

Servicio de Urología del Hosp. Fernández.  
Jefe: Dr. Roberto A. Rubí.

## PROSTATECTOMIA RADICAL POR VIA RETROPUBLICA

Por el Dr. R. ERASO

En octubre de 1948 los doctores Rubí y Grimaldi comunicaron un breve relato sobre prostatectomía radical por vía retropública, y con ello la bondad del método nuevo que, dicen en el trabajo, "abre una promisoriosa ruta para la solución de este problema".

Después que Millin describió su técnica, publica Memmelaar su trabajo en *The Journal of Urology* en septiembre de 1949, y entre nosotros el doctor Bernardi, en el mismo año, refiere su experiencia en prostatectomía radical con veintidós casos, de los cuales diez son por la vía retropública, que es la que interesa aquí.

Deseo referirme a tres observaciones que hemos efectuado en nuestro servicio del Hospital Fernández.

*1er. caso:* Historia clínica N° 8390 cama 17 L. M. 79 años, argentino, casado, jornalero. Ingresó el 29-XI-52 con retención completa, azohemia 1,10 gramos por mil, con una próstata que según el tacto es grande, lisa, limitada, fija pudiéndose apreciar al través de la cápsula un contenido duro e indoloro.

Como no mejora su estado general ni su retención azoada, se procede a la talla vesical. Se le efectúa orquiectomía y estrógenoterapia.

El 23-III-53 se procede a la prostatectomía radical por vía retropública con anestesia raquídea.

El 20-IV-53 el paciente recobra un buen ritmo miccional.

El protocolo anatomopatológico N° 17.380 dice adenocarcinoma prostático, firma el Dr. Andrés Bianchi.

Se recalca que este paciente fué sometido a prostatectomía total por vía retropública estando tallado.

Hay uretrocistografía de control de fecha 2-V-53.

*2do. caso:* Historia clínica 9.417 A. C. 57 años, casado, cochero. Ingresó el 20-VI-55. Concorre por hematuria y disuria intensas. El tacto informa una próstata del tamaño de una naranja mediana, dura, fija, irregular e indolora. Se lo interna y la endoscopia permite ver el cuello irregular y fijo y el trigono invadido por un proceso de aspecto tumoral. Hay retención grande e incompleta y azohemia alta y se lo deja con sonda permanente. El paciente rechaza la orquiectomía y se lo somete intensivamente a estrógenoterapia por vía endovenosa. Un mes después se establece una modificación favorable en su próstata que ha disminuido su tamaño, consistencia y fijeza.

El 9-VII-55 se lo prostatectomiza por vía retropública con anestesia raquídea; Veinte días después el paciente recupera su micción normal, sin incontinencia.

El protocolo anatomopatológico N° 25.295 dice: carcinoma escirroso de próstata; firma el Dr. Bianchi.

Hay uretrocistografía de control en fecha I-VIII-55.

*3er. caso:* Historia clínica 9692 N. G. 63 años, vendedor de diarios, soltero. Ingresó en nuestro servicio el 4-IV-56 con intensa disuria y con una hemiparesia derecha que no le impide la deambulacion; había padecido una hemiplejía hacía 16 años.

La próstata es dura, leñosa en la parte más próxima al dedo que tasta y bastante fija; el paciente no acepta la indicación de orquiectomía, se le suministran estrógenos y el servicio de cardiología autoriza la intervención a pesar de la situación vascular y el antecedente hemipléjico. Este paciente al igual que el anterior tenía cifra normal de fosfatasa ácida en sangre, mientras que el primer caso, tenía una cifra elevada.

El 26-IV-56 es operado; prostatectomía radical por vía retropúbica, estableciéndose la presencia de cálculos intraprostáticos. Veinte días después el paciente recupera la micción con discreta incontinencia de la que mejora un semana más tarde.

El protocolo anatomopatológico N° 27.683 dice: adenocarcinoma y litiasis prostática, firma el Dr. Bianchi.

Uretrocistografía de control en fecha 6-VI-56.

Este enfermo ha sido sometido después de la prostatectomía a dos cistotomías por litiasis, la última vez, hace algo más de un año. Actualmente tiene buen estado general, padece por su vejiga retraída, pero orina a voluntad cada hora y media.

### CONSIDERACIONES

Este comunicado tiene sólo importancia como comentario surgido en la cirugía del cáncer prostático. Entiendo que la prostatectomía radical por vía alta es accesible por ser de técnica sencilla y al alcance del que pueda establecer la indicación adecuada; es claro que es inatacable un proceso que por su habitual desarrollo ha excedido los límites que tiene normalmente la glándula en que se originó. Aun en el caso en que se inicie en el lóbulo posterior, y el tacto determine induración y fijeza, es posible la modificación favorable para la exéresis naturalmente con los estrógenos y la castración, pero considero invariable el concepto de que es factible la extirpación cuando la fijeza y los límites guardan una discreta compostura; en última instancia la determinación ha de ser en el acto quirúrgico. Es ortodoxia efectuar un punto de aproximación de vejiga, desde su labio posterior al periné; yo estimo que según la necesidad que se establezca en el acto quirúrgico, no hay inconveniente, si la viscera no desciende en forma satisfactoria, en colocar dos puntos laterales además del habitual posterior, y, por supuesto, de los puntos de afrontamiento uretrovesicales.

