

## PROSTATECTOMIA RETROPUBICA

### EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Dr. Raúl A. Rubi

La cirugía de la glándula prostática sigue siendo motivo de constante preocupación para el urólogo, ya sea por el abordaje, por la obtención de una hemostasia adecuada o por resultados inmediatos y/o mediatos satisfactorios. Desde hace años estamos embarcados en una tendencia quirúrgica definida frente a las hiperplasias prostáticas y esta experiencia es la que deseamos presentar a esta Sociedad, habiendo realizado un estudio crítico sobre las dos técnicas más en boga: la retropúbica y la transvesical.

#### Material y método

Los pacientes fueron divididos en tres grupos de 100 cada uno; el primero (grupo 1), constituido por los de la clientela privada y el segundo (grupo 2), formado por pacientes hospitalarios. Estos dos grupos fueron intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica de prostatectomía por vía retropúbica y por el mismo cirujano (RAR). Los pacientes incluidos en el tercero (grupo 3), también hospitalarios, fueron intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica transvesical clásica, por diversos cirujanos pero de una misma escuela (Servicio de Urología, Hospital Juan A. Fernández) y con condiciones operatorias personales comparables, lo que permitió no encontrar diferencias dentro de este grupo, constituyendo entonces una muestra estadística uniforme.

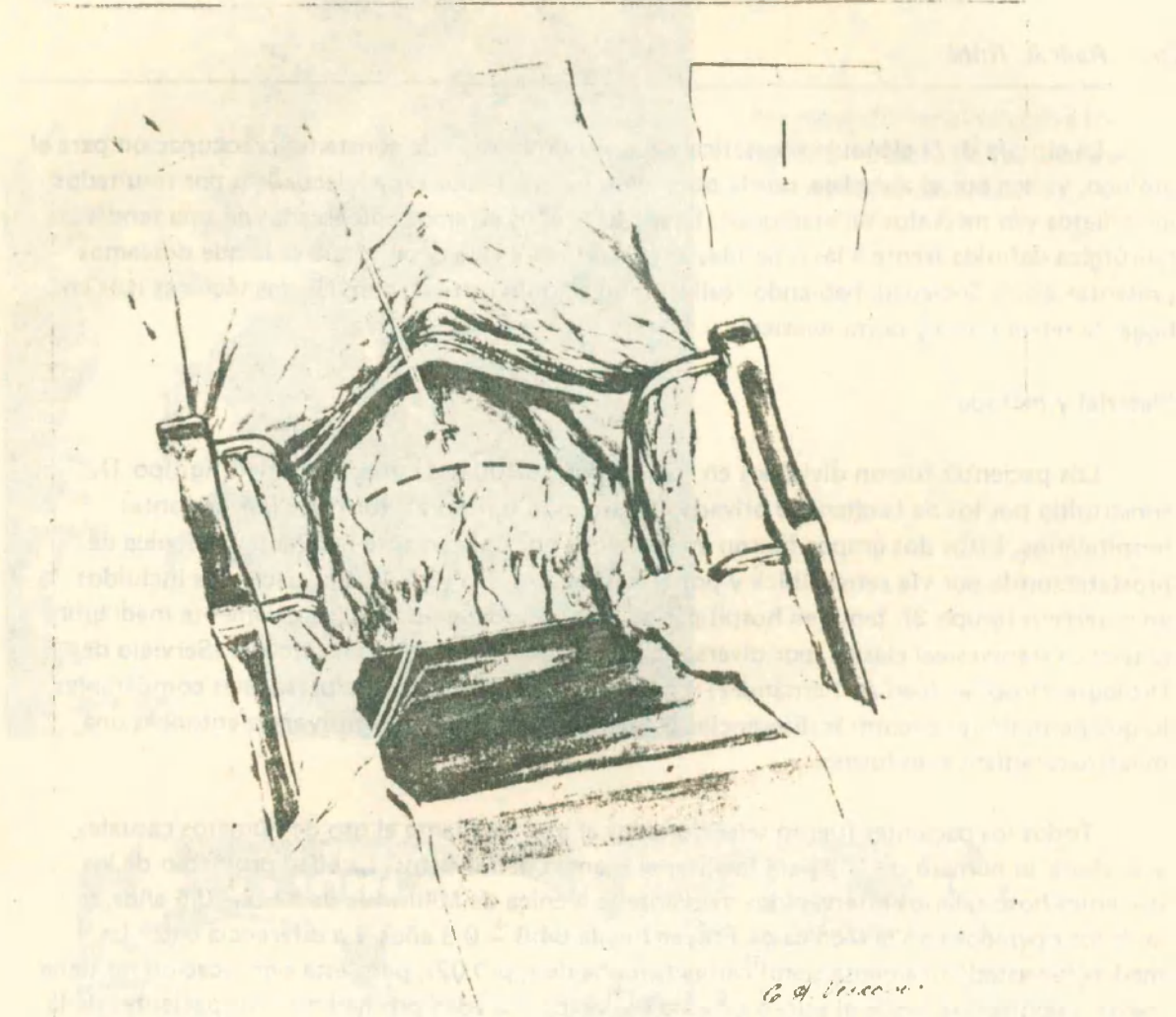
Todos los pacientes fueron seleccionados al azar mediante el uso de números casuales, y se eligió el número de 100 para facilitar el manejo de los datos. La edad promedio de los pacientes hospitalarios intervenidos mediante la técnica de Millin fue de  $67.0 \pm 0.6$  años, y la de los operados con la técnica de Freyer fue de  $64.6 \pm 0.8$  años. La diferencia entre las medias fue estadísticamente significativa (prueba de t,  $p < 0.02$ ), pero esta significación no tiene mayor importancia desde el punto de vista biológico. La edad promedio de los pacientes de la clientela privada fue de  $65.5 \pm 0.7$  años (Tabla I).

