



Artículo original

Original article

**PROSTATECTOMÍA RADICAL PERINEAL EN EL
TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA.
Evolución temprana****RADICAL PERINEAL PROSTATECTOMY IN THE TREATMENT OF
PROSTATE ADENOCARCINOMA. Early follow-up.**

**Dres. Chéliz, G. M. J.; De La Torre, C. G.; Graziano, C. A.; Hernández, C.; García Penela, E.; Bechara, A. J.;
Casabé, A.; Romano, S. V.; Rey, H. M.; Fredotovich, N.**

RESUMEN: *Objetivo:* Describir la evolución a corto plazo de un grupo de pacientes en los cuales se empleó la prostatectomía radical perineal como tratamiento del carcinoma de próstata.*Material y métodos:* a) Criterios de inclusión: pacientes con un factor predictivo positivo para N+ inferior a 3%. b) Población: 19 pacientes (61,3 años de edad) con un seguimiento promedio de 11,2 meses. c) Antecedentes: desahormización neoadyuvante 84,2%, impotencia 63,5%, RTU de próstata previa 10%, radioterapia 5,2%, obesidad 10,5%. El 89,5% de los pacientes tenía un Gleason combinado inferior a 7 y un PSA preoperatorio preadyuvancia, cuando la hubiere, igual o menor a 10 ng/ml en el 94,4%.*Resultados:* 21% de los pacientes fueron sobrestadificados con 10,5% de márgenes positivos. Complicaciones: impotencia 71,4% de aquellos potentes preoperatoriamente, incontinencia de orina luego de 6 meses 5,2%. Todos los pacientes deambularon dentro de las 24 horas y estaban en condiciones de alta institucional a las 72 horas.*Conclusión:* La prostatectomía radical perineal es una alternativa terapéutica válida en el tratamiento quirúrgico del cáncer localizado de próstata. La accesibilidad de la uretra y la sutura vesicouretral, el escaso sangrado, la deambulación y el alta temprana, transforman a esta técnica en un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo apto en aquellos pacientes con escasa probabilidad de metástasis ganglionares pelvianas.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 3, Pág. 135, 1999)

Palabras clave: Próstata; Cirugía; Perineal.

SUMMARY: *Objective:* Description of the outcome of a group of patients treated with a radical perineal prostatectomy for prostate carcinoma in a limited follow-up period.*Material and Methods:* a) Inclusion criteria: patients with a positive predictor factor for N+ less than 3%. b) Population: 19 patients (mean age 61.3 years) with an average follow-up of 11.2 months. c) clinical background: neoadjuvant hormonal suppression 84.2%, impotence 63.5%, prostate TUR 10%, radiotherapy 5.2%, obesity 10.5%. Gleason score was 7 or less in 89.5% of patients and preoperative PSA less than 10 ng/ml in 94.4%*Results:* preoperative subestadification 21%, positive margins 10.5%. Complications: 71.4% of impotence in patients

Servicio de Urología del Hospital Carlos G. Durand
Avda. Díaz Vélez 5044, (1405) Buenos Aires, Argentina.
Tel. 4982-1050/0366.

with preoperative potency, 5.2% urinary incontinence. Almost all patients were able to deambulate in 24 hs. and could be at home in 72 hs.

Conclusion: Radical perineal prostatectomy is a useful therapeutic option in the treatment of localized prostate cancer. Ease accessibility to urethra, early deambulation, short hospital stay make this procedure a minimally invasive surgery for patients with low probability of lymph node metastasis.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, Nº 3, Pág. 135, 1999)

Key words: Prostate; Surgery; Cancer.

