

## LIGADURA PREVIA DE LOS VASOS PROSTATICOS EN LA ADENOMECTOMIA RETROPUBLICA

---

Por el Dr. FRANCISCO M. ALVARINHAS

Motiva la presente comunicación, el deseo de traer a esta Sociedad, nuestra modesta contribución al problema de la hemostasia arterial en la adenomectomía prostática, en especial según la técnica de la vía retropública, problema que no pretendemos haber resuelto total e íntegramente, sólo deseamos exponer a la consideración de los distinguidos consocios nuestras experiencias anatómicas y quirúrgicas al respecto.

Es de todos conocida la vascularización de la glándula prostática, y sólo nos limitaremos a exponerla de acuerdo a las investigaciones de los anatomistas y cirujanos que se dedicaron al problema y de acuerdo a nuestras propias investigaciones anatómicas.

Hemos procedido efectuando disecciones en un cadáver fresco y fijado en formol, así como haciendo las investigaciones vasculares en el curso de intervenciones quirúrgicas sobre la glándula prostática por la vía retropública.

Según las mismas la vascularización de la glándula está dada por tres grupos o pedículos vasculares:

- a) Ramas de la a. Hipogástrica: "la llamada a. prostática", rama de la vesical inferior, rama de la a. Hipogástrica.
- b) Ramas de la a. Hemorroidal Media. Pequeñas ramas breves cápsuloprostáticas posteriores.
- c) Ramas de la a. Pudenda Interna. Pequeñas ramas inferiores ascendentes y uretrales.

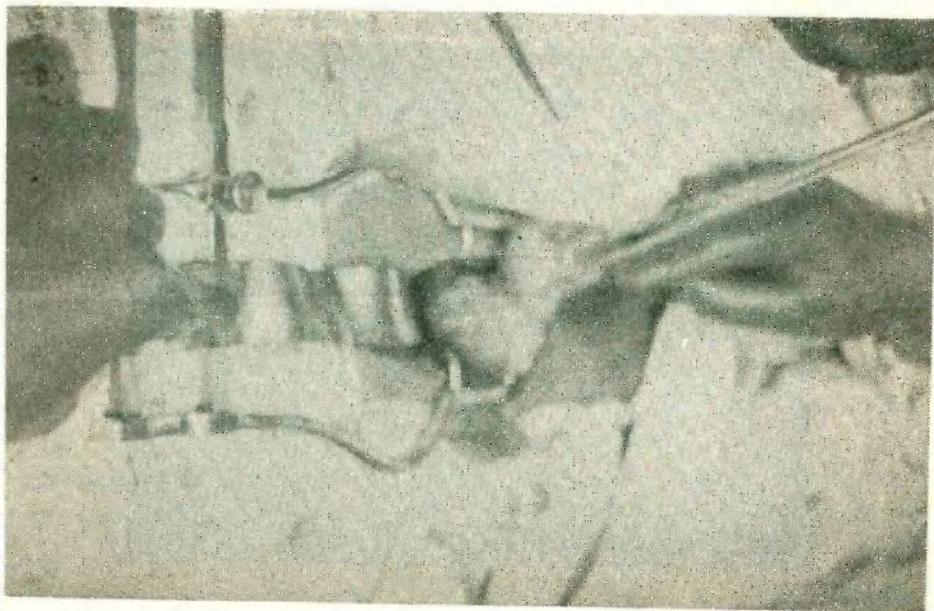
La arteria vesical inferior, rama de la ilíaca interna, camina por la cara profunda del músculo elevador del ano y da ramas vesicales (ramas cervicales), ramas ascendentes (para el uréter inferior), ramas posteriores (para las vesículas seminales) y ramas prostáticas, la llamada arteria prostática, que como veremos más adelante no constituye en realidad una arteria única.

El conjunto de ramas prostáticas de la a. vesical inferior, constituye el pincel terminal de la misma, y se desglosa en dos grupos vasculares:

- a) El grupo superior, o penetrante; grupo uretral o plexo de Bumpus y Kraas, en número variable de ramas (tres o cuatro), penetran en el círculo uretral entre las horas 5 y 7 a 11, por el ángulo diedro véstico prostático. Estas ramas se distribuyen irrigando los lóbulos laterales, el cuello vesical y la superficie uretral de la próstata.

Son éstas las ramas de la irrigación arterial cuyas boquillas vasculares abiertas después de la adenomectomía postula Crouvelaire como "hemostasis verdadera", ligándolas en forma individualizada.