Grupo	Número de casos	Edad
1	100	$65.5 \pm 0.7$
2	100	$67.0 \pm 0.6$
3	100	$64.6 \pm 0.8$
Valor de p entre grupos 2 y 3		$< 0.02$

Tabla I: número de pacientes en cada grupo. Edad promedio con dos errores standard. Significación de la diferencia entre los Grupos 2 y 3 (valor de p)

Todos los pacientes fueron estudiados en igual forma, realizándose los mismos análisis y radiografías, y con evaluación cardiovascular y riesgo quirúrgico similar. La técnica quirúrgica de la prostatectomía retropúbica es por demás conocida, y es por ello que sólo nos limitaremos a mencionar aquellas modificaciones que a lo largo de los años han ido apareciendo y creemos que facilitan el acto operatorio. Del clásico instrumental de Millin, en la actualidad sólo utilizamos el separador "spreader" y reemplazado la aguja "boomerang" por el portaaguja

acodado de Finocchietto. Insistimos en la sección transversal de la cápsula prostática porque da muy buen campo y se evita el posible desgarro hacia abajo y el eventual daño al esfínter que se puede presentar con la incisión vertical (Dibujo 1, foto 1).

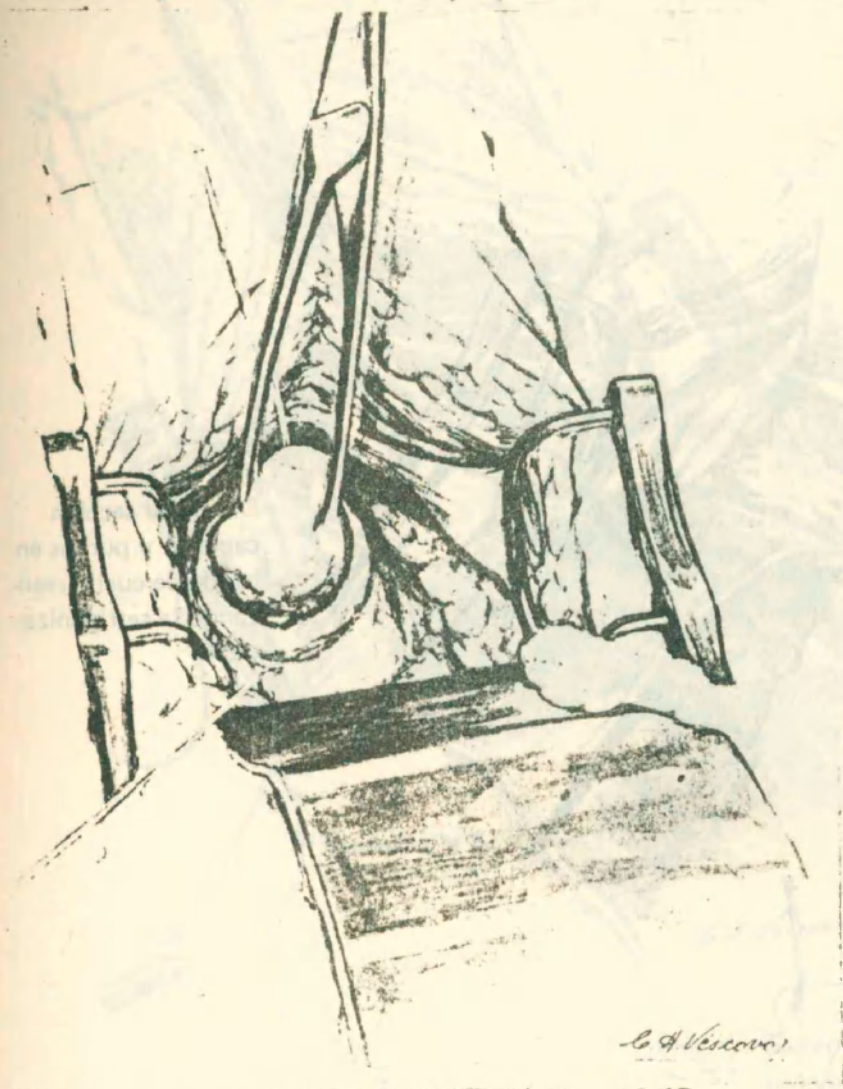


Dibujo 1: incisión capsular. Puntos capsulares.



Foto 1: incisión capsular, puntos capsulares.

Tratamos de realizar la mayor parte de la disección del adenoma a tijera, y en numerosas oportunidades lo seccionamos en sus lóbulos, para evitar incisiones capsulares muy grandes o posibles desgarros de la misma (Dibujo 2, foto 2).