INTRODUCCIÓN

El abordaje perineal de la próstata fue descrito por Young en 1905. Posteriormente el perfeccionamiento de la prostatectomía radical retropúbica según fuera descrito por Walsh, extendiéndose su uso tanto en el ámbito nacional⁽¹⁻³⁾ como internacional, pasando la vía perineal a un segundo plano. Petros⁽⁴⁾ en 1992 y Danella⁽⁵⁾ en 1995 informaron que el uso del PSA en el screening de esta patología permite disminuir la incidencia de metástasis ganglionar de un 33 a 60% en la era prePSA a un 5%. La posibilidad de identificar aquellos pacientes con bajo riesgo de metástasis ganglionar torna atractivo el abordaje perineal que prescinde de la linfadenectomía pélvica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron los siguientes criterios de selección: a) fueron incluidos aquellos pacientes con T1a a T2b y una probabilidad de metástasis ganglionar inferior al 3% según el nomograma multicéntrico en el que intervienen Walsh, Scardino y Oesterling entre otros⁽⁶⁾. b) Fueron excluidos aquellos pacientes con procesos anorrectales inflamatorios, cirugía anorrectal ablativa, que no toleraran la posición de litotomía extrema o cuyas próstatas pesaran más de 70 g, por ecografía transrectal.

Como resultado de la selección previa fueron evaluados 19 pacientes prostatectomizados por vía perineal (VP) cuya edad promedio fue 61,3 años (58 a 71) con un seguimiento promedio de 11,2 meses. El 89,5% (n: 17) de los pacientes tenía un Gleason combinado inferior a 7 y el PSA preoperatorio preneoadyuvancia, cuando la hubiere, igual o menor a 10 ng/ml. En los 2 pacientes con PSA preoperatorio superior a 10 ng/ml (12 y 14 ng/ml, respectivamente), el Gleason combinado era de 5 con T2a. En otros 2 casos el Gleason combinado era de 7, el PSA preoperatorio era inferior a 4 y tenían ambos un T2a preoperatorio. El detalle de ambos parámetros en la población seleccionada se observa en las Figuras 1 y 2. La evaluación preoperatoria del T fue 78,9% T2a (n: 15) y el 15% restante T2b (n: 4).

Los antecedentes preoperatorios de importancia en la población estudiada fueron: a) deshormonización neoad-

yuvante 84,2% (n: 16), b) impotencia 63,5% (n: 12), c) RTU de próstata previa 10,5% (n: 2), d) radioterapia 5,2% (n: 1), e) obesidad (mayor de 110 kg) 10,5% (n: 2).

Se emplearon dos técnicas: a) conservadora de las bandeletas neurovasculares (BNV), en pacientes potentes preoperatoriamente, b) márgenes ampliados, en pacientes impotentes, con T2b, sospecha intraoperatoria de compromiso extracapsular, factores de riesgo de impotencia futura (diabetes, hipertensión, tabaquismo) importantes o cuya edad fuera superior a los 65 años. De los 7 pacientes con potencia conservada preoperatoriamente sólo en 3 se realizó técnica conservadora de BNV, sea por edad, antecedentes, radioterapia o T preoperatorio.

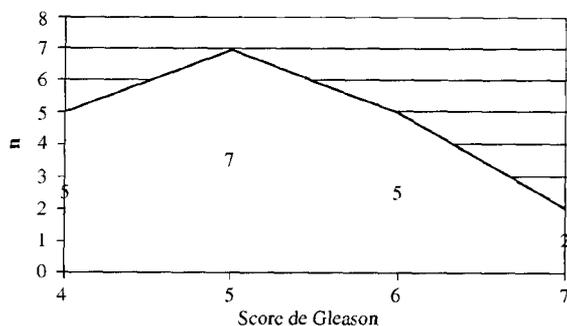


Figura 1: Gleason combinado preoperatorio.

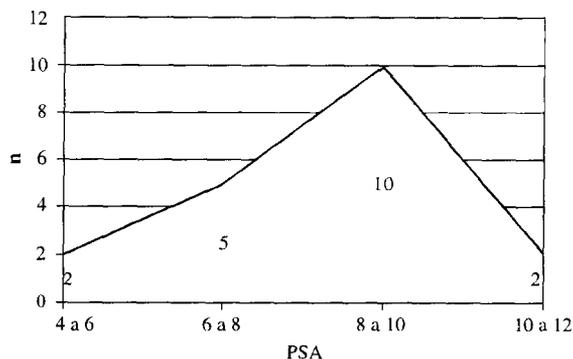


Figura 2: PSA preoperatorio.

