

Tema Oficial.

Hospital Alvear. Servicio de Urología  
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco

## PROSTATECTOMIA PERINEAL RADICAL Y ADENOMATOSA

---

Por los Dres. A. TRABUCCO, P. TORRES POSSE y L. KATZ DINER

Considerando el total de los casos quirúrgicos de orden prostático, la vía perineal constituye en la práctica de nuestro servicio un acto operatorio de carácter excepcional. La presentación de solamente cuatro casos, así lo confirma y, por otra parte, demuestra que el empleo de la vía suprapúbica es la de elección, quedando condicionada justamente a sus contraindicaciones, el empleo de la vía perineal.

TÉCNICA.

Debemos considerar la prostatectomía perineal radical y la adenomectomía por vía perineal. De la primera la técnica es la siguiente: Anestesia: hemos usado generalmente la anestesia raquídea con novocaína 0.12 a 0.15 cg. con control riguroso de la misma por sus efectos hipotensores. La posición adoptada es la de litotomía perineal exagerada con la pelvis elevada y las piernas mantenidas en un soporte especial, de modo que el periné esté lo más próximo a la horizontal; damos importancia a la posición que facilita enormemente la técnica. Usamos soluciones antisépticas poco irritantes para periné. Incisión: en V invertida cuyo pico comienza a 4 cm. del ano y cuyas ramas laterales comienzan y terminan en los isquiones. Se ligan los vasos perineales superficiales, incindiendo la aponeurosis perineal superficial. liberamos el rafe medio a tijera, poniéndolo tenso con un separador bivalvo que facilita esta maniobra y reparamos el bulbo uretral; seccionamos luego el rafe, colocamos el tractor de Young por uretra, de manera de exponer la masa prostática por tracción del mismo, y con una valva protegemos la cara inferior del recto: a disección roma se llega hasta la próstata reparando la rama prostática de la perineal

profunda, arterias y vena, ligándolas. Disecada la pared posterior de la próstata, se incide la aponeurosis de Dennoyillier y reclinándola liberamos la glándula hasta las vesículas seminales, y en este tiempo liberamos las paredes laterales de la próstata, separándola de los ligamentos laterales, tratando de liberar su pico en la porción supramembranosa de la uretra, incindiendo ésta transversalmente en su pico; sacamos el tractor de Young de uretra y completamos la incisión de la misma que fué facilitada por el mismo; colocamos posteriormente otro tractor de Young más corto por la uretra seccionándola en su cabo proximal; esta maniobra se facilita con el pinzamiento de la próstata con una pinza de Museau, traccionando ésta completamos la disección de su cara anterior, teniendo la precaución de no seccionar el plexo de Santorini, llegando la disección hasta vejiga en su cara anterior, la que se incide al ras del cuello, exponiendo con esta maniobra ampliamente el trigono; cortamos posteriormente la pared vesical trigonal hasta las vesículas seminales, ligando ambas por separado lo más arriba posible, no deteniéndonos en la disección del deferente, sino ligándolo en masa uno y otro, cortamos por debajo y tenemos la próstata afuera; es necesario hacer buena hemostasia por ser la irrigación muy abundante; se repara el trigono y el orificio del cuello con cuatro pinzas largas puestas diametralmente, colocamos sonda por uretra y se introduce en la vejiga, suturamos la extremidad uretral con el cuello vesical, comenzando por la pared superior, siguiendo por las laterales, terminando por la inferior. Como ésta es generalmente mayor que la uretral se achica haciendo una sutura longitudinal del cuello sobrante; se acercan los elevadores del grano a la línea media; drenaje del periné, por 24 horas, haciéndose el drenaje vesical por la sonda uretral. En el post-operatorio usamos los antibióticos, sueros isotónicos, hipertónicos glucosado y clorurado, analépticos, teniendo especial cuidado en la sonda permanente.