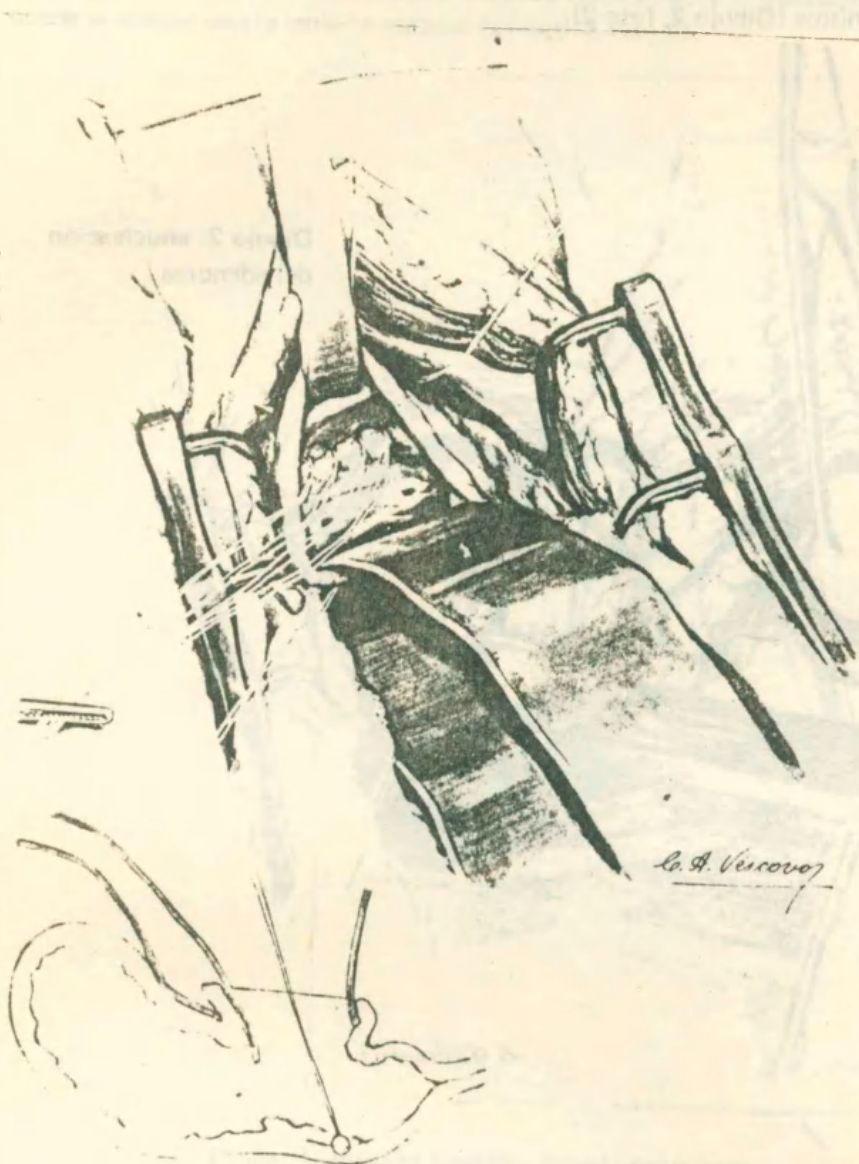


Dibujo 2: enucleación del adenoma



Foto 2: enucleación del adenoma

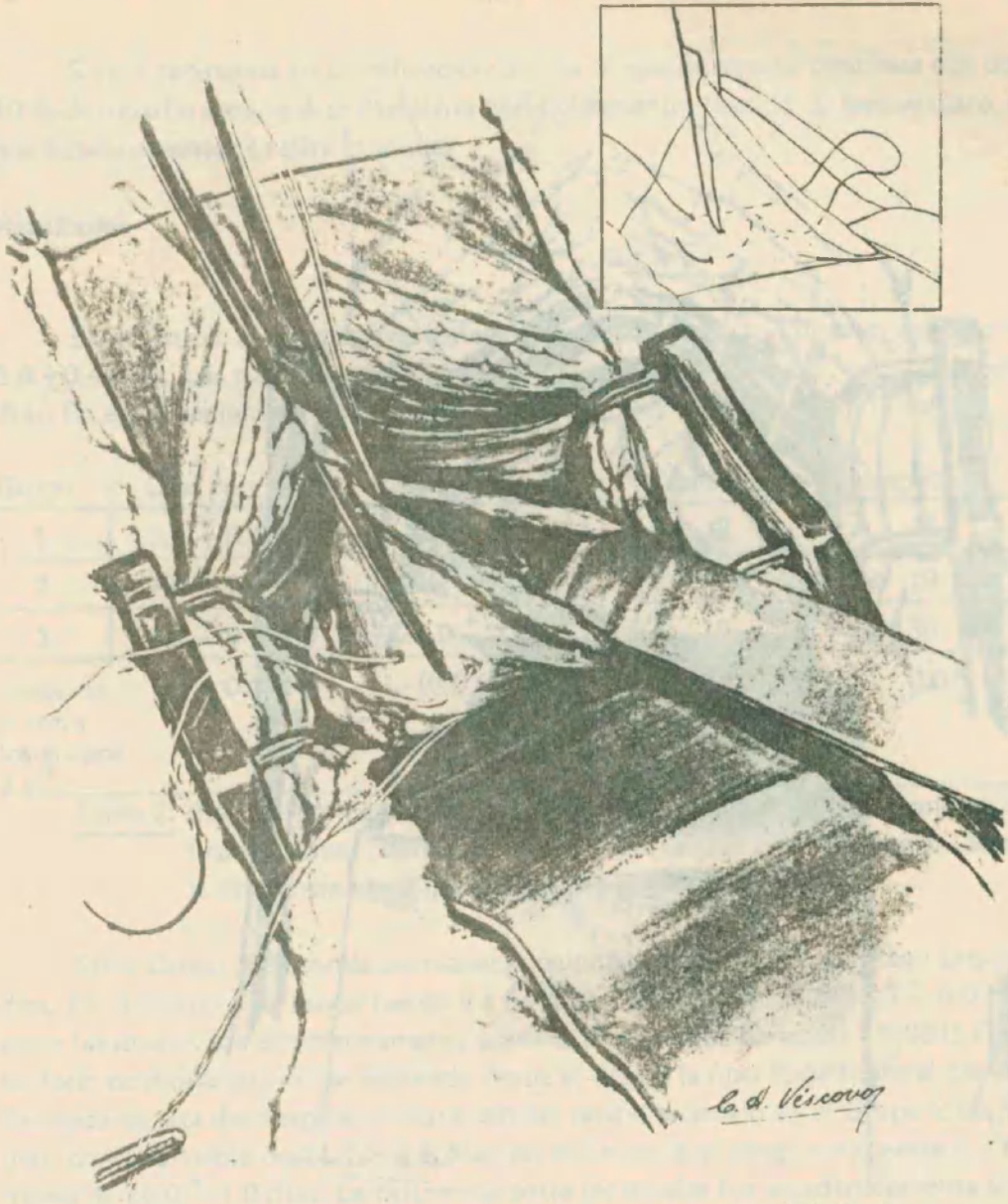
Realizada la ectomía, somos sistemáticos en la retrigonización, fijando la mucosa del labio vesical al plano de vesículas seminales (Dibujo 3).



