

## Prostatectomía radical perineal: descripción de la técnica quirúrgica

### Perineal radical prostatectomy: surgical technique description

Prof. Dr. Carlos Sáenz

#### Sugerencia

Repasar la anatomía del perineo, tendón central del perineo, esfínter del ano, esfínter de la uretra, músculo *rectoureteralis*, músculos elevadores del ano, fosa isquiorrectal, aponeurosis de Denonvilliers, bulbo de la uretra, ligamentos puboprostáticos, plexo de Santorini, paquete vasculonervioso de la próstata.

#### Instrumental especial

Para la operación de *Young* (no imprescindible), tractor de *Young* o de *Lowsley*, separador bífido para el bulbo de la uretra.

Para la operación de *Belt* (necesario), tractor de *Young* o de *Lowsley*, valvas y separadores de *Belt* (si desea conocerlos he donado un juego completo al Museo de Urología del Profesor Medel).

#### Posición del paciente

Colocar hombreras acolchadas para que no se corra el paciente y para evitar lesiones del plexo braquial. El periné estará paralelo al piso. Elevar la región sacra. Los testículos deben caer hacia el abdomen (Figura 1).

#### Preparación

El día previo a la cirugía se indica dieta líquida y limpieza del intestino (fosfato disódico y monosódico vía oral y neomicina por boca o 3 enemas evacuantes del día previo con neomicina V.O.). Baño general del paciente y rasurado de la región. Cepillado de la zona con jabón antiséptico. Se cubre con solución de iodopovidona desde el ombligo y mitad de la pierna hasta genitales inclusive, dejando para el final la zona anal.

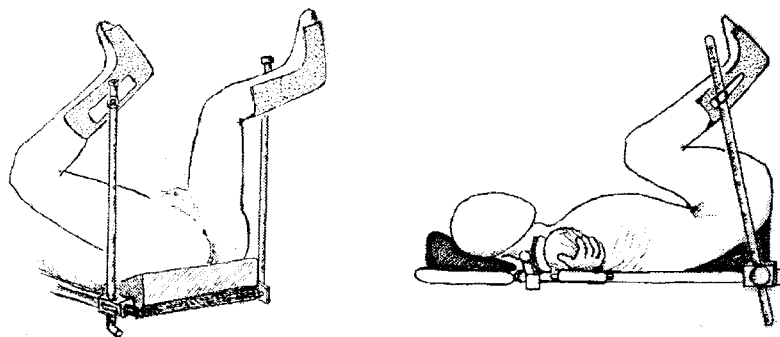


Figura 1



Figura 2

Se cubre abdomen y piernas, deslizando una compresa de género por debajo de la región sacra. Se coloca una gasa (con solución aséptica) sobre el ano y se la fija por su extremo anterior al reborde anal con dos o tres puntos.

Se completa el campo quirúrgico con una compresa de género que se fija al ras de la gasa del ano y se extiende hacia ambos lados en forma ligeramente descendente. Resulta útil anclar el extremo libre de esa compresa al camisolín del cirujano, se evitan caídas del material (Figura 2).

El cirujano sentado frente al campo quirúrgico tendrá el primer y segundo ayudante, de pie a su izquierda y derecha respectivamente. Si alguno fuera zurdo cambiara de posición. La instrumentadora protegerá adecuadamente la espalda del cirujano y se ubicará por detrás.

### Referencias anatómicas de la incisión

Ubicar las tuberosidades isquiáticas y el borde cutáneo mucoso, se colocan los cuatro últimos dedos de la mano izquierda protegiendo el ano. Esto permite trazar la incisión con mayor seguridad, por la convexidad que forman los mismos.

La incisión será curva, de concavidad inferior, de 8 a 10 cm de largo, pasando 1 centímetro por delante del reborde cutáneo mucoso y por dentro de los isquiones (Figura 3). Es conveniente no prolongar la incisión en sentido dorsal mas allá de este reparo para evitar la lesión de los filetes nerviosos que inervan el complejo esfinteriano (Figura 4). Si se hiciera más adelante se avanzaría sobre el bulbo de la uretra, y debe quedar por dentro de los isquiones para evitar el dolor postoperatorio por compresión, al sentarse. La incisión abarca la piel y el celular subcutáneo.