Se definió por incontinente aquel paciente que usara al menos un paño protector por día.

Se utilizaron los accesos transesfinteriano (*Hudson*) o supraesfinteriano (*Young*) y el catéter uretral fue retirado entre los días 14 y 21.

RESULTADOS

- a) *Subestadificación*: el 21% de los pacientes (n: 4) fue subestadificado con un 10,5% (n: 2) de márgenes positivos (Ma+) (Tabla 1).
- b) *Impotencia*: el 71,4% (5 sobre 7) de los pacientes potentes preoperatoriamente manifestó impotencia postoperatoria (Tabla 2).
- c) *Incontinencia*: el 15,7% de los pacientes experimentó incontinencia a los 3 meses de postoperatorio, cifra que se redujo a 5,2% a los 6 meses, presentando este último paciente como detalle de importancia radioterapia y deshorminización previa como tratamiento de su adenocarcinoma (Tabla 3).
- d) *Otras complicaciones*: 5,2% (n: 1) parestesia en miembro inferior asociada con neuropraxia: 1) compresiva

Preoperatorio	Técnica	Postoperatorio
T2a	Conservadora	T3a
T2b	Ampliada	T3b
T2a	Conservadora	T2b
T2b	Ampliada	T3a

Tabla 1: *Resultados subestadificación*

del nervio peroneo relacionada con la posición, la cual cede espontáneamente, 2) 5,2% extracción accidental del catéter uretral, el cual se recoloca en forma endoscópica. El paciente evoluciona con débito urinoso abundante por el drenaje perineal y la internación se prolonga durante 8 días.

- e) *Alta institucional*: todos los pacientes deambularon dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio y el 94,7% se encontraba en condiciones de manejo ambulatorio al tercer día de postoperatorio.
- f) *Progresión de la enfermedad*: ninguno de los pacientes experimentó progresión de la enfermedad.

Paciente	Edad	Técnica	Tp(*)	Antecedente	DSE
1	56	C (*)	T2a		-
2	68	A	T3c	DBT. HTA, tabaquismo	+
3	58	A	T2b	Radioterapia	+
4	70	A	T2a		+
5	65	C	T2b		+
6	70	A	T2a	RTU próstata	+
7	63	C	T2a		-

(*) T postoperatorio. (**) Técnica: A, ampliada; C, conservadora.

Tabla 2: *Resultados: Disfunción sexual eréctil postoperatoria.*

Paciente	Edad	Antecedentes	Tp	IO 3 meses	IO 6 meses
1	58	Radioterapia	T2b	+	+(*)
2	70	RTU próstata	T2a	+	-
3	71	-	T2a	+	-

(*) Incontinencia de orina de esfuerzo moderada.

Tabla 3: *Incontinencia de orina de esfuerzo moderada.*

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos y la literatura revisada nos permiten realizar los siguientes comentarios.

a) *Ventajas y desventajas*: sin duda la principal desventaja de esta técnica es la imposibilidad de acceder a los ganglios pelvianos. El tamaño de la próstata es un limitante a tener en cuenta a la hora de utilizar esta vía; pesos superiores a los 70 g hacen la ectomía particularmente laboriosa. Por último, sin ser una desventaja en sí misma, la disección de la cara anterior y el fondo de las vesículas seminales no es tan accesible como en la vía retropúbica. Más allá de las preferencias individuales que deben primar a la hora de elegir un procedimiento quirúrgico, esta vía presenta ventajas que la hacen atractiva: 1) el acceso a la uretra membranosa por VP es fácil, ya que ésta se encuentra superficialmente en la herida quirúrgica, 2) no es necesario ligar el complejo venoso y por ende el sangrado asociado con el mismo que se presenta en algunas oportunidades, es despreciable, 3) en todos los casos la sutura vesicouretral es fácilmente realizable, existiendo la posibilidad de dar varios puntos de sutura, permitiendo que ésta sea completamente estanca y mucoso-mucosa, 4) el postoperatorio permite la deambulación cómoda dentro de las 24 horas del mismo y los pacientes se hallan en condiciones de manejo ambulatorio dentro de las 72 horas del postoperatorio, como observamos en nuestra limitada serie, 5) en pacientes obesos, el acceso a la glándula no es tan dificultoso como en la vía retropúbica.

