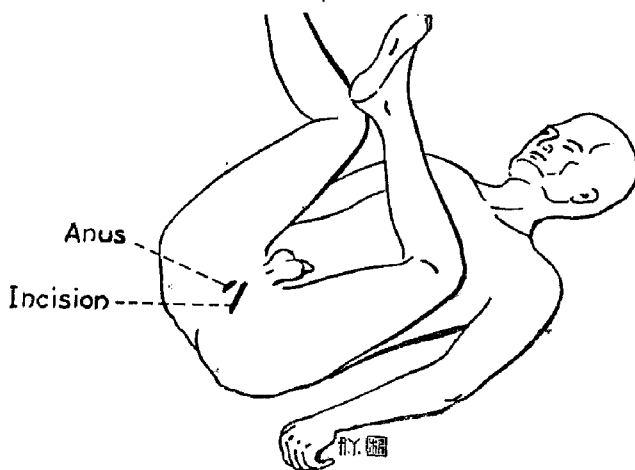


Figura 2

ción difiere relativamente poco de la incisión usada por el Prof. Vernet. Es esta la razón por la cual hemos preferido para evitar abundancia o redundancia de nombres darle el mismo calificativo de "Isquiorectal Yuxtaesfinteriana",

a esta técnica de adenomectomía. Los principales puntos de la técnica propuesta son los siguientes:

1. — Anestesia: pentothal, caudal o loco-regional.
2. — Posición del enfermo: posición de Young. (Fig. 2).
3. — Introducción del tractor prostático de Lowsley, per urethram e incisión cutánea (de Vernet, modificada) anteroposterior (con aproximación de su extremo anterior hacia el rafe perineal) de 6 centímetros de largo, empezando a dos centímetros por delante de la margen anterior del ano, hasta dos centímetros por detrás de su margen posterior (incisión lateral izquierda).
4. — Profundización: con el bisturí, se profundiza en el celular subcutáneo y luego por disección obtusa (el índice izquierdo y el mango del bisturí)

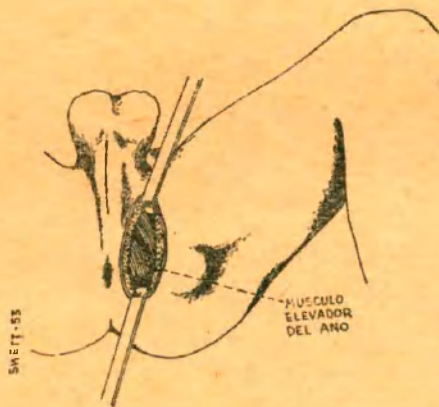


Figura 3. — Por disección obtusa a través de la fosa isquiorrectal se ha llegado al relieve de la próstata cubierta por el elevador del ano.

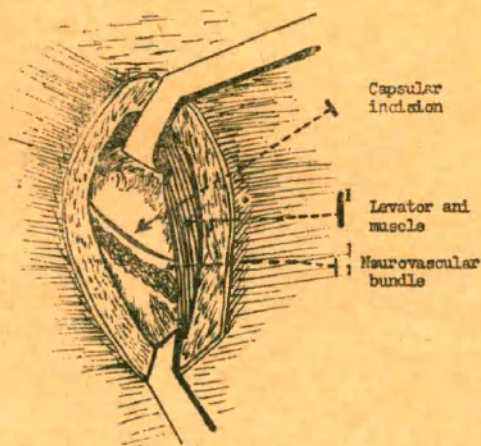


Figura 4. — Separado el borde interno del elevador hacia afuera se descubre la cara lateral de la cápsula prostática cruzada oblicuamente por el paquete neurovascular descrito.

se penetra en la fosa isquiorrectal (sin desviarse hacia afuera para evitar lesionar los elementos pudendos y no muy hacia adentro para evitar lesionar el recto). Esta disección, en el sentido anterior no debe sobrepasar el borde posterior del triángulo perineal anterior (músculos transversos superficiales). En profundidad, debe avanzar hasta que el índice toque el relieve de la cara lateral de la próstata, cubierta por el elevador del ano. El relieve prostático, presenta un eje oblicuo desde el retropubis al promontorio, como puntos finales de la línea axial prostática. (Fig. 3).