Dibujo 3: sección capsular y puntos en borde de cuello realizando la retrigonización

Los puntos angulares realizados en forma de U en los extremos de la incisión capsular son amplios, generosos en las tomas y los cremos esenciales para la obtención de una correcta hemostasia, pudiendo en los casos de celdas prostáticas muy grandes, colocar más de uno en forma escalonada, que al unirlos entre sí, facilitan la plicatura de las paredes laterales de la celda (Dibujos 4 y 5, foto 3)

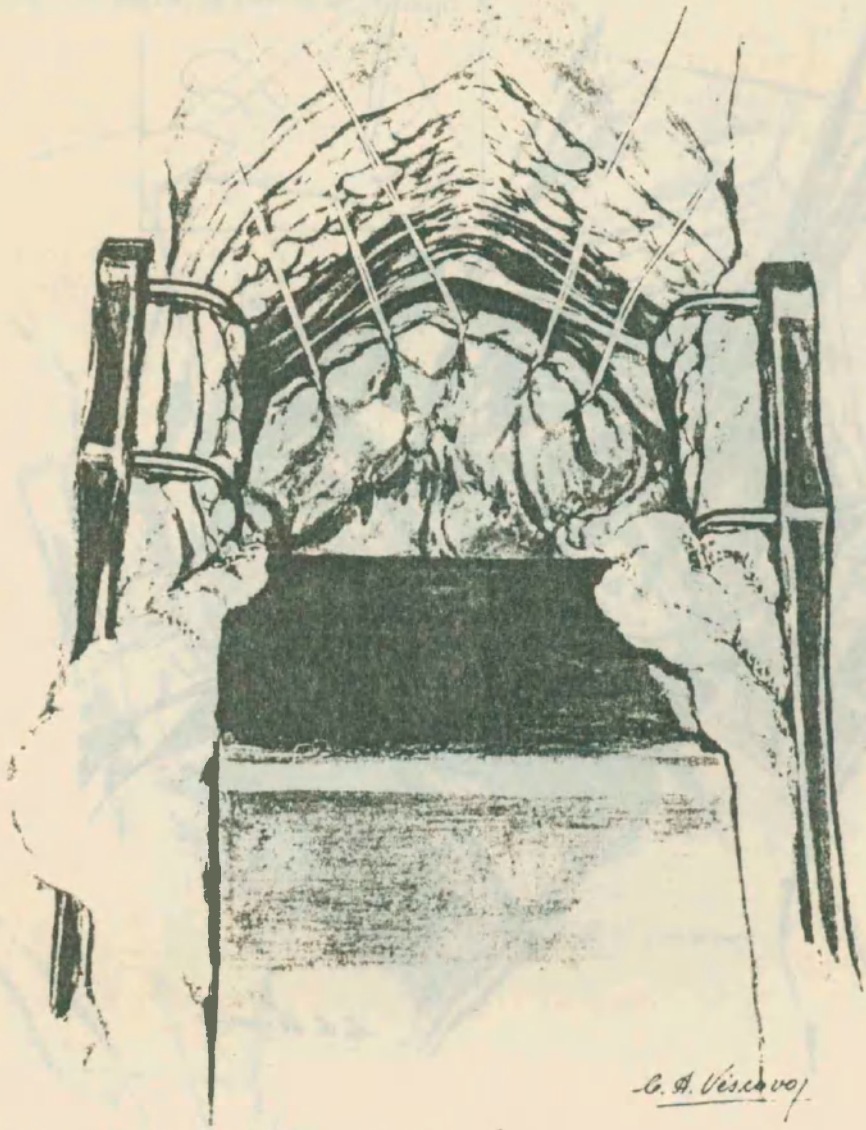
La sonda utilizada en la actualidad es la de doble corriente, que originalmente nos fabricó una firma de plaza y que en la actualidad hacemos en Francia, porque el material de su construcción es muy bien tolerado por la uretra, con el mínimo de reacción local (Fotos 4 y 5).



Dibujo 4: punto que toma todo el espesor de la celda prostatica.



Foto 3: se ven los puntos angulares que toman todo el espesor de la pared capsular.



Dibujo 5: sutura capsular, los puntos son encadenados entre sí para asegurar el hermetismo de la sutura



Fotos 4 y 5: sonda de doble corriente

Somos rutinarios en la instalación de una irrigación vesical continua con una solución al 10 % de nitrofuranos, que se mantiene hasta obtener un líquido de lavado claro, momento en que habitualmente se retira la sonda.

## Resultados

En el Grupo 1, la sonda permaneció colocada entre 1 y 32 días, con una media de  $5.0 \pm 0.4$  días. Los días del post-operatorio oscilaron entre 3 y 35, con una media de  $6.5 \pm 0.5$  días. En estos pacientes hubo catorce complicaciones y ningún óbito (Tabla 2).

Grupo	Días con sonda	Días postopert.	Transfusión	Complicac.	Mortalidad
1	$5.0 \pm 0.4$	$6.5 \pm 0.5$	3	14	0
2	$7.9 \pm 0.5$	$14.1 \pm 0.7$	6	19	4
3	$18.2 \pm 0.9$	$24.0 \pm 1.0$	15	36	6

Valor de p entre los grupos 2 y 3

«« 0.001	«« 0.001	< 0.05	< 0.01	> 0.05
----------	----------	--------	--------	--------

Tabla 2: días con sonda y post-operatorios (media y doble error standard). Número de transfusiones, complicaciones y mortalidad post-operatoria. Significación de la diferencia entre los Grupos 2 y 3 (valor de p).

En el Grupo 2, la sonda permaneció colocada entre 1 y 31 días, con una media de  $7.9 \pm 0.5$  días. En el Grupo 3, el rango fue de 5 a 64 días, con una media de  $18.2 \pm 0.9$  días. La diferencia entre las medias fue estadísticamente significativa (prueba de t,  $p \lll 0.001$ ) (Tabla 2, fig. 1). El período post-operatorio fue estimado desde el día de la operación hasta el día en que el paciente fue dado de alta del hospital; la duración del post-operatorio en el Grupo 2 osciló entre 6 y 33 días, con una media de  $14.1 \pm 0.7$  días; en el Grupo 3, el rango varió entre 9 y 66 días, con una media de  $24.0 \pm 1.0$  días. La diferencia entre las medias fue estadísticamente significativa (prueba de t,  $p \lll 0.001$ ) (Tabla 2, fig 3).

En el Grupo 2, seis pacientes recibieron transfusiones de sangre en el post-operatorio, por el contrario, en el Grupo 3, la transfusión debió ser practicada en 15 pacientes. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa (prueba de chi cuadrado,  $p < 0.05$ ) (Tabla 2, fig. 3).