b) *Criterios de selección*: el uso preoperatorio del PSA y el Gleason combinado^(7, 8) permiten identificar aquellos pacientes con muy bajo riesgo de N+ Parra⁽⁹⁾ y Narayan⁽¹⁰⁾ encontraron en pacientes con PSA menor de 10 ng/ml y Gleason menor de 7 de 0 a 1% de N+. Bluestein⁽¹¹⁾ encontró en pacientes con PSA menor de 10 ng/ml y en pacientes con T1a a T2b un 3 y 4% respectivamente de N+. En 1997 Walsh, Scardino y col.⁽⁶⁾ publicaron los resultados de la combinación de 3 factores T, PSA y Gleason combinado en 4.133 pacientes en los cuales se informa, entre otros parámetros, la probabilidad de N+. Este nomograma confirma los resultados de otros autores respecto del PSA y el Gleason y permite incorporar un número limitado de pacientes con Gleason muy bajo en los que el PSA supera los 10 ng/ml o con PSA superior a los 10 ng/ml con Gleason combinado muy bajo, siendo en ambos casos el riesgo de N+ igual o inferior a 2%. Este nomograma nos permitió incorporar a 3 pacientes T2a con Gleason de 7 y PSA de 4 y a 2 pacientes con PSA de 12 y 14 ng/ml respectivamente T2a y Gleason 5, todos ellos con riesgos de N+ de un 2%.

c) *Márgenes positivos*: la presencia de Ma+ depende básicamente de los siguientes factores: volumen tumoral, PSA preoperatorio, Gleason combinado, neoadyuvancia preoperatoria y la técnica empleada. Los estadios T2b, T2c

y T3, PSA preoperatorios superiores a 10 ng/ml⁽¹²⁾ y un Gleason combinado superior a 7⁽¹³⁾ y la conservación de las BNV, se asocian con porcentajes mayores de Ma+. La presencia de neoadyuvancia claramente disminuye dicha probabilidad, especialmente en pacientes con T1, T2 y PSA inferiores a 10 ng/ml⁽¹⁴⁾. El bajo índice de Ma+ (10,5% en la presente serie frente a un 28% global) obedece, seguramente, no a la técnica empleada, sino a que los criterios de selección (tumores de bajo grado con bajo PSA) y el hecho de que la mayoría habían recibido neoadyuvancia disminuyen sensiblemente la probabilidad de dichos márgenes. Respecto de la técnica en sí, la disección de la cara anterior de la próstata por debajo del complejo venoso en la VP expone potencialmente a un porcentaje mayor de Ma+ cuando existe invasión de la cara anterior. Es interesante recalcar que si bien no hay diferencia significativa en la incidencia entre ambas vías⁽¹⁵⁾, sí la hay respecto de la localización. En la vía retropúbica el sitio más frecuente de Ma+ es el pico prostático y en la VP, la cara anterior de la próstata⁽¹⁶⁾. Una vez más el hecho de que por VP se visualiza fácilmente el pico prostático y tal vez menos que por vía retropúbica la cara anterior, explican estas diferencias.