5. — Colocación de una valva en el ángulo posterior de la herida y dos separadores laterales de Young.

6. — Separación hacia afuera del músculo elevador, que recubre la cara lateral de la próstata (a veces es necesario hacerle una incisión con la tijera al borde interno) con lo cual, entramos al espacio pelvirrectal superior y descubrimos la cara lateral de la cápsula periprostática cruzada por un paquete

vásculo-nervioso constituido por los elementos plexiformes y valvulados de una de las ramas de trifurcación, de la vena dorsal profunda del pene, peque-

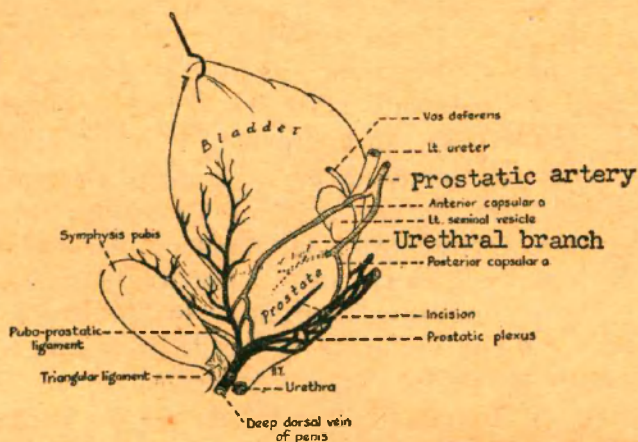


Figura 5. — En este esquema, tomado de Beneventi & Noback, Journal of Urology, Vol. 62, 1949, se esquematiza el sitio de la incisión en la cápsula prostática de la técnica Isquio Rectal Yuxtaesfinteriana.

queños ramos arteriales, de la rama capsular posterior de la arteria prostática, y finas ramificaciones nerviosas que hay que salvar. (Fig. 4 y 5).

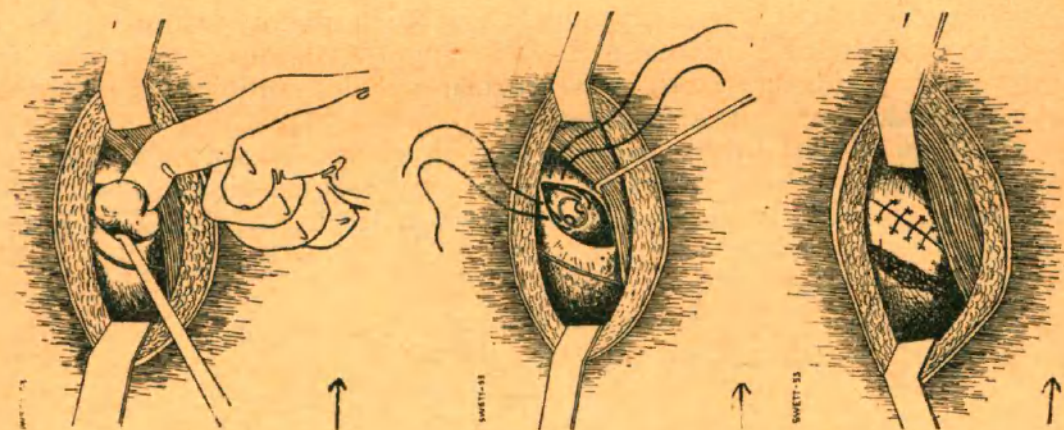


Figura 6. — Enucleación digital del adenoma.

Figura 7. — Puntos de sutura del cuello vesical al vértice de la cápsula, para afrontar la uretra membranosa y el cuello de la vejiga.

Figura 8. — Sutura de la cápsula.

7. — Apertura de la cápsula prostática: a medio centímetro, por encima y casi paralelamente a dicho paquete vásculo-nervioso, incindimos la cara la-

teral de la cápsula prostática. Cuando el adenoma es muy grande, se puede reemplazar en este momento el tracto de Lowsley por el de Young, a través de la incisión capsular, profundizada hasta la luz uretral.