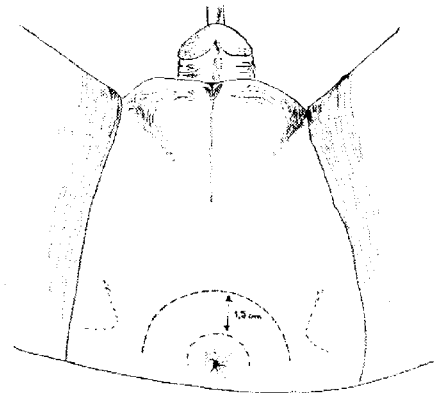


Figura 3

### Desarrollo de la fosa isquiorrectal

Se insinúan ambos índices en los extremos posteriores de la incisión, y se diseña digitalmente la cara anterior del recto, el cual es claramente palpable (Figura 5). Al pasar completamente uno de los dedos por delante de la cara anterior del recto se secciona el celular en la línea media y las prolongaciones posteriores del tendón central perineo. Por debajo quedan las fibras del esfínter externo y del subcutáneo.

### Elección de la vía

Seccionando el tendón central debe decidirse la vía de acceso, por dentro del ano (*Belt*) o por delante o encima (*Young*) o a través del mismo (*Hudson*). (Figura 7)

Si adopta la vía de *Belt* o *Hudson* (sub o transesfinteriana respectivamente), se completará la sección del tendón central con sus prolongaciones laterales. Manteniendo la tracción del colgajo inferior con una gasa que lo proteja, se desplaza suavemente hacia abajo con la mano izquierda. En tanto que con la derecha se levantan las fibras del esfínter externo con el mango del bisturí.

Estas maniobras y las siguientes están destinadas a proteger la pared rectal e ir penetrando por dentro del esfínter siempre dirigiéndose hacia delante y arriba.

A medida que progresa la disección se irán cambiando los separadores de rama corta que alargan el esfínter por los de rama más larga. El ayudante tracciona hacia arriba y hacia fuera. La protección y suave separación del recto seguirá con la mano del operador hasta determinada profundidad. Tener en cuenta que esa distancia es superior a lo esperado.

El esfínter del ano presenta una porción más gruesa distal y una proximal delgada. Al corte tendría una

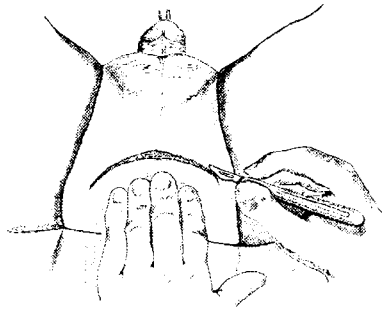


Figura 4

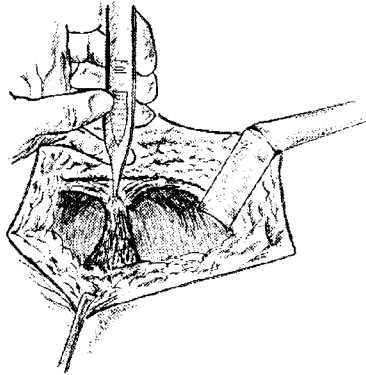


Figura 5

forma de L. La vía de *Belt* por dentro de ambas, en tanto la vía de *Hudson* entre las dos.

Si se adopta la vía de *Young* se separa el recto del bulbo de la uretra. Recordar de inicio la disección por detrás del transversal superficial.

### Rectouretralis

Progresando mediante disección roma se llega a las fibras del rectouretralis que se seccionan. Esta disección debe hacerse protegiendo el recto con una gasa descendiéndolo suavemente (éste es uno de los puntos donde se puede producir una lesión rectal).

Para evitarla conviene insistir en que los tejidos deben separarse hacia arriba y no pretender hacerla descendiendo la pared del recto.

Ante la duda puede ser conveniente la introducción de un dedo en el recto.