Todos conocemos la escasa resistencia del muñón uretral para sustentar los puntos de afrontamiento.

### RESUMEN

Son tres casos, el primero de los cuales es una extirpación radical de próstata por vía retropúbica estando tallado, el segundo un paciente que se hizo quirúrgico con estrógenoterapia intensa, y el tercero un enfermo en el que coincidió su cáncer con litiasis prostática, y haber tolerado la intervención a pesar de sus antecedentes vasculares.

### DISCUSION

*Dr. R. Bernardí.* — Como bien senaló el Dr. Eraso, hace pocos años, hará unos 15, nos ocupamos por vez primera en esta Sociedad de prostatectomía total por cáncer. Y el Dr. Grimaldi, nuestro actual presidente, contribuyó con un caso sumamente interesante de prostatectomía por cáncer avanzado, porque quisimos seguir la experiencia que fuera enunciada por el Dr. Robert Gutiérrez, de Estados Unidos, de desgraciada trayectoria entre nosotros.

Intervinimos quirúrgicamente un caso muy avanzado que vino a completar la serie de otros enfermos que habíamos operado siguiendo la clásica escuela de Young, que señala que los cánceres de próstata deben ser intervenidos cuando su tamaño no excede el de una avellana. Tiempo después se incorporaron los estrógenos al tratamiento del cáncer de próstata. Basados

en eso, operamos grandes tumores con resultados bastante satisfactorio en el sentido que disminuían los dolores, la disuria de esos enfermos y la sobrevivencia era mejor tolerada.

Deseo referirme a un detalle técnico al que hizo alusión el Dr. Eraso. Fuimos los primeros en practicar ese punto véscoperineal, de gran interés en esta intervención. El Dr. Eraso ha expresado algo que es muy cierto. Cuando se practica la prostatectomía por cáncer y se reseca bien el píco de la próstata, nos vamos sobre el esfínter y queda un muñón uretral que se retrae, que es un verdadero drama después. Y ahí viene la situación difícil pues el cirujano debe afrontar dos superficies que se encuentran a una distancia de 5 a 10 cms., vale decir, muy separadas. Los puntos que se colocan en la pared lateral son insuficientes y no consiguen llevar la vejiga hacia abajo. Propiciamos la práctica de ese punto mediante una aguja de Reverdin, visualizando los meatos ureterales con índigo carmín. Ese punto no lo dejamos y estamos convencidos cada vez más de su utilidad. Hace pocos años, con gran sorpresa de mi parte, lo ví descripto en el trabajo de un distinguido urólogo norteamericano. Como pasa muchas veces, se desconoce la labor de los que trabajan en otros países.

Entiendo que la cirugía debe entrar en el cáncer de la próstata, aunque debemos reconocer que ha perdido terreno después de la incorporación de los estrógenos en el tratamiento del neo prostático.

*Dr. T. Schiappapietra.* — Siendo practicante ayudé a realizar numerosas prostatectomías por vía perineal en el carcinoma de la próstata. Era tan óptima la evolución próxima de los pacientes que de ahí dedujo el Dr. Pagliere el drenaje perineal; los enfermos se drenaban casi totalmente y la evolución ulterior era mejor que la esperada. El problema venía después: la incontinencia y la evolución posterior del carcinoma.

Esa técnica la abandonamos luego de un viaje que hizo a los Estados Unidos el Dr. Pagliere, donde comprobó la influencia de los estrógenos y los andrógenos sobre la carcinoma. Se dejó entonces de lado las prostatectomías perineales y la aplicación de radium; optamos por la estrogenoterapia, por la resección de la barra prostática por vía transvesical y con eso quedamos conformes durante un tiempo.

Tratamos luego de seleccionar los pacientes que por su edad, las limitaciones de la tumoración dentro de la cápsula prostática, etc. pudieran ser sometidos a la prostatectomía suprapúbica. Practicamos así la prostatectomía suprapúbica e indudablemente en unos más y en otros menos, según la magnitud de la resección era la dificultad de la sutura del cabo a la parte proximal de la vejiga.

Es coincidencia que ese punto me he visto obligado a realizarlo en algunos casos en que la adaptación era muy difícil o bien cuando no podía estar seguro. Esos mismos puntos los he hecho en la resección circular de cuello de vejiga y trigono con reimplantación de los uréteres al fondo uretral. He realizado ese punto para llevar la porción vesical a la proximidad de la uretra.

Es probable que se me haya ocurrido eso después de leer la comunicación del Dr. Bernardi.

El Dr. Pagliere, en un aporte a un trabajo del Dr. Surra Canard, expresó que había abandonado la vía perineal en la prostatectomía para recurrir, en los casos en que ello estaba indicado, a la vía suprapúbica.

*Dr. J. Irazu.* — No tenemos mucha experiencia sobre el tema de la prostatectomía retropúbica.

