

**Tema Oficial.**

Servicio de Urología del Hosp. P. Pinero  
Salas I y II. Jefe: Dr. Roberto A. Rubí

## LA PROSTATECTOMIA RADICAL RETRO- PUBICA EN EL CARCINOMA

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y ALFREDO E. GRIMALDI

Al referirnos a la prostatectomía radical en el tratamiento del cáncer prostático, presentamos con Bernardi, al 3º Congreso Brasileño de Urología, una contribución sobre la vía de acceso perineal. Hacíamos constar que el método exige una técnica depurada, gran conocimiento de la región y presenta, además, algunos inconvenientes: 1º, peligro de herir el recto, que Bernardi ha conseguido evitar con su aguja guía; 2º, peligro de incontinencia; 3º, peligro de impotencia. No obstante esos riesgos, considerábamos que, mientras no surgiera otra nueva terapéutica para el cáncer prostático, la prostatectomía radical por el procedimiento de Young es la única capaz de curar la enfermedad, trayendo a colación cifras estadísticas de numerosos autores, con curaciones superiores a 5 años en el 50 % de los operados (algunos con supervivencia de hasta 27 años) y una mortalidad operatoria oscilante entre el 2 y el 5 %.

El advenimiento de la técnica de Millin abre una nueva y, al parecer, promisoría ruta para la solución de este problema. Habiendo practicado algunas adenomectomías según dicha técnica recurrimos, también, a la vía retro-púbica en dos casos de carcinoma prostático, lo que nos ha permitido establecer algunas consideraciones que motivan esta sintética comunicación.

*Observación N° 1.* — Historia clínica N° 827. Sala I. C. 5. S. L. 64 años. Español, casado, albañil.

Ingresa el 28-IV-1948 con antecedentes de polaquiuria diurna y nocturna, falta de proyección del chorro de orina, piuria, hematuria y disuria acentuada, trastornos que viene padeciendo desde hace 1 año y medio y que culminan en un episodio de retención completa, que se establece con carácter crónico.

El tacto revela la existencia de una próstata aumentada de tamaño, irregular, fija, de bordes reconocibles, de consistencia casi pétreo, particularidades especialmente acentuados

en el lóbulo derecho, prolongándose hacia arriba en dirección a la vesícula del mismo lado.

*Preoperatorio:* Estrógenos, antibióticos, sonda permanente.

*Operación:* 26-V-1948. — Prostatectomía radical retropúbica. Antestesia general (gases).

*Postoperatorio:* Inmediato, excelente. Se retira la sonda a los 15 días. Recobra su micción espontánea; orinas turbias, sin residuo vesical.

*Examen anatómopatológico:* La pieza extraída es del tamaño de una pequeña mandarina, de 40 gr. de peso, piriforme, en cuya base asientan ambas vesículas seminales y porción ampular del deferente derecho.

*Microscopía:* Adenocarcinoma (Dr. Lascano González).



Figura 1



Figura 2

*Alta:* 5-VII-1948. — El 30-VII-1948, se comprueba excelente estado general; orinas claras. Tacto rectal: zona prostática cóncava, sin el menor fenómeno de infiltración. Estado funcional satisfactorio. El *uretrocistograma* permite observar una pequeña dilatación ampular de uretra prostática. (Figuras 1 y 2).

*Observación N° 2.* — Historia clínica N° 737. Sala I. C. 27. V. A. 49 años. Italiano, casado, vendedor ambulante.

Ingresa el 12-IX-47, con polaquiuria diurna y nocturna, disuria intensa, que culmina en un episodio de retención aguda completa, que exige cateterismos repetidos. Recobra sus micciones espontáneas, con residuo vesical de 250 cc.

Al tacto rectal: Próstata grande, de bordes indefinidos sin delimitación, fija, superficie irregular, consistencia leñosa, prolongándose hacia arriba en el plano próstato-vesicular.

14-IX-47: *Biopsia transrectal* (trócar de Maraini-Astraldi); informe del Dr. J. M.

Lascano González (Nº 597): elementos de un *adenocarcinoma*, en partes todavía con caracteres prostáticos reconocibles; hay también islotes fibromusculares infiltrados por brotes neoplásicos análogos.

8-XI-47: *Orquidectomía* subalgínea y vasectomía bilateral. No obstante el tratamiento hormonal y la castración no hubo modificación favorable funcionalmente, aunque el tumor disminuyó de volumen, delimitándose bien en su parte inferior, mejorando, también, su estado general.

17-II-48: *Resección endoscópica*, bajo raquianestesia. Mejora del punto de vista funcional durante unos 3 meses, enturbiando luego sus orinas y recrudecen la polaquiuria y la disuria.



Figura 3



Figura 4



Figura 5

*Operación:* 27-VII-48. — Prostatectomía radical retropúbica; anestesia general (gases).

*Postoperatorio:* Inmediato, excelente. Se retira la sonda a los 14 días; orina espontáneamente en decúbito dorsal pero existe incontinencia en posición de pie, sobreviniendo a las pocas horas gran disuria y polaquiuria, por lo que se decide colocar sonda en permanencia después de laboriosa cateterización.

*Examen anatómopatológico:* La pieza extraída, del tamaño de una mandarina mediana, presenta una superficie irregular, consistencia dura y, en el magma fibroso que la rodea no es posible diferenciar los elementos correspondientes a las vesículas y deferentes. Microscopía: Adenocarcinoma (Dr. Radice Nº 892).

El 4-X-48 se comprueba: Estado general exuberante. Ha aumentado 8 kilogramos de peso. Su micción espontánea reaparece al retirar la sonda, pero a las pocas horas la disuria adquiere tal importancia que obliga al cateterismo uretral. Al tacto rectal, el área prostática, excavada, no presenta signo de infiltración, impresionando como un vaciamiento

total. *Uretrocistografía*: En la 1ª no se logra obtener el relleno del segmento prostático, pero un nuevo examen uretrográfico permite apreciarlo con un mínimun de modificaciones, teniendo presente la magnitud de la cavidad residual operatoria. (Figuras 3, 4 y 5).

### TECNICA OPERATORIA

La técnica indicada por Millín para la *prostatectomía radical* es la siguiente:

Previa colocación de una sonda bequille se aborda la próstata por vía retropúbica de acuerdo con la técnica conocida. Se inicia la disección de la