8. — Se inicia la decorticación del adenoma, con un enucleador de Young y luego en forma digital: primero las caras, luego el vértice. sección del adenoma en su unión con la uretra membranosa y disección final de la unión próstatovesical. En este momento suele ser necesario sacar el tractor prostático y hacer presa del adenoma con una pinza de Oviatt (Fig. 6).

9. — Hemostasis, introducción de separadores dentro de la cápsula, revisión de su cavidad, resección de colgajos de tejidos intracapsulares, si los hubiere, regularización de los bordes de la mucosa del cuello vesical, búsqueda y extirpación de lóbulos subcervicales, extracción de coágulos o cálculos si los hubiere, hemostasis por sutura ligadura de los pedículos vasculares, que estuvieren sangrando. En este momento, se puede hacer una resección cuneiforme del cuello, si concomitantemente existiera enfermedad esclerosa.

10. — Suturas: se toman dos puntos de catgut 00 en el cuello vesical, a las 4 y a las 8, que se los transfiere al vértice de la cápsula en el que son fijados, luego de pasar, per urethram, la sonda de Foley. Con esta maniobra se realiza un verdadero bloqueo de la cavidad de la cápsula prostática, borrando o atenuando la magnitud de esta verdadera neovejiga, cumpliendo propósitos hemostáticos, además. Sutura de la herida operatoria de la cápsula prostática (*) (Fig. 7 y 8).

Reposición del elevador a su sitio (no es necesario hacerle puntos de fijación) Dren de Penrose a la fosa isquiorrectal y sutura cutánea.

La sonda a permanencia debe quedar por un período no menor de 8 días, algo más en enfermos en estados carenciales, operados con deficit renal o marcadamente infectados, por obvias razones (retardos de cicatrización, reabsorción precoz del catgut, etc.), ya que la extracción precoz del catéter, lleva aparejada la infiltración urinosa de la fosa isquiorrectal, que aunque fácil de drenar por la herida operatoria y de yugular por los antibióticos, significa prolongación del tiempo de hospitalización.

Clasificando las diversas técnicas de operaciones, preconizadas para el tratamiento del adenoma prostático, hemos elaborado el siguiente esquema, tomando en cuenta la zona prostática a través de la cual se aborda la adeno-mectomía.

Pared posterior: { Subpubiana (Laugencuch-Uteau).
Retropubiana (Millin).
Transvésico-Prostática.

Pared anterior: { Young. Goodfellow. Proust.
Wildbolz, Voelker. Vernet.
Saposchkof. Clark. Belt.
Heimbelt. Puigvert. Fabre.
Couvellaire y Bouffard..

(*) Modificación actual: Al hacer la sutura capsular el punto vecino al vértice de la cápsula, toma simultáneamente el cuello vesical y 1 ó 2 de los puntos siguientes toman también una zona de la superficie exterior de la vejiga vecina al cuello con lo que se obtiene igual resultado plástico.

Pared lateral: Isquiorrectal Yuxtaesfinteriana (Ortega).
 Base: Fuller. Freyer. Marión. Figueroa Alcorta.
 Endouretral: Thompson. MacCarthy.

A poco que observemos el ambiente de inquietud y de interés que existe por la modificación de las técnicas de prostatectomía, tendríamos que referirnos fundamentalmente a la condición de los pacientes, que unas veces por su avanzada edad y otras por su larga historia de prostatismo con déficit renal o graves disfunciones del sistema, cuando no meiopragias viscerales múltiples, requieren de las técnicas operatorias prostáticas, requisitos de disminución de riesgos en máxima compatibilidad con la restauración funcional del sistema

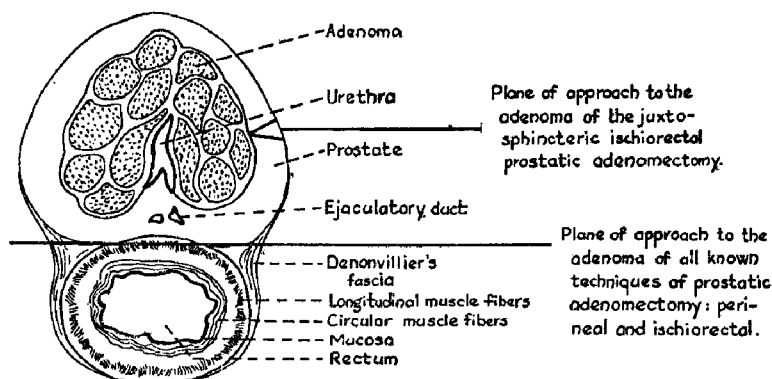


Figura 9. — Clasificación esquemática de las distintas técnicas de prostatectomía. El corte sagital impide localizar la técnica Isquiorrectal Yuxtaesfinteriana.