d) *Disfunción sexual eréctil*: la conservación de las BNV gira alrededor de la siguiente disyuntiva: potencia versus resección. Cuando se desea conservar una o ambas BNV uno debe recordar que: 1) no se puede diferenciar intraoperatoriamente entre fibrosis por biopsia previa, por neoadyuvancia o extensión tumoral, 2) los Ma+, ya sea en pico prostático o cara posterolateral, son adyacentes a las BNV^(17, 19), 3) la disección de las bandeletas aumenta la posibilidad de Ma+ iatrogénicos, 4) la presencia de Ma+ disminuye la sobrevida global y específica por cáncer⁽¹⁸⁾, 5) seguramente dentro de los pacientes considerados potentes postoperatoriamente hay un grupo en el cual la calidad de la erección obtenida sea menor a la preoperatoria, 6) hay terapias mínimamente invasivas para resolver la DSE postoperatoria. En el caso particular de la VP, la incisión en la línea media de la fascia periprostática como la describe Weldon (destinada a la conservación de una o ambas BNV) no ofrece un plano de clivaje tan claro como en la vía retropúbica, siendo aún más confuso si hubo neoadyuvancia o RTU previa, aumentando la posibilidad de Ma+ de causa iatrogénica. En estos casos la disección se debe comenzar en la zona de clivaje parauretral donde el plano es fácilmente identificable y desplazarse cefálicamente hacia la cara posterolateral de la próstata, o por el contrario, disecar primero la cara posterior de las vesículas seminales y desplazarse en sentido caudal hacia la cara posterolateral de la próstata para identificar el plano fascial que contiene a la BNV correspondiente.

La prostatectomía radical ciertamente no favorece la potencia, por lo cual en aquellos pacientes que presentan factores concurrentes a la aparición de DSE (edad mayor de 65 años, diabetes, insuficiencia renal crónica, tabaquismo, hipertensión arterial de larga data, etc.) preferimos primar la resección sobre la potencia. La edad promedio y el número limitado de la población explican el bajo número

ro de pacientes potentes preoperatoriamente en nuestra serie y el hecho de que no a todos los hayamos conservado las BNV. La conservación de la potencia en la literatura oscila entre un 11 y un 86%. Esta amplia dispersión depende de varios factores: edad y volumen tumoral en forma indirecta, y número de bandeletas conservadas en forma directa. Sumado a estos factores que hacen difícil toda comparación hay que considerar el hecho de que el criterio habitual de potencia conservada "capacidad de penetración vaginal con obtención del orgasmo" no incluye variaciones en la calidad de las erecciones obtenidas. Al respecto *Walsh* informa sobre una serie de pacientes con "potencia conservada" en los cuales la tercera parte tenían penetración vaginal y orgasmo con erecciones de menor calidad que la obtenida preoperatoriamente⁽²⁰⁾.

e) *Incontinencia de orina*: como en el caso de la disfunción sexual eréctil, la incidencia de incontinencia de orina presenta una amplia dispersión incluso en series actuales, dependiendo de la definición de incontinencia, del tiempo de seguimiento y tal vez de la técnica de reconstrucción cervical empleada (Tabla 4). No existe hasta el día de la fecha trabajo que pruebe diferencias en el porcentaje de incontinencia por VP o por vía retropúbica⁽¹⁵⁾. El tiempo de seguimiento es un factor importante a la hora de analizar la incidencia de incontinencia postoperatoria; aquellos pacientes que al año no hayan recuperado la continencia seguramente no la recuperarán en un futuro, pero antes del año. En nuestra serie la incidencia de incontinencia a los 3 meses de postoperatorio fue de 15,78%, a los 6 meses la misma baja dentro de los parámetros publicados a un 5,2% (Tabla 4), fenómeno publicado en otras series con distintas vías⁽²¹⁻²³⁾. El caso de incontinencia de orina en nuestra serie era al momento del diagnóstico un T2b, por lo cual se le realiza radioterapia externa. A los 3 años de seguimiento presenta progresión química de la enfermedad, por lo cual se lo deshormoniza con disminución de los valores de PSA; nuevamente progresa al año, por lo que se decide la prostatectomía radical de rescate. Hasta la fecha el paciente se encuentra en remisión química de su enfermedad con incontinencia de orina a esfuerzos moderados. La cirugía de rescate tiene dos problemas fundamen-

tales: a) la subestadificación de la enfermedad, que puede llegar a valores tan altos como el 50%^(25, 26), b) incontinencia de orina, cuya incidencia asciende hasta 50 y 70%^(27, 28).

f) *Hemorragia intraoperatoria*: el acceso a la cara anterior y al pico prostático no involucra la sección del complejo venoso en la VP. Si bien no pudimos comprobar en forma confiable el volumen del sangrado intraoperatorio, esta característica y la literatura revisada^(15, 29, 30), avalan claramente esta diferencia con hemorragias que oscilan alrededor de los 500 ml para la de 1.000 a 1.500 para la vía retropúbica.