En el Grupo 2 hubo 19 complicaciones post-operatorias, mientras que en el Grupo 3 se complicaron 36 paciente; la diferencia entre las medias fue estadísticamente significativa (prueba de chi cuadrado,  $p < 0.01$ ) (Tabla 3, fig. 4).

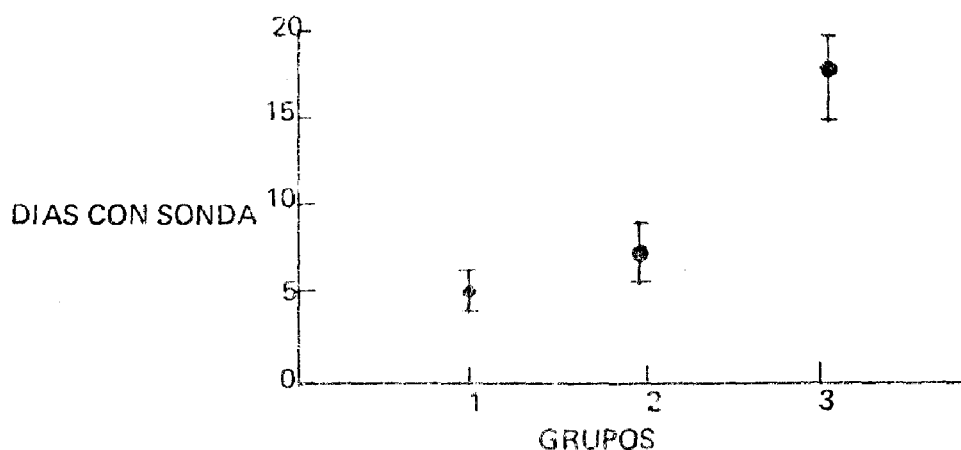


Fig.1: días con sonda en los tres grupos. Valor medio con dos errores standard.

Fallecieron 4 pacientes en el Grupo 2, tres con cuadro de shock a las 24, 72 y 96 horas de la operación y el cuarto por paro cardíaco a los 17 días del post-operatorio (Tabla 2). En el Grupo 3, fallecieron 6 pacientes, dos por hemorragia cataclísmica a los 6 y 12 días del post-operatorio, uno por embolia pulmonar a los 10 días y tres por paro cardíaco a los 5, 5 y 9 días respectivamente. La diferencia entre la mortalidad de ambos grupos fue estadísticamente no significativa (prueba de chi cuadrado,  $p > 0,05$ ) (Tabla 2).

### Comentarios

Nuestros resultados sugieren los beneficios del abordaje por vía retropúbica de la glándula prostática. La cantidad de días que el paciente pasa con sonda es evidentemente menor con esta técnica que con la clásica transvesical, hecho este a tener en cuenta dado que la sonda uretral puede actuar creando lesiones por decúbito con el daño ulterior de la uretra: retracción y estrechez no fáciles de tratar. Debemos considerar que en tan pocos días la posibilidad de que la sonda se obstruya con mucosidad o sales de la orina es escasa, evitando así los cambios de catéteres, no exentos de riesgos.

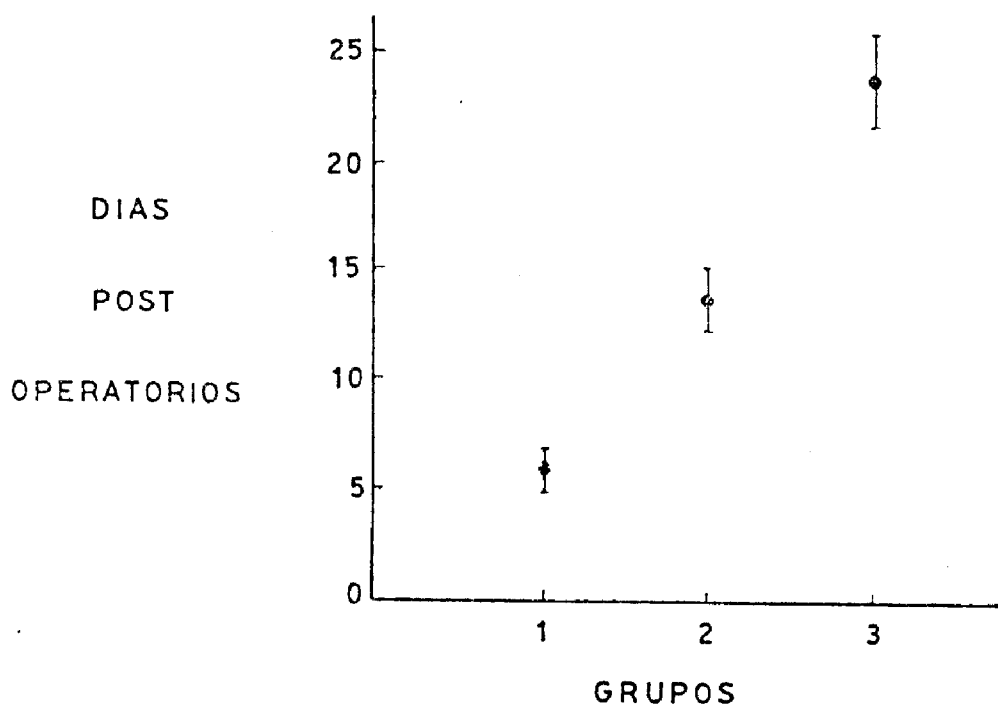


Fig. 2: días post-operatorios en los tres grupos .  
Valor Medio con dos errores standard.