En la adenomectomía por la vía perineal, los primeros tiempos no difieren de los de la prostatectomía radical y se apartan fundamentalmente después de haber colocado el tractor de Young por el cabo proximal de uretra; al seccionar la aponeurosis de Dennoyillier los hacemos en forma conjunta por la cápsula prostática, llegando hasta el adenoma que se libera digitalmente por su plano de clivaje; una vez extirpado el mismo se suturan los dos extremos uretrales con puntos perforante en número de cuatro, previa ligadura de los vasos sangrantes de la cápsula prostática que se suturan; reforzando la pared posterior de la uretra neoformada con la sutura transversal de la cápsula prostática, colocamos un drenaje en la cápsula prostática y otro en la zona de la sutura término-terminal; cierre por planos; piel con lino. Post-operatorio: en la misma forma que para la radical, sacando el drenaje perineal comúnmente a las 48 horas.

## ESTUDIO EN PARTICULAR DE LOS CASOS.

A. O. 66 años, soltero, italiano, agricultor (figura a).

Enfermedad actual polaquiuria diurna y nocturna, ardor miccional, hematuria total con refuerzo post miccional a veces; al examen panendoscópico se constata cuello rígido y convexo. Practícase resección endoscópica. Dos años después persiste su sintomatología anterior y nos consulta nuevamente.

Biopsia de la resección: esclerosis submucosa e hiperplasia glandular epiteliomatosa.

Próstata: glándula tamaño de una castaña, bordes netos, superficie irre-

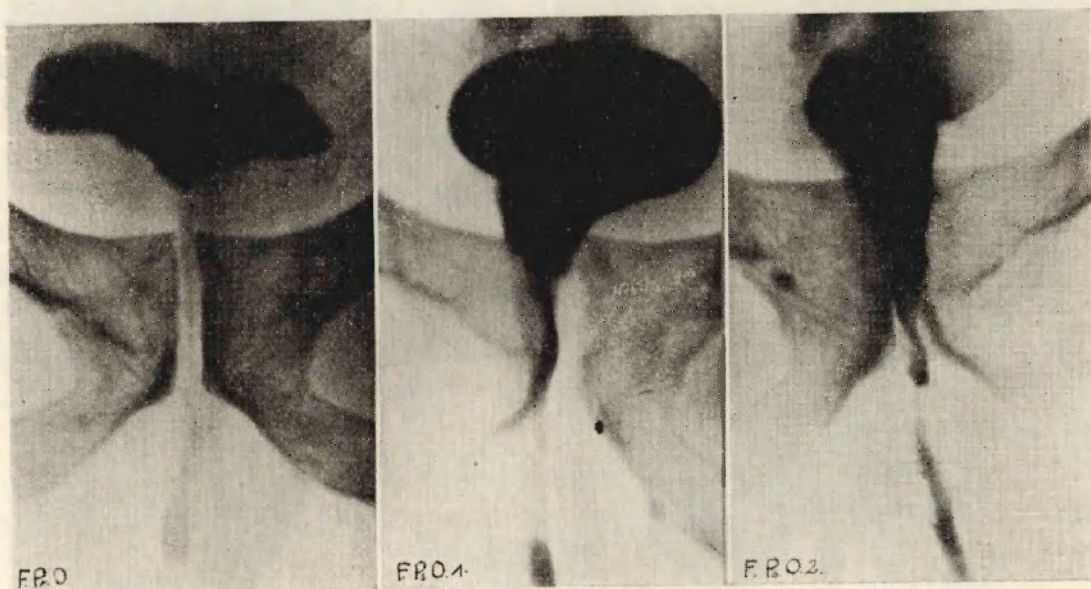


Figura A

A. O. Antes de operar. Post-resección endoscópica. Post-prostatectomía perineal.

gular, presentando unos nódulos duros en el lóbulo derecho, mucosa desliza bien, indolora. No se palpan las vesículas.

Tratamiento: se practica la prostatectomía radical, según técnica ya descrita.

Evolución: a los 8 días de la operación se constata materias fecales en la herida operatoria que desaparecen al evacuarse el intestino y con violeta de gen-ciana local. A los 20 días, se retira sonda uretral, quedándole una incontinen-cia al esfuerzo, tos y bipedestación.

