

TECNICA DE FLOCKS EN LA PROSTATECTOMIA TOTAL

Dres. A. S. Rebaudi y J. C. Speranza

No hablaremos sobre estadísticas de cáncer de prostata, ni sobre todas las técnicas por todos conocidas, ni sobre los distintos tratamientos empleados, para no prolongar innecesariamente este trabajo.

Las indicaciones que tomamos en cuenta para efectuar esta técnica son las siguientes:

1) La no existencia de metastasis demostrables, ni radiologicamente ni por punción medular.

2) Buen estado general.

3) Menos de 70 años de edad.

4) Fosfatasas ácidas normales.

5) Sin invasión vesical.

6) El tumor próstatico debe estar limitado a la glándula.

Consideramos que los tumores que con tratamiento estrogénico disminuyen de tamaño y se limitan son operables.

Técnica.

Empleamos la vía retropúbica, por considerarla más completa ya que permite una perfecta hemostasia, la extirpación total del tumor y de las vesículas seminales, con la investigación o extirpación de cadenas ganglionares que pudieran haber pasado desapercibidas y que no son alcanzadas por otras vías, todo esto gracias al gran campo que da la vía retropúbica.

1) Una vez efectuada la prostatectomía retropúbica se reparan y cateterizan los meatos ureterales.

2) En la pared anterior de la vejiga, se trazan dos incisiones paralelas a 4 cm. de distancia partiendo del cuello de la vejiga, y de una longitud que esta dada por la distancia entre la uretra y la vejiga.

3) En la base del colgajo se pasan dos puntos perforantes de seda o de nylon que se reparan y que afrontan transversalmente la vejiga.

4) La vejiga se cierra en forma transversal, esto ayuda a acercar la base del colgajo al cuello de la vejiga.

5) Se sacan los cateteres ureterales.

6) Se unen los bordes del colgajo sobre una sonda N° 24, con catgut cromico 000 y puntos separados no perforantes, en dos planos, comenzando por la base y reforzando allí con catgut N° 1 simple y punto perforante, pues este será el futuro cuello vesical. Queda así, cerrado la vejiga y formada la neo-uretra.

7) Se coloca en el extremo del tubo un punto superior perforante y dos laterales en forma de U tratando de evertir la mucosa.

8) Se pasa una sonda de plástico N° 24 por la uretra y luego por el tubo vesical hasta la vejiga.

9) Se enhebran los hilos que habian pasado por el tubo y usando el porta-aguja de profundidad de L. Rebaudi, se lo sutura a la uretra.

Obteniendo así una unión perfecta y sin tracciones entre el tubo vesical y la uretra.

10) Los puntos de seda colocados en vejiga a ambos lados del tubo se los hace salir por el perine y se anudan sobre un capiton sin tracción.

Esto sirve para mantener el tubo y la vejiga en posición adecuada, evitando tracciones y tironeamientos en la sutura del tubo con la uretra.

11) La sonda se fija con puntos al frenillo y se mantiene colocada durante 30 días.

Las ventajas de este procedimiento son:

- a) Falta de tensión en la unión uretrovesical
- b) Preservación del trigono en posición normal
- c) Formación de un tubo que se asemeja a la uretra posterior
- d) No hay dislocación de la uretra y todo el árbol urinario conserva su posición normal
- e) La no aparición de estrecheces
- f) Mantiene la continencia de orina

Casos clínicos.

Nº 1-N.D. de 61 años de edad, polaquiuria diurna, buen estado general. Tacto nódulo duro en lóbulo izquierdo, aumento global de la consistencia, fija, tamaño ciruela, mucosa rectal libre. Fosfatasa ácida negativa. Biopsia carcinoma. Tratamiento: estrógenos hasta impregnación mamaria. Operación 19/10/65 prostatectomía radical con vesiculectomía y colgajo vesical. 22/11/65 se saca la sonda, micción normal sin incontinencia ni residuo. Control uretrográfico colgajo perfecto sin estrechez. 12/4/68 no hay incontinencia ni residuo ni estrechez.

Nº 2-A.C. de 67 años, 2/3/66 antecedentes de dos episodios de retención aguda de orina; estado actual, polaquiuria, disuria y ardor miccional y orinas turbias. Buen estado general. Tacto: próstata dura, fija, el lóbulo derecho se prolonga con la vesícula seminal, mucosa rectal libre, tamaño ciruela. Fosfatasas ácidas normales. Biopsia, adenocarcinoma de próstata. Tratamiento: estrógenos hasta impregnación mamaria. Tacto: próstata reducida en su tamaño y bien limitada. 5/7/66 operación, prostatectomía radical con vesiculectomía y colgajo vesical. La sonda se sale a los dos días de operado y se vuelve a colocar. 10/8/66 se saca sonda. Enfermo con incontinencia de orina sin residuo. Uretrografía muestra retracción del colgajo y estrechez de uretra. 3/5/68 incontinencia de orina, estrechez de uretra que se dilata; tacto, loge vacía.