Deseo hacer un parangón entre la prostatectomía perineal, donde nuestra experiencia es grande, y la prostatectomía retropúbica. Por lo que acaba de señalar el comunicante, tengo la impresión que la prostatectomía retropúbica tiene algunas ventajas sobre la perineal. Las incontinencias, según su relato, no han sido tan evidentes como en las operaciones por vía perineal. Además, el panorama prostático-vesicular —aunque no hemos sentido ninguna mención del estado de las vesículas y de su estado anatomopatológico— debe ser más amplio que en la prostatectomía perineal. Por otra parte, los puntos cuya realización son casi indispensables en la prostatectomía perineal para una sutura de la uretra a la vejiga, no tienen por qué practicarse salvo los casos en que la resección avanza hacia la zona trigonal.

Las consideraciones expuestas nos hacen pensar que deberemos seguir trabajando sobre la prostatectomía retropúbica en los casos de cáncer de la próstata.

*Dr. L. Rebaudi.* — Nosotros hemos practicado prostatectomías tanto por vía retropúbica como por vía retrovesical. La resección de la próstata la efectuamos una vez conseguida una buena disminución del órgano con tratamiento estrogénico. Sin hacer la sutura, colocamos un haz de tubos o de agujas de radium dentro del espacio periprostático verdadero para destruir los restos de gérmenes que pudieran sobrevivir. Hemos tenido gran éxito.

Conozco un caso de complicación de una estrechez; la epidermización tiene lugar sin necesidad de sutura, es decir, que la uretra membranosa que ha sido eliminada se forma sin que sea menester practicar sutura alguna.

*Dr. Bernardi.* — Quisiera preguntarle al doctor Rebaudi si tiene una experiencia grande sobre el particular, porque le puedo asegurar que cuando no hemos hecho bien la sutura la vejiga se separó de la uretra.

Si tuviera alguna documentación, le pediría que la presentara porque el suyo es un nuevo concepto sobre epitelización.

*Dr. L. Rebaudi.* — He presentado ese trabajo al Congreso de Mar del Plata.

*Dr. R. Bernardi.* — Si no tiene inconveniente, me agradaría que trajera las radiografías porque es un concepto nuevo que conviene corroborar. He tenido dificultades en el afrontamiento. En dos ocasiones, se me desprendió totalmente la vejiga con una sonda Foley colocada a presión.

*Dr. L. Rebaudi.* — El desprendimiento es mucho más frecuente de lo que cree el doctor Bernardi.

*Dr. T. Schiappapietra.* — Yo me he referido a la aplicación de radium sobre el tumor en una época en que no teníamos conocimiento de la degeneración carcinomatosa fundados en la fosfatasa ácida, etc.

En una adenectomía —el adenoma fué bien enucleado y macroscópicamente no ofrecía ninguna duda— los hijos del enfermo, que eran médicos, solicitaron un examen de ese adenoma y ese segundo anatomopatólogo, con un criterio de interpretación distinto hizo alusión a una posible degeneración; eso nos impulsó a aplicar radium en esa capsula prostática que había sido bien enucleada. Se hizo una continuidad tan espantosa y una evolución tan terrible que no la pude olvidar nunca. Desde entonces, no se me ocurrió pensar en el radium.

*Dr. L. Rebaudi.* — Entiendo que esa es cuestión de dosis. Si la dosis es exagerada, es evidente que se producirán desastres. Si la dosis se mantiene dentro de un término justo, no ha de pasar absolutamente nada. Vez pasada me ofrecieron perlas de cobalto para aplicar en estos casos. Hasta el momento, he empleado 3 tubos de radium de 15 mgrs. cada uno. Si se pasa a vejiga, se produce la retracción vesical. Cuando el tubo no penetra dentro de la cavidad, se produce la aplicación sobre vejiga, ésta puede retraerse, complicación desgraciada y poco frecuente. Se controla con un drenaje sin-fin, de modo que estamos en la loge, y se colocan los puntos en la punta del tubo de radium a un centímetro y medio por encima de lo que debiera ser el esfínter, porque de lo contrario, se produciría el empastamiento de la parte inferior.

*Sr. Presidente (Dr. Grimaldi).* — Quiero pedir disculpas a los señores consocios por la forma un tanto irregular en que se ha desarrollado esta conversación.

El doctor Eraso ha dicho que presenta su trabajo como un comentario sobre la vía retro-pública y la discusión que se ha entablado excede los límites de lo que se ha pretendido, lo que es también digno de destacar.

*Dr. Eraso.* — En realidad, repito lo que dice el doctor Grimaldi: he querido hacer un comentario que surge de nuestro trabajo en el cáncer de próstata. No puedo hacer una tarea exhaustiva y completa, dado que nuestra experiencia es escasa.

El acercamiento de la vejiga es posible hacerlo en forma un poco más generosa de lo que se logra con un solo punto de afrontamiento. Pero no lo digo categóricamente. Se me ocurre que es posible afrontar en forma segura la vejiga al periné, en circunstancias en que se ha sacado el esfínter liso.