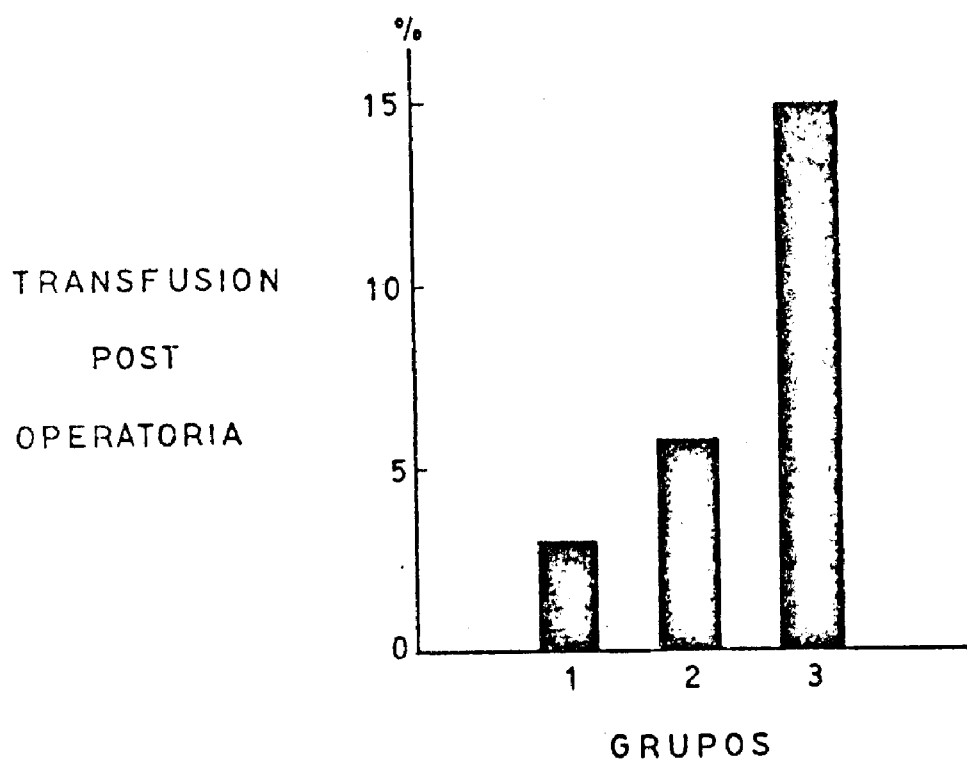


Fig. 3: transfusión post-operatoria en los tres grupos.  
Valores absolutos.

## COMPLICACIONES

## Grupo

	Grupo		
	1	2	3
Epididimitis	9	3	9
Hematuria	3	4	7
Fístulas	0	9	12
Eventración	0	0	1
Congestión pulmonar	1	0	2
Esclerosis cervical	1	2	2
Retracción vesical	0	0	1
Flebitis	0	0	2
Osteítis	0	1	0
Total	14	19	36

Tabla 3: número de complicaciones en los Grupos 1, 2 y 3

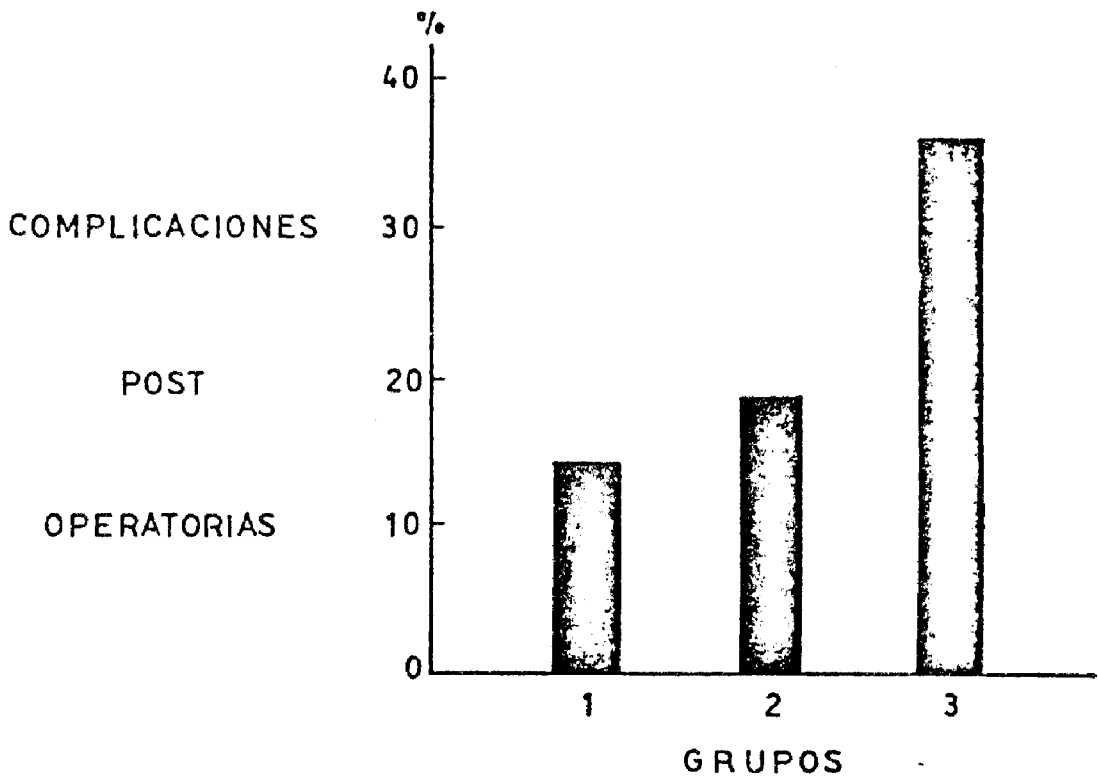


Fig. 4: complicaciones post-operatorias en los tres Grupos. Valores absolutos.

Al ser menor el número de días con sonda también lo es el de los días de internación, disminuyendo de ese modo el costo día-cama y agilizando el movimiento hospitalario. La deambulación precoz a que pueden ser sometidos estos pacientes reduce en forma considerable el tiempo que se alejan de sus ocupaciones habituales. Esto tiene una gran importancia desde el punto de vista psicológico ya que no se sienten tan invalidados y le restan importancia a las pequeñas molestias del post-operatorio inmediato.

Todos los pacientes recibieron una transfusión de sangre total intraoperatoria, pero sólo 6 en el Grupo 2 debieron ser transfundidos durante el post-operatorio inmediato. En cambio, en el Grupo 3, 15 pacientes necesitaron sangre. Esto habla en favor de la menor pérdida de sangre en el post-operatorio inmediato.