g) *Otras complicaciones*: si bien en nuestra serie no observamos lesiones rectales, la revisión cuidadosa de la literatura comunica una mayor incidencia con esta vía que oscila entre un 2 y un 11%^(8, 15, 31) frente a un 1% según lo informado por *Walsh* y *Borland*⁽³²⁾. Lo más importante, cuando ésta sucede, es identificarla intraoperatoriamente y repararla en el mismo acto, no siendo necesaria la realización de una colostomía si el intestino fue preparado correctamente en forma preoperatoria. La zona donde habitualmente se produce la lesión está a la altura del músculo rectouretral, donde la proximidad con el recto es máxima a la zona de disección.

CONCLUSIÓN

La prostatectomía radical perineal es una alternativa terapéutica válida en el tratamiento quirúrgico del cáncer localizado de próstata. La accesibilidad de la uretra y la sutura vesicouretral, el escaso sangrado, la deambulación y alta tempranas, transforman a esta técnica en un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo apto en aquellos pacientes con escasa probabilidad de metástasis ganglionares pelvianas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sáenz, C.: Consideraciones sobre la técnica de la prostatectomía radical. Sociedad Argentina de Urología. Comisión del Interior. Puesta al día N° 43.
2. Ghirlanda, J.; Mazza, O.; Ranitzsch, P.; Ameri, C.; Butori, G.: Prostatovesiculectomía radical retropúbica con técnica de disección cérico-apical. Presentación y experiencia en 51 casos. *Rev. Arg. de Urol.*, 61: 61, 1996.
3. Bengió, R. H.; Metrebi, S.; Olmedo, L.; Colla, R. y Bengió, R. G.: Significado y conducta frente a márgenes positivos y compromiso ganglionar en pacientes con cáncer de próstata tratados con prostatectomía radical. *Rev. Arg. de Urol.*, 61: 107, 1996.
4. Petros, J. A. y Catalona, W. J.: Lower incidence of unsuspected lymph node metastases in 521 consecutive patients with clinically localized prostate cancer. *J. Urol.*, 147 (6): 1.574-1.575, 1992.

Autor	n	Vía	Incidencia
Catalona y Basler (1993) ⁽¹⁷⁾	435	Retropúbica	6,0%
Geary (1995) ⁽¹⁸⁾	738	Retropúbica	5,2%
Murphy (1994) ⁽¹⁹⁾	1.796	Retropúbica	3,6%
Gibbons (20)		Perineal	5,0%
Paulson (21)		Perineal	