Seccionando el rectouretralis se separan los músculos elevadores del ano (generalmente se aprecian mejor en el momento del cierre de la incisión) Observarlos bien entonces ayuda a futuras disecciones).

Al mismo tiempo la cara anterior del recto se separa del extremo de la próstata. Es el momento de poder luxar la glándula mediante un tractor de *Young*, de *Lowsley* o simplemente con un beniqué. Ahora no se corre el riesgo de interponer la pared rectal (Figura 9).

La próstata aparece recubierta por la aponeurosis o fascia de *Denonvilliers*, descripta como blanco perlada. Se abre la hoja posterior de la fascia. A ambos lados quedan los paquetes neurovasculares.

La hoja anterior recubre la cara posterior de la próstata. La disección debe extenderse por el plano entre las dos hojas de la aponeurosis, hacia ambos lados y hacia las vesículas seminales (Figura 10). Debe evitarse una

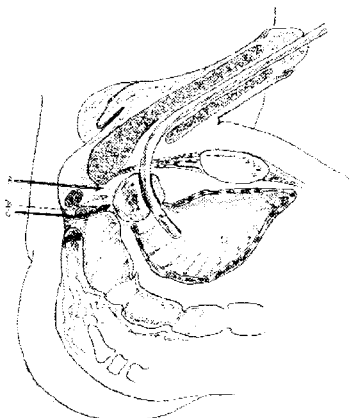


Figura 6

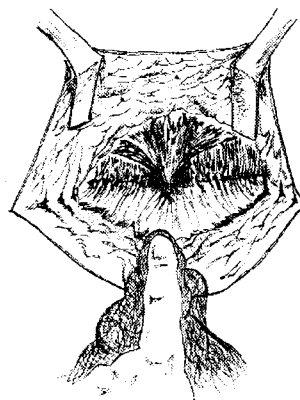


Figura 7

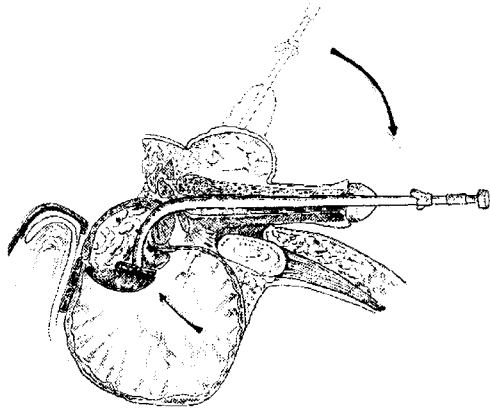


Figura 8

exposición demasiado amplia de la uretra para preservar el sistema esfinteriano.

### Sección de los pedículos prostáticos

Si se desea preservar las bandeletas nerviosas la disección se realiza por debajo de la fascia de Denonvilliers, por el contrario, si la conservación no es una opción la misma se realiza por fuera: Se rota la próstata en sentido contrario al pedículo que se desea ligar y el mismo se manifiesta en la base de la próstata, se puede "enganchar" fácilmente con una pinza de ángulo recto, no siendo necesaria una ligadura distal (Figura 11).

### Sección de la uretra

El corte de la uretra se hará próxima al pico de la glándula, sin penetrar en la misma. El hemicírculo pue-

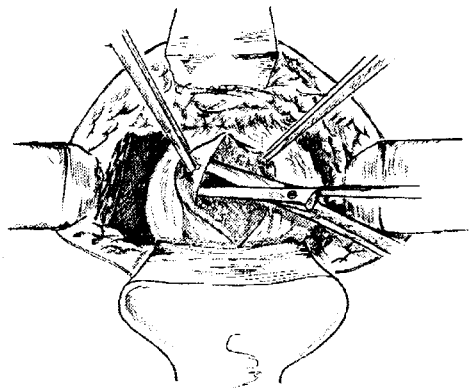


Figura 9

de hacerse sobre un beniqué, retirado el mismo se pasa una pinza doble utilidad para seccionar la porción restante (Figura 12).