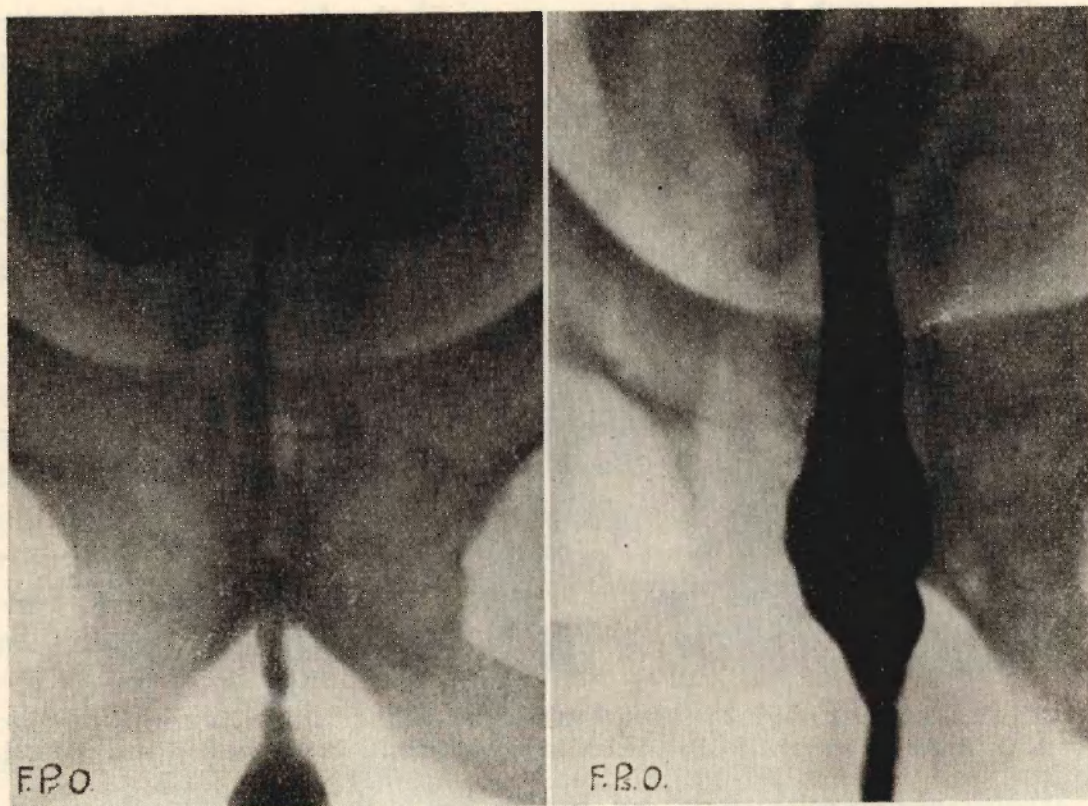
J. D. 52 años, casado, argentino.

Enfermedad actual: polaquiuria diurna y nocturna, disuria inicial y ardor miccional.

Próstata: se palpa una glándula tamaño mandarina chica, bien limitada, indolora, móvil, de consistencia dura, leñosa, en toda su superficie, deslizando bien la mucosa.

Tratamiento: prostatectomía radical, según técnica ya descrita.

Evolución: a los 6 meses incontinencia y a los 2 años estrechez de uretra posterior, rígida, que ocupa todo el trayecto uretral posterior, anfractuosa y no sangrante. Se debe hacer dilatación periódica uretral.



J. G. Antes de operar. Figura B Post-prostatectomía perineal.

J. G. 67 años, viudo, italiano (figura b).

Enfermedad actual: disuria inicial con polaquiuria diurna y nocturna; últimamente ardor miccional y hematuria.

Próstata: agrandada tamaño de una naranja, formada por dos lóbulos laterales que hacen gran procidencia al recto y periné, consistencia elástica, bordes bien delimitados, indolora y mucosa desliza bien.

Tratamiento: prostatectomía por vía perineal.

Evolución: 12 días después de la operación drena orina por la herida operatoria que persiste hasta la fecha.