evacuador urinario. Estos requisitos, no siempre son cumplidos en igual proporción en las distintas técnicas, ya que la solución de uno de ellos se hace, muchas veces en perjuicio del otro. Todos los autores están de acuerdo en las grandes ventajas de la vía perineal, si no fuera por sus posibles complicaciones postoperatorias, aparte de la dificultad de su ejecución. Las ventajas de la vía perineal son las siguientes:

- 1º Vía anatómica de abordaje lógica.
- 2º Siempre igual o a poca diferencia en individuos magros o grasos.
- 3º Poco choque operatorio.
- 4º Poca repercusión sobre la función renal.
- 5º Amplio campo para control de la hemorragia operatoria.
- 6º Gran facilidad para abordar focos carcinomatosos no diagnosticados e identificarlos con el frozen section. Ya sabemos, la frecuente localización

de los lóbulos carcinomatosos incipientes en la lamella (lóbulo posterior) que es lo primero que se explora en la vía perineal.

7º Con el diagnóstico operatorio de carcinoma, magníficas condiciones para realizar una prostatectomía radical.

8º Como en ningún otro tipo de prostatectomía, se puede llegar al borramiento total de la celda prostática postoperatoria causa de infecciones residuales.

9º Mecanismo miccional óptimo por la tácita retrigonización realizada por la sutura vésico membranosa o vésico capsular.

10º Convalecencia suave, prácticamente el paciente puede iniciar su deambulacion en las primeras 25 ó 48 horas, una vez desaparecida la hemorragia.

11º Poca posibilidad de complicaciones pulmonares postoperatorias por la ninguna inmovilidad refleja de la musculatura abdominal en repercusión sobre la función respiratoria.

La Prostatectomía Isquiorrectal Yuxtaesfinteriana, que acabamos de describir, que es propiamente una modalidad de abordaje perineal a la próstata, comparte con la técnica perineal todas sus ventajas y ha sido diseñada justamente en un esfuerzo para evitar las complicaciones atribuidas a la prostatectomía perineal, que han hecho de ella un tipo de intervención no aplicable a todos los casos sino, como veremos luego, para pacientes muy ancianos o en casos de gran riesgo quirúrgico. En la prostatectomía perineal, aparte de las efracciones del recto inmediatas o tardías por defectos de la técnica, que no vale la pena citar ya que estas complicaciones se deben a poca pericia del operador y no a la técnica, otras dos complicaciones, han sido señaladas como causa de morbilidad post-operatoria de la prostatectomía perineal, son, la impotencia genital y lo incontinencia de orina.

La incontinencia, ha sido señalada por Martins Costa de Sao Paulo en un cinco por ciento de los casos de prostatectomía perineal y "no es por falta de técnica sino un fracaso descrito por todos los autores que relatan honradamente sus resultados" (Journal d'Urology, vol. 57, pág. 321, año 1951). En octubre 15 de 1922 el Prof. Young, hizo una revisión de su estadística sobre 1049 casos de prostatectomía perineal y señala que de los individuos que tenían normal su potencia viril antes de la operación, el 80 por ciento retienen su potencia normal, por consiguiente, 20 % de impotentes. De los que la tenían disminuída, menos del 50 % la retienen después de la operación, pero algunos de estos mejoran, y aquellos impotentes antes de la operación no recuperan su potencia virilis. Tanto la incontinencia como la impotencia, son complicaciones tan aflictivas, que constituyen la principal razón por la que muchos urólogos restringen el uso de la vía perineal, solamente para los pacientes cuya potencia virilis ha sido perdida con anterioridad. ¿Cuáles son las causas de estas complicaciones? 1º Lesiones operatorias de los esfínteres; 2º lesiones de importantes estructuras vasculares especialmente los ramos de la vena dorsal profunda del pene; 3º lesiones de los plexos nerviosos periprostáticos especialmente del acúmulo correspondiente a la cara posterior de la próstata; 4º lesiones del veru montanum importante zona reflexógena (Prof. Young); 5º lesiones de los pudendos en individuos con isquiones muy próximos (com-