En lo que respecta a las complicaciones inmediatas los resultados son similares a los expresados en el párrafo anterior, dado que los pacientes intervenidos quirúrgicamente por vía suprapúbica tuvieron el 50 por ciento más de complicaciones que los operados según la técnica de Millin.

De la comparación realizada surge que el abordaje de la glándula prostática por vía retropúbica tiene mayores ventajas que el realizado por vía suprapúbica, por los siguientes motivos:

- 1) Mejor control de la pérdida de sangre
- 2) Disminución evidente del número de días con sonda
- 3) Menor número de días de internación
- 4) Menor incidencia de complicaciones post-operatorias

Los beneficios previamente mencionados hacen que el paciente se reintegre antes a su medio ambiente familiar y laboral, cumpliéndose de ese modo las aspiraciones de una técnica quirúrgica de fácil realización, post-operatorio breve y efectiva en sus resultados.

## SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

SESION DEL 22 DE AGOSTO de 1974

**Dr. Alsina**

Yo deseo subrayar el mérito del trabajo del Dr. Rubi, en primer término por haberlo llevado a cabo en forma analítica, comparativa en sus resultados con respecto a otro u otros métodos de remoción de la patología prostática y en segundo lugar por traer un tema, que a pesar de conocerse ya desde el año 1947, aún es polémico en todas partes. No creo que sorprenda que yo apoye tan entusiastamente las conclusiones a las que haya llegado el Dr. Rubi, porque es conocida mi devoción por este método en donde traigo también un poco un sentimiento de profunda gratitud para Millin de quien he sido, soy y me honro en ser su amigo.

Los resultados que yo he obtenido en más de 20 años, son absolutamente similares a los del Dr. Rubi, la manera de proceder es también un calco de la que yo he llevado a cabo, pasando por toda esa suerte de inquietudes, de vacilaciones que tiene el lanzarse a otra cosa, abandonando lo que se ha sabido hacer y se ha hecho matemáticamente de antemano. Un solo detalle, que es nimio, quisiera puntualizar; ha dicho muy bien el Dr. Rubi que el instrumental que originariamente fue planeado para llevar a cabo este método, no es necesario, puede ser suplido con el instrumental corriente y común, pero hay dos de esos instrumentos que yo he creído necesario tener siempre a mano; en mis primeros tiempos me fueron en extremo útiles, sobre todo uno de ellos, la aguja Boumeran; es agresiva sin duda, es mucho mejor no tener que usarla, pero cuando se ha emprendido, sobre todo en las primeras épocas de entrenamiento de este método que lo requiere sin duda alguna, las dificultades de remoción de un tumor que no resulta tan fácilmente desprendible, pese a que se lo tiene a la vista, que puede conducir a desgarros absolutamente involuntarios para el cirujano, de ese labio inferior de la cápsula prostática que luego tiene que ser traído para poder llevar a cabo un cierre eficaz, un verdadero cierre, sin extravasación de orina, en esas circunstancias la utilización de las agujas convencionales es muy difícil, aguja Boumeran, es un salvavidas para el náufrago en esa circunstancia.

El otro instrumento del cual no he prescindido, aún ahora, es el **Sprider**, al que le pusimos con el Dr. Rubi (padre) hace muchos años una cremallera para disminuir la fatiga del ayudante que tenía que sostenerlo en aquellos tiempos; coincido también en que este método ha hecho posible el no hacer transfusión sino en circunstancias que aparecen en forma, no voy a decir excepcional, pero sí poco frecuentemente, es un detalle que tiene significación para las secuencias post-operatorias. Y en cuanto a la producción de las hemorragias posteriores, es casi sistemático que cuando el enfermo se despierta y empieza a acusar señales de dolor, repunte el color rojo de un lavado que resultaba claro en el acto mismo en que se había terminado la operación. El lógico, el dolor tiene sobre la vejiga una influencia notable, ya se conoce la notable irrigación capilar de la vejiga, suele hacer vendimias de sangre y cuando duele al cortarse, la hemorragia es siempre severa. En una oportunidad, de esto hace muchos años, puesto ya en decisión de reabrir un enfermo por hemorragia, fue suficiente que el anestesista lo durmiera -era una segunda etapa-, para que esa hemorragia cesara acto seguido y no fuese necesaria la reintervención.

También quería decir dos palabras acerca de complicaciones que se le atribuyeron a este método y el tiempo ha demostrado que no le eran imputables. Ya no se habla más de osteítis, que fue la más importante de las que se mencionaron en sus tiempos; mala denominación como lo expresé en una oportunidad en una comunicación a esta Sociedad, osteítis significa proceso localizado, flogósico, con reacción tegumentaria, febriles altos, muy dolorosos, todo lo diferente de lo que sucede en ese proceso al que calificué de artrosis pubiana" porque encontré una

similitud notable con lo que sucede en la artrosis no tuberculosa de la cadera, proceso que termina con deformaciones considerables, permanentes, de la sínfisis pubiana, y que termina siempre cuando se sigue prolijamente a estos enfermos, con la anquilosis de la articulación. Pero ya no se habla más de osteítis pubiana, es que recrudesció en un momento en que la operación retropubiana que requiere, lo reconozco, paciencia, tiempo y aguante para soportar algunas inquietudes del comienzo, o es que el mejorar esa técnica como las de todas las otras prostatectomías, ha hecho cesar la acumulación de serosidades sépticas en el espacio retropubiano, como acontece también por gravitación en una operación transvesical.

Por lo que acabo de exponer, quiero dejar constancia de la manera como yo apoyo el esfuerzo que ha llevado a cabo el Dr. Rubi, que gráficamente lo hace aún más meritorio.

#### **Dr. Juan M. Fazio**

Quisiera agradecerle al Dr. Rubi y al Dr. Alsina el fruto de la experiencia de tantos años y quisiera hacerle una pregunta de orden técnico. Quiero saber si todavía siguen empaquetando el espacio peritostático y si eso tiene relación con la presencia de artrosis pubiana, de osteítis pubiana o de neuritis del obturador. Quisiera saber si hay osteítis pubiana, cual es el tratamiento actual de la misma y además si el drenaje retropúbico lo usan laminar o tubular, y el número de días que lo dejan. Y con respecto al catgut, quisiera saber si usan simple o crómico y que calibre.