M. S. 65 años, casado, sirio, quintero.

Enfermedad actual: polaquiuria diurna y nocturna, disuria inicial, ardor miccional, hasta terminar en una retención aguda de orina. Sonda permanente.

Próstata: glándula tamaño durazno, dos lóbulos, bordes netos, consistencia elástica e indolora, mucosa desliza bien. No se palpan las vesículas.

Examen clínico: enfermo con insuficiencia cardíaca izquierda compensada.

En abdomen, varias cicatrices operatorias, por operaciones de hernias efectuadas, eventraciones y hernia inguinal izquierda.

Tratamiento: prostatectomía perineal.

Evolución: a los 12 días de la operación, supuración de la herida operatoria que con tratamiento desaparece. Comienza a drenar orina que persiste hasta la fecha.

#### INDICACIONES QUIRÚRGICAS.

En primer lugar debemos considerar que la prostatectomía perineal es la vía ideal, y la indicación acertada en los carcinomas de próstata, cuando presentan como condición básica que el tumor esté limitado a la glándula, que se manifieste por libertad del movimiento relativo, faltas de adherencias, mucosa que desliza y falta de invasión a las vesículas seminales. Tumores que evaden la cápsula prostática contraindican la intervención.

En cuanto a las adenomectomías por vía perineal, justifican este tipo de intervención cuando las condiciones clínicas generales, corazón, etc., o las malas condiciones de la pared abdominal: hernias, eventraciones, cicatrices, o la gran procidencia del adenoma a predominio rectal, que contraindican la vía suprapúbica.

#### COMENTARIO.

En el estudio de nuestros casos, dos lo fueron por carcinoma de próstata, no habiendo tenido inconvenientes quirúrgicos, presentando únicamente complicaciones: en uno de ellos, fístula rectal y vesical que cerraron a los 15 días, quedando posteriormente una incontinenencia hasta la fecha sobre todo a los esfuerzos de la tos y a la bipedestación; el otro, con una estrechez de uretra posterior que obliga efectuársele periódicamente dilatación. En ambos casos nos ha llamado la atención la evolución ideal del post-operatorio, inmediato de los mismos.

En los dos casos de adenomectomía perineal, uno se debió al mal estado cardíaco, además de enormes eventraciones abdominales. Presentó un post-operatorio bueno, persistiéndole una fístula perineal hasta la fecha. El otro tenía un adenoma muy procidente al recto y presentó como complicación tardía una estrechez de uretra posterior que le obliga a dilatarse periódicamente.

## VENTAJAS.

Falta de shock operatorio con un excelente post-operatorio inmediato prácticamente ideal, que hace posible una intervención radical, en enfermos con un mal estado general. En este tipo de operación se evita el Retzius con sus posibles infecciones, y el acto operatorio se efectúa bajo el control visual por hacerse el mismo a cielo abierto.

## DESVENTAJAS.

Consideramos como desventajas de la misma, la apertura de la cápsula prostática y la deficiente reparación de la uretra posterior, que condicionan los factores predisponentes para las incontinencias, las estrecheces secundarias y las fístulas que son debidas a necrosis tardías y que siempre las hemos constatado después del sexto día de la operación.

## CONCLUSIONES.

No consideramos la vía perineal como la vía fisioquirúrgica, pues se abre la cápsula. En contraposición a la tan mentada vía perineal con respecto a la suprapúbica, debemos discriminar dos hechos diferentes: 1º) lo correspondiente a anatómico puro, y 2º) a fisioquirúrgico puro.

Del primero, considerando la vía perineal, es irreprochable, como lo es la vía suprapúbica; en ambos casos se trabaja viendo los planos a disecar. En cambio, considerando desde el punto de vista fisioquirúrgico, creemos que la vía perineal es netamente inferior a la suprapúbica, porque nos obliga a destruir una cápsula que el organismo la ha labrado en sentido defensivo, determinando la abertura de la misma los trastornos a veces largos que presentan los operados por esta vía. Por eso insistimos en que la vía perineal debe ser de excepción.