Colocando el tractor de Young o una sonda Foley por uretra o tomando el pico prostático con una pinza de Allis se bascula la glándula hacia abajo y se libera la cara anterior, comenzando por la sección de los ligamentos puboprostáticos, y sección y ligadura de los vasos venosos. A medida que progresa la liberación de la próstata se van ligando los vasos que llegan por los bordes laterales. Se secciona el cuello vesical con una técnica similar de la vía retropubiana. Quedan adheridos las vesículas seminales y conductos deferentes. Mediante disección roma se libera el complejo seminal ligando o coagulando los vasos correspondientes (Figura 13).

La sutura de la uretra es técnicamente similar a la

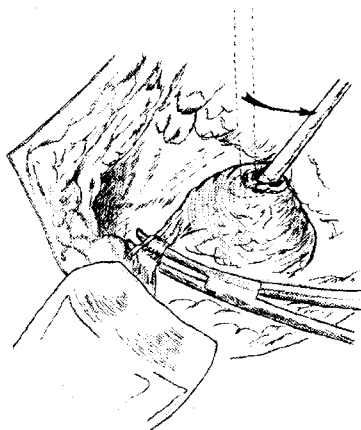


Figura 10

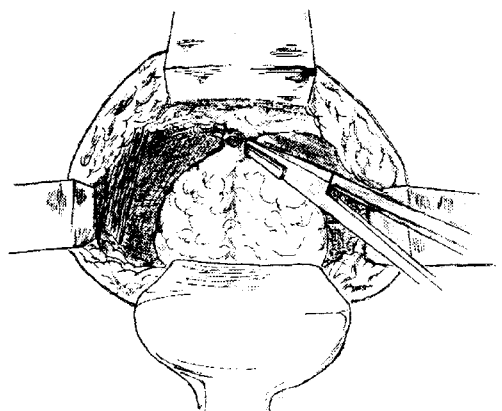


Figura 11

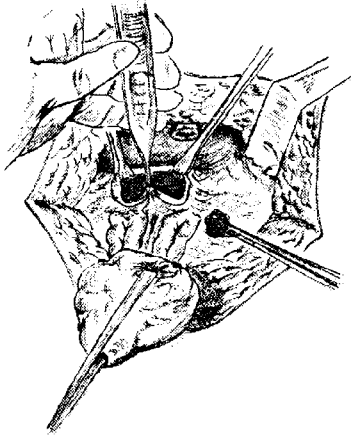


Figura 12

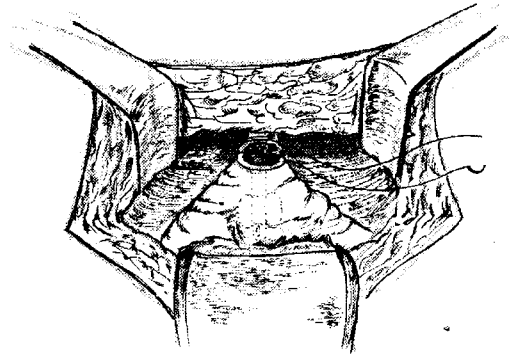


Figura 13

vía retropúbica, facilitada por la proximidad de los elementos. Se deja una sonda *Foley* calibre 18 Fr. por uretra y un tubo aspirativo por encima de los elevadores. Podría decirse que la pared cierra sola, pero es de buena práctica la colocación de puntos de aproximación de los planos musculares y de piel (Figura 14).

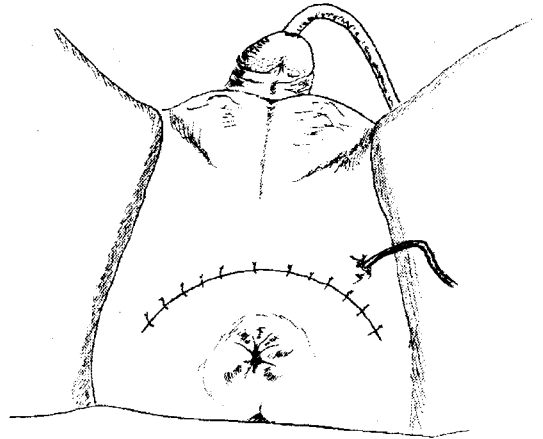


Figura 14