Tabla 4: *Incontinencia de orina postoperatoria*

5. Danella, J. F.; deKernion, J. B.; Smith, R. B. y Steckel, J.: The contemporary incidence of lymph node metastases in prostate cancer: implications for laparoscopic lymph node dissection. *J. Urol.*, 149 (6): 1.488-1.491, 1993.
6. Partin A. W.; Subong M. S.; Walsh, O. C.; Wojno, K. J.; Oesterling, J. E.; Kattan, M. W.; Scardino, P. T. y Pearson, J. D.: Combination of prostate-specific antigen. Clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multi-institutional update. *JAMA*, 277:1.445, 1997.
7. García, A.; Kahn, A.; Montes de Oca, L.; Elsner, B.; Belloti, M. S.; Becher, E. y Sáenz, C.: Prostatectomías radicales: Estudio morfológico y de ploidía nuclear. *Rev. Arg. de Urol.*, 59 (3): 115, 1994.
8. Di Gregorio, M.; Giúdice, C.; Munarriz, M.; Damia, O.; Schiappapietra, J.: PSA, Gleason y TAC en la evaluación prequirúrgica del cáncer de próstata. *Rev. Arg. de Urol.*, 62, 145, 1997.
9. Parra, R. O.; Isorna, S.; Pérez, M. G.; Cummings, J. M. y Boullier, J. A.: Radical perineal prostatectomy without pelvic lymphadenectomy: selection criteria and early results. *J. Urol.*, 15: 615, 1996.
10. Narayan, P.; Gajendran, V.; Yaylor, S. P.; Tewari, A.; Presti, J. C.; Leidich, R.; Palmer, K.; Shinohara, K. y Spaulding, T.: The role of transrectal ultrasound guided biopsy guides staging, preoperative prostate specific antigen and biopsy Gleason score in prediction of final pathologic diagnosis in prostate cancer. *Urology* 46: 205-212, 1995.
11. Bluestein, D. L.; Bostwick, D. G.; Bergstmlh, E. J. y Oesterling, J. E.: Eliminating the need for bilateral pelvic lymphadenectomy in selected patients with prostate cancer. *J. Urology*, 151: 13-15, 1994.
12. Gómez, C. A.; Soloway, M. S.; Civantos, F. y Hachiya, T.: Bladder neck preservation and its impact on positive surgical margins during radical prostatectomy. *Urology*, 42: 689, 1993.
13. Geary, E. S. y Stamey, T. A.: Pathological characteristics and prognosis on nonpalpable and palpable prostate cancers with a hybritech prostate specific antigen of 4 to 10 ng/ml. *J. Urol.*, 156: 1.056, 1996.
14. Van Poppel, H.; De Ridder, D.; Elgamal, A. A.; Van de Voorde, Werbrouck, P.; Ackaert, K.; Oyen, R.; Pittomvils, G.; Baert, L. y Members of the Bellbian Uro-Oncological Group: Neoadjuvant hormonal therapy before radical prostatectomy decreases the number of positive surgical margins in stage T2 prostate cancer: interim results of a prospective randomized trial. *J. Urol.*, 154: 429, 1995.
15. Frazier, H. A.; Robertson, J. E. y Paulson, D. F.: Radical prostatectomy: the pros and cons of the perineal versus retropubic approach. *J. Urol.*, 147: 888, 1992.
16. Rosen, M. A.; Goldstone, L.; Lapin, S.; Wheeler T. y Scardino, P. T.: Frequency and location of extracapsular extension and positive surgical margins in radical prostatectomy specimens. *J. Urol.*, 148: 331, 1992.
17. Weldon, V. E.; Tavel, F. R.; Neuwirth, H. y Cohen R.: Patterns of positive specimens margins and detectable prostate specific antigen after radical perineal prostatectomy. *J. Urol.*, 153: 1.565, 1995.
18. Paulson, D. R.; Moul, J. W. y Walther, P. J.: Radical prostatectomy for clinical stage T1-T2 N0M0 prostatic adenocarcinoma: long term results. *J. Urol.*, 144: 1.180, 1990.
19. Catalona, W. J. y Basler, J. W.: Return of erections and urinary continence following nerve sparing radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 150: 905, 1993.
20. Walsh, P. C.; Epstein, J. L. y Lowe, F. C.: Potency following radical prostatectomy with wide unilateral excision of the neurovascular bundle. *J. Urol.*, 138; 823, 1987.
21. Geary, E. S.; Dendinger, T. E. y Freiha, F. S.: Incontinence and vesical neck strictures following radical retropubic prostatectomy. *Urology*, 45: 1.000, 1995.
22. Murphy, G. R.; Mettlin, C. y Meck, H.: National patterns of prostate cancer treatment by radically localized prostatectomy: results of a survey by the American College of Surgeons, Commission on Cancer. *J. Urol.*, 152; 1.817, 1994.
23. Gibbons, R.; Correa, R. J.; Brannon, G. E. y Weissman, R. M.: Total prostatectomy for clinically localized prostate cancer: long-terms results. *J. Urol.*, 141: 564, 1989.
24. Paulson, D. F.: Perineal prostatectomy. Campbell's. Urology, 6ª Ed. W.B. Saunders Company.
25. Ahlering, T. E.; Toeslpslu G. y Skinner, D. G.: Salvage surgery plus androgen deprivation for radioresistant prostatic adenocarcinoma. *J. Urol. (Part 2)*, 147: 900, 1992.
26. Mador, D. R.; Hubens, R. P.; Wajsmman, Z. y Pontes, J. E.: Salvage surgery following radical radiotherapy for adenocarcinoma of the prostate. *J. Urol.*, 133: 58, 1985.
27. Stein, A.; Smith, R. B. y deKernion, J. B.: Salvage radical prostatectomy after failure of curative radiotherapy for adenocarcinoma of prostate. *Urology*, 40 (3): 197-200, 1992.
28. Rogers, E.; Otori, M.; Kassabian, V. S.; Wheeler, T. M. y Scardino, R. T.: Salvage radical prostatectomy: outcome measured by serum prostate specific antigen levels. *J. Urol.*, 153 (1): 104-110, 1995.
29. Levy, D. A. y Resnick, M. I.: Laparoscopic pelvic lymphadenectomy and radical perineal prostatectomy: a variable alternative to radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 151:905, 1994.
30. Kavousi, L. R.; Myers, J. S. y Catalona, W. J.: Effect of temporary occlusion of hypogastric arteries on blood loss during radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 46: 362, 1991.
31. Lassen, P. M. y Kears, W. S. Jr.: Rectal injuries during radical perineal prostatectomy. *Urology*, 45: 266, 1995.
32. Borland, R. M. y Walsh, P. C.: The management of rectal injury during radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 147: 905, 1992.