- b) El segundo grupo de ramas arteriales prostáticas, grupo capsular o descendente, no penetrante, corre por la cara póstero-lateral de la glándula y da ramas ventrales y dorsales, algunas fácilmente visibles en la disección quirúrgica.

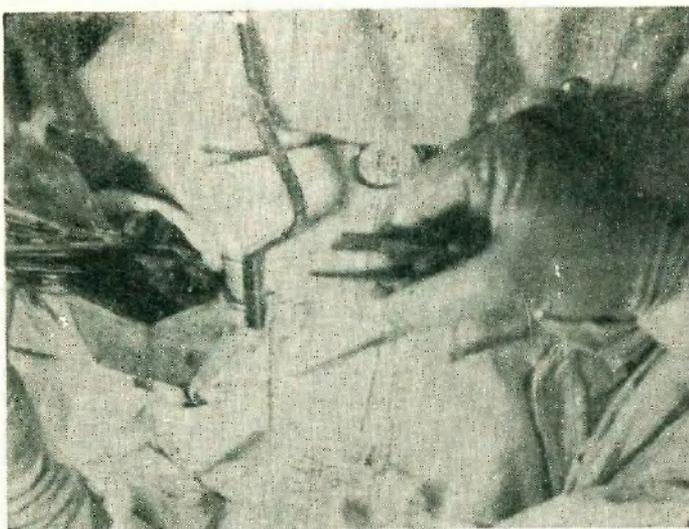


Basándonos en estos estudios anatómicos hemos procedido a la ligadura previa de los vasos prostáticos en el curso de la adenomectomía prostática según la técnica de la vía retropúbica. Logramos individualizar el punto de bifurcación del pincel arterial terminal de la arteria vesical inferior, en que se separan los dos grupos vasculares: penetrante y descendente, mediante disección roma del tejido celuloadiposo del ángulo diedro véscicoprostático. Con ello hemos conseguido que el tiempo de la adenomectomía, enucleación del adenoma, se logre prácticamente exangüe y que completada la hemostasis de los diversos puntos sangrantes de la cápsula, el post-operatorio del adenomectomizado se vea libre del problema de la hemorragia arterial.

*Técnica según procedemos:*

Incisión mediana infraumbilical, piel, celular y aponeurosis; separación de ambos músculos rectos anteriores del abdomen. Expuesta la facia prevesical, se la incinde exponiendo la cara anterior de vejiga. Colocación de separadores estáticos con valva media en el extremo superior de la incisión. Queda así expuesta la cara anterior de la próstata y de vejiga, haciéndose visible el plexo venoso del espacio de Retzius. Se procede a las ligaduras venosas necesarias y acto seguido el tacto rectal que efectúa un segundo ayudante, aproxima al campo superficial la cara anterior de próstata. Por disección roma se labra en el tejido celuloadiposo de los espacios latero-prostáticos los ángulos triedros próstato-vésico-parietal. Son visibles

e individualizables los grandes vasos y la arteria vesical inferior, breve pero fácilmente individualizable. Con ayuda de un separador (valva maleable angosta) se rechaza hacia arriba la cara vesical, con lo que el campo de investigación vascular se amplía. Con aguja curva, mediana y firme se pasan dos puntos penetrantes que toman selectivamente las ramas prostáticas de la arteria vesical inferior. La disección de estos vasos, generalmente se puede hacer todo lo cuidadoso que se desea, por ello pasar los puntos en forma bien discriminada.



Para efectuar las ligaduras hemostáticas propuestas se requieren habitualmente dos puntos, el primero toma a los vasos del grupo superior, penetrante, el segundo punto toma selectivamente los vasos descendentes o capsulares.

Acto seguido se continúa la intervención en la forma habitual de la técnica retropúbica, sección transversal de la cápsula previos puntos de la misma, clivaje del adenoma, extracción del mismo, inspección de la superficie interna de la loge y hemostasia complementaria de los puntos sangrantes, si los hubiera, dado que la irrigación de la glándula depende además de los otros pedículos vasculares: hemorroidal y pudendo interno.

Sección cuneiforme del cuello vesical, inspección endovesical, colocación de sonda uretral y cierre de la incisión capsular.

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

Presentamos nuestra experiencia anatómica y quirúrgica con la técnica de la hemostasia en la adenomectomía prostática por la vía retropúbica, mediante la ligadura previa de los vasos prostáticos, ramas de la arteria vesical inferior.

Nos ha resultado sencilla la investigación de los mismos y satisfactorios los resultados. No registramos accidentes en el acto operatorio ni complicaciones, imputables a la técnica propuesta.