presión por los separadores). El abordaje isquiorrectal, tal como ha sido descrito, para la vía yuxtaesfinteriana, permite marchar durante el acto operatorio lejos de la zona esfinteriana externa y la incisión capsular se la efectúa en un sitio donde existe una verdadera solución de continuidad entre las dos valvas musculares formadas por las fibras superiores del esfínter externo de la uretra. Además, el núcleo central del perineo, conservado intacto, seguramente contribuye a una mejor función post-operatoria de la musculatura perineal (especialmente el bulbo cavernoso) útil para el mecanismo de la erección. Por otra parte el paquete neurovascular que contiene la rama izquierda de la trifurcación de la vena dorsal profunda del pene no es tocado y así se respetan impor-

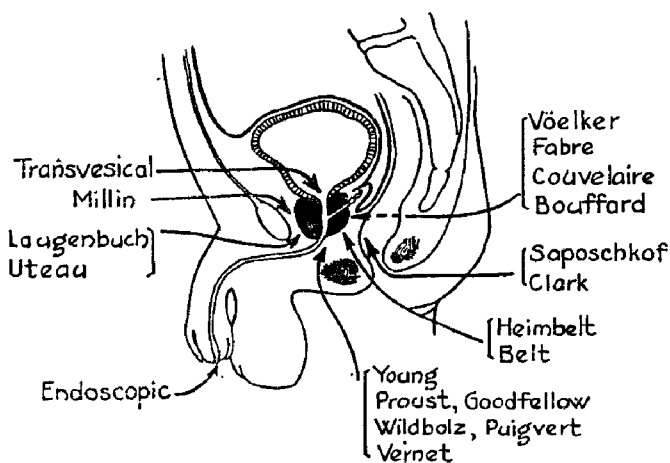


Figura 10. — En este esquema hemos marcado los sitios de abordaje al adenoma, lo que permite comprender mejor las diferencias entre la Isquiorrectal Yuxtaesfinteriana y las otras Isquiorrectales, Perineales y Retropubiana. (El esquema de base es tomado del artículo del Prof. S. Gil Vernet "La Prostatectomie Para-rectale", Journal d'Urologie T. XXXIII, Janvier 1932).

tantes funciones, una de ellas, la que corresponde al papel que dichos vasos venosos juegan en el ectasis sanguíneo de los cuerpos cavernosos del pene.

El prof. Young, había hablado con especial énfasis, de la necesidad de preservar el veru montanum, en el curso de la prostatectomía perineal, para evitar la impotencia (importante zona reflexógena) y estatuyó con tal fin la necesidad de la incisión en V invertida de la pared posterior de la cápsula prostática. (Prostatectomía perineal conservadora de Young). Es posible pensar, que mucho más importante es preservar los elementos vasculares y nerviosos que convergen al mecanismo de la erección y de las funciones esfinterianas y como dichas estructuras son más importantes en la pared posterior que en la lateral de la cápsula prostática, es preferible bajo todo punto de vista la incisión lateral. La idea del importante papel, que juegan las lesiones neurovas-

culares de la pared posterior de la cápsula prostática en la génesis de la impotencia e incontinencia post-operatoria, es confirmada, me parece, por los datos de mi modesta experiencia: mientras en la adenomectomía perineal, hemos tenido dichas complicaciones, nunca las hemos observado en casos de resección del tracto seminal por tuberculosis —técnica de Young— en la cual como sabemos, el campo operatorio, incisión, etc., son iguales, y por otra parte la operación avanza mucho más en profundidad hasta llegar a la celda de las vesículas seminales. No se incide la cápsula prostática salvo los casos de simultáneas lesiones en la próstata. Aún aceptando la posibilidad de lesiones neurovasculares en la técnica que hemos descrito tales lesiones son menos importantes que las de la pared posterior y en todo caso unilaterales. Una ventaja más debemos señalar al referirnos a la técnica Isquiorrectal: cuando se trata de realizar una prostatectomía perineal, antes de proceder a abrir la cápsula prostática, el cirujano debe averiguar si existe o no una lesión del recto o lesiones, que avoquen posteriormente al esfacelo de la pared rectal y en caso de haberlas, suspender la intervención con el propósito de evitar una futura libre comunicación entre el recto y el tracto urinario que suele ser en el post-operatorio una de las complicaciones de más difícil manejo. Con la técnica isquiorrectal arriba descrita, el problema es diferente, asimismo el recto debe ser suturado y la operación no debe ser continuada, pero queda expedito al lado derecho del paciente para proceder a igual intervención inmediatamente y así el paciente no perderá la oportunidad y las grandes ventajas de la intervención por vía baja como hemos propuesto: no hay necesidad sino de un cambio de puerta de entrada, se sutura el recto y la perineotomía izquierda inicialmente hecha, y se reinicia la intervención inmediatamente por el lado derecho con incisión y técnica exactamente iguales.