COMENTARIO EDITORIAL

El abordaje perineal de la próstata ha sido utilizado desde la antigüedad. *Celso* describió a comienzos de la era cristiana la incisión transversal del periné que luego utilizara *Young* para abordar la glándula bajo control de la vista a principios del presente siglo. En 1939, *Belz*⁽³⁾ describió su técnica subesfinteriana que permite un control más anatómico de la operación.

Los doctores *Chéliz* y colaboradores proponen la vía perineal en sus variantes transesfinterianas, presentando 19 pacientes operados en menos de dos años. Se trata de una alternativa válida que todo urólogo debe conocer. Se decidirá por ella de acuerdo con las características del paciente y/o con la preferencia del cirujano.

Una contraindicación que los autores no mencionan es la deformación pelviana con estrechamiento del espacio bi-isquiático.

En la selección de los pacientes por estadio, PSA y Gleason, hay que destacar el posible error por subestadificación clínica y aun por el informe histológico de la biopsia.

En cuanto al período de internación y deambulación, no puede existir gran variación respecto de la vía retropúbica sin linfadenectomía. Es la linforragia la que demora el alta, en general no más de 4 a 5 días.

A la vía perineal podemos atribuirle menor empleo de analgésicos y por no interferir en la dinámica de los músculos abdominales es ideal para pacientes con trastornos respiratorios.

Se habla de mayor sangrado en la vía retropúbica. Con control minucioso de la hemostasia ninguna requiere reposición de sangre. La lesión o escape de la ligadura del paquete venoso retropúbico da la posibilidad de sangrado en la vía retropúbica. No seguir bien el plano quirúrgico en la vía de Young o lesionar el paquete venoso antedicho, al disecar la cara anterior o seccionar el pico prostático, es el riesgo en la vía perineal.

En resumen, una buena vía de acceso, una buena casuística. Queda preguntar cuántas operaciones hicieron los médicos residentes.

Vale la pena recordar las palabras del doctor Halsted⁽⁴⁾, que fuera asistente de Young en la primera operación de 1904: "La única manera para entrenar a un cirujano es darle la responsabilidad, bajo supervisión, para diagnosticar la enfermedad, realizar la operación y cuidar a su paciente durante la convalecencia".

BIBLIOGRAFÍA

1. Young, H. H. (citado por Culp, O.): The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate. *John Hopkins Hosp. Bull.*, 16: 315-316.
2. Culp, O. S.: Radical perineal prostatectomy: its past, present and possible future. *J. Urol.*, 98: 618-688.
3. Belt, E.: Radical perineal prostatectomy in early carcinoma of the prostate. *J. Urol.*, 48: 287-342.
4. Halsted (citado por Weyrauch, H. M.): *Surgery of the prostate*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1959.

Dr. Carlos A. Sáenz

Ex presidente de la Sociedad Argentina de Urología