Nº 3-V.R. de 66 años, 20/3/63 polaquiuria, disuria. Tacto: próstata dura, fija, tamaño ciruela, mucosa desliza. Fosfatasas normales. Biopsia: adenocarcinoma de próstata. Tratamiento: por negarse a la prostatectomía y orquidectomía, se efectúan estrógenos y corticoides, mejora hasta 18/11/65 que comienza a extenderse y tomar mayor volumen a pesar del tratamiento, 20/6/66 aumento de la sintomatología, uretra libre, retención 150 c/c. Tacto: próstata como una mandarina grande, dura fija, con invasión de vesículas seminales. Urograma: hidronefrosis bilateral, Uretrografía: alargamiento de la uretra prostática, con invasión del trigono vesical. Este caso pertenece a un grafo III o IV donde la prostatectomía no está indicada, pero como el enfermo se nos hubiese muerto en poco tiempo, debido a la compresión e invasión vesical, el 12/7/66 se efectúa prostatectomía radical, resección parcial del trigono y colgajo vesical. 10/8/66 se saca sonda, incontinencia ortoestática. 19/10/66 urograma normal, desaparecida la hidronefrosis. Uretrografía muestra un tubo corto. Tacto: loge vacía. 19/6/67 enfermo sin incontinencia. Tacto. Tumores duros y redondeados del tamaño de una ciruela a ambos lados del tubo. Uretra libre, sin retención. 20/7/67 hematuria. Tacto: gran tumor de la loge. 30/10/67 fallece.

Nº 4-C.E. de 63 años de edad, 23/11/67 estado general bueno, disuria polaquiuria, hematuria. Tacto: próstata como una ciruela, nódulo duro del lado derecho lóbulo más grande y fijo, mucosa desliza. Fosfatasas normales. Biopsia: carcinoma de próstata. Tratamiento estrogénico. 15/3/68 prostatectomía con vesiculectomía y colgajo vesical. 18/4/68 se saca la sonda. 8/8/68 uretrografía buen tubo calibre Nº 20, no hay retención, ni residuo, ni incontinencia.

Nº 5-L.B. de 66 años, 8/4/68 estado general regular, broncoenfisematoso, polaquiuria, disuria, hematuria y retención completa. Tacto: próstata como una ciruela grande, con dos nódulos duros, fija, límites irregulares. mucosa desliza. RX hidronefrosis

y litiasis vesical. Fosfatasa ácida normales. Biopsia: adenocarcinoma de prostata. 11/5/68 tratado con estrógenos se efectua la prostatectomía con vesiculectomía y colgajo vesical. 15/6/68 se saca la sonda. 23/6/68 incontinencia ortoestática, buen tubo con buen calibre. Tacto: loge vacia. Uretrografia: 8/8/68 enfermo con dolor en pierna derecha, incontinencia de orina ortoestática micro hematuria y piuria, Uretra libre al N° 18, residuo 100 c.c. Tacto: se palpo del lado derecho nódulo duro y fijo.

Conclusiones

A través de la experiencia de los cinco casos presentados, comprobamos la eficacia de esta técnica; sobretodo en los tres casos en que se efectuara obedeciendo las indicaciones de la prostatectomía. En los dos casos en que fuera realizada para evitar una muerte inminente, tuvimos residivas y un éxito solo parcial.

DISCUSION.

Dr. Franetovich.- Quisiera preguntar que porcentaje de incontinencia observaron.

Dr. Rebaudi.- De los casos presentados, tenemos dos con incontinencia, porque hemos actuado según las indicaciones correctas y en uno de ellos, la sonda retrajo el colgajo.

Dr. Pagliere. Quisiera saber cuales son los elementos que determinan la operabilidad de estos pacientes; y si ha tenido en cuenta la biopsia ósea para descartar la posibilidad de una metástasis.

Dr. Rebaudi.- En nuestro trabajo se dice al principio que tomábamos seis puntos en consideración: la no existencia de metástasis demostrables radiográficamente ni por punción medular; buen estado general; menos de 70 años de edad; fosfatasa ácida normal y el tumor prostático limitado a la glándula.

En dos casos, guiados por el entusiasmo no seguimos esas indicaciones y los resultados fueron malos.

Dr. Scorticati.- Se dejó talla vesical.

Dr. Rebaudi.- No se dejó talla. La orina sale cristalina porque los sitios de hemorragia están por fuera y han sido ligados.

Dr. Scorticati.- Pensaba que un tubo sin fin puede obviar el inconveniente que tuvo de la salida de la sonda y el desprendimiento del colgajo posterior.

Quisiera preguntar si practica la castración y si efectúa tratamiento estrogénico en el pos-operatorio.

Dr. Rebaudi.- No efectúo la castración ni mantengo el tratamiento estrogénico porque considero que la prostatectomía es total.

Dr. Schmidt - Por que vía hace la biopsia prostática?

Dr. Rebaudi.- Prefiero la vía perineal cuando pienso hacer la prostatectomía total para evitar cualquier adherencia que pueda surgir.