#### **Dr. Raúl Rubi**

Yo creo que prácticamente nunca empaqueté el espacio látero-prostático. Lo he visto hacer, lo ha hecho durante muchos años sistemáticamente mi padre, no lo hace ahora, inclusive se siguen conservando quizás por historia las gasas con la cinta de hilera para no olvidarlas, después que han sido ligadas. No hemos notado ninguna diferencia en las posibilidades de neuritis del obturador por el empaquetamiento de gasa, pero sí yo las he tenido por los puntos capsulares, angulares muy bajos e inclusive he tenido problemas a veces con la vena obturatriz. En lo que respecta al catgut, utilizamos cromado 1, excepto para los puntos de la retrigonización en la que utilizamos catgut simple 0, el resto se hace con catgut cromado 1. En lo que respecta al drenaje utilizamos una de esas sondas plásticas calibre 18-20, las normas, lo que uno lee y se publica, es que se saca 24 horas después que se sacó la sonda. Habitualmente, por comodidad, yo diría por indolencia, sacamos este drenaje el día que sacamos los puntos.

Con respecto a las osteítis las he visto en forma epidémica mencionadas en ese trabajo al cual hizo referencia el Dr. Alsina, en el que tuve el honor de colaborar con él. El aportó algunas yo aporté otras; durante muchos años no volví a ver osteítis, hasta hace 5 ó 6 años, que tuve 2, y conjuntamente con las 2 más, otro colega que se iniciaba -no el en Servicio del Hospital- en su primera adenomectomía o su segunda, hizo una osteítis. He ensayado de todo, pero lo que más resultado me dio fue lo que en esa comunicación preconizó el Dr. Alsina: la punción del espacio retropúbico y la aspiración; en las circunstancias en que lo he hecho he recogido no más de 1 cm<sup>3</sup> de un material hemático, no purulento, y en este espacio aprovechamos para inyectar corticoides y algún antibiótico de acción local. En los casos en que he tenido que instaurar una terapia intensiva, desde ya el reposo, antiálgicos -es sumamente doloroso- y corticoides. Se de un caso en que hubo necesidad de hacerle radioterapia. Todos los casos, por lo menos los que yo conozco y los que no se desencantaron con el Dr. Rubi y lo siguieron consultando, recuperaron su marcha y no quedaron con la clásica marcha "de pato".

#### **Dr. Ruiz**

Quiero agradecer la transmisión de la experiencia amplia del Dr. Rubi, que nos viene muy

bien, fundamentalmente porque nosotros en el Policlínico Castex hace 6 años que estamos haciendo sistemáticamente técnicas de Millin, por eso hay una cosa que no entendí o entendí mal; cómo hace para individualizar las vesículas seminales en el momento de la enucleación. Y otra pregunta, si hace sistemáticamente endoscopia preoperatoria.

**Dr. Raúl Rubi**

Hacemos la enucleación, llamémosle adenoma, y luego levantamos la vertiente capsular posterior y entonces ahí hacemos las secciones y directamente nos vamos hacia el plano posterior hasta llegar a vesícula. Es un paso más de la enucleación. La enucleación es tan rutinaria a tijera como a dedo, pero después levantamos el labio posterior, seccionamos y nos vamos directamente por ese plano posterior hasta el plano de la vesícula seminal.

Con respecto a la panendoscopia, hemos pagado tributo también a eso. Hay veces que nos hemos olvidado algún pequeño papiloma endovesical, y a veces más que un papiloma. Lo realizamos en forma sistemática en aquellos pacientes en los que existe la posibilidad clínica o radiológica de ver alguna alteración a nivel vesical. Lo que sí hacemos en forma sistemática es la exploración visual donde podemos, y digital de la vejiga completada la enucleación, pero no somos sistemáticos, mentiría si lo dijese, en realizar endoscopías preoperatorias.

**Dr. Rolando C. Hereñú**

Personalmente yo también soy partidario de la operación de Millin; más o menos un 50 por ciento de nuestros casos se operan con Millin, y tengo el honor de decir que lo he aprendido con la gente del Hospital Fernández, de modo que lo que yo puedo aportar es apenas un poco más para sumar al volumen grande de Rubi, de todos modos, personalmente no soy sistemático pero lo soy si cabe la posibilidad de alguna duda, en la radiografía previa. Tampoco hago endoscopia, en los prostáticos es algo muy excepcional, cuando hay alguna duda que pueda haber patología agregada, voy directamente a una transvesical y algunas veces cuando veo que es mucho más cómodo hacer una transvesical que una Millin, que no siempre es tan simple en algunos pacientes.

De todos modos, no hay dudas que la Millin es una técnica muy interesante y linda y es la que permite sacar la sonda lo más precozmente posible. Hemos tenido por error algunas veces sondas sacadas a las 24 horas y no ha pasado absolutamente nada.

**Dr. Raúl Rubi**

A mi no me cabe otra cosa que agradecer todos los aportes y especialmente el del Dr. Alsina, que pienso que ha sido un poco desmedido en sus elogios, pero creo que son fruto del afecto que nos profesamos mutuamente. El motivo de esta presentación no fue hacer un alarde médico o técnico, sino que fue una llamada de atención a todos los que vivimos de la urología. Lo que es nuestro pan, en este momento se discute, si lo vamos a operar con algo que se hizo hace 70 años, o algo que se hizo hace 30 años. La llamada de atención es que pienso, que excepto una anémicos amagos de modificar el abordaje de la glándula prostática, como fue la criocirugía, los prostáticos pagan un poco tributo a la falta de inquietudes desde el punto de vista quirúrgico de los urólogos, al no tratar de ofrecerles algo mejor, algo más confortable y que al sujeto no lo someta a veces a las tiranías de impotencias, incontinencias, neuritis, sean osteosis o sean osteítis. El objeto mío es juntar a todos a trabajar y tratar de que dentro de unos años se discutan los beneficios de otra técnica, en detrimento de la Millin y de la vía transvesical.