S U M A R I O

El autor describe con el nombre de adenomectomía prostática Isquio-rectal Yuxtaesfinteriana un nuevo procedimiento de más fácil ejecución que la Prostatectomía Conservadora del Prof. Young y menos expuesto a lesionar el recto y el esfínter externo de la uretra. Pertenecen al mismo grupo de la retropubiana, la perineal y las isquiorrectales conocidas antes de ahora, ya que todas ellas realizan a través de la cápsula la llamada Prostatectomía intracapsular, pero mientras la primera a su paso por la pared capsular anterior lesiona las estructuras vasculares del plexo de Santorini y las perineales e isquiorrectales lesionan las importantes estructuras nerviosas de la pared capsular posterior; con la técnica descrita, a través de la fosa isquiorrectal y de la pared lateral de la cápsula prostática, Fig. 10, al evitar dichas lesiones se realiza una intervención poco sangrante y se obtiene una mejoría en las estadísticas de la incidencia de las dos grandes complicaciones, incompetencia esfinteriana e impotencia post-operatoria, particularmente adscritas a la vía perineal.

Hospital General Luis Vernaza
Guayaquil - Ecuador S. A.

*La Adenomectomía Prostática por la Vía
Isquiorectal Yuxtaesfinteriana*

Septiembre 1952 - Agosto 1954

77 Pacientes	Máximo	Mínimo	Término medio
Edad (años)	93	41	
Peso de adenoma (gramos)	103	17,3	
Tiempo de Operación (minutos)	50'	25'	55
Catéter a permanencia (días)	33	5	
Hemorragia post-operatoria	9 días	2 hs.	3,32 días

Complicaciones

Drenaje suprapúbico debido a	{ hemorragia 1 1,29 % periuretritis 1 1,29 %	2,58 %
Incontinencia transitoria	{ Mínima 4 días Máxima 60 días	4 pacientes 5,19 %
Incontinencia definitiva		0
Estenosis del cuello vesical		0
Litiasis post-operatoria	3 pacientes	3,87 %
Casos que han necesitado reoperación	{ Aden. residual y litiasis Litiasis recidivante	1 2 3,87 %
Muerte operatoria		0
Muerte post-op. (infarto miocárdico-diagnóst. clínico)	4	5,16 %
Herida del recto (operatoria)	2	2,58 %
Fístula del recto (laceración secundaria)	2	2,58 %
Máximas cifras de dosajes químicos en 1 paciente operado mgms %	{ Nitrógeno ureico Creatinina	365 5
Hemorragia secundaria (25 días desp. post. op.)	1 paciente	1,29 %

BIBLIOGRAFIA

- E. y A. de la Peña.* — Patología Prostática. Salvat. Edit. 1946.
S. Gil Vernet. — Patología Urogenital. Edit. Mig. Servet. Barcelona, 1944.
S. Gil Vernet. — Id. Id. Biología y Patología de la Próstata. Tomo II Vol. I.
Edit. Paz Montalvo, 1953.
Couvelaire y Bouffard. — Loc. cit.
Beneventi y Novack. — Loc. cit.
Ortega Moreira Eduardo. — Comunicación preliminar a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas (Novbre. 11/52). Gaceta Médica, Mayo-Junio 953, N° 3 "La vía Isquiorrectal para la Adenomectomía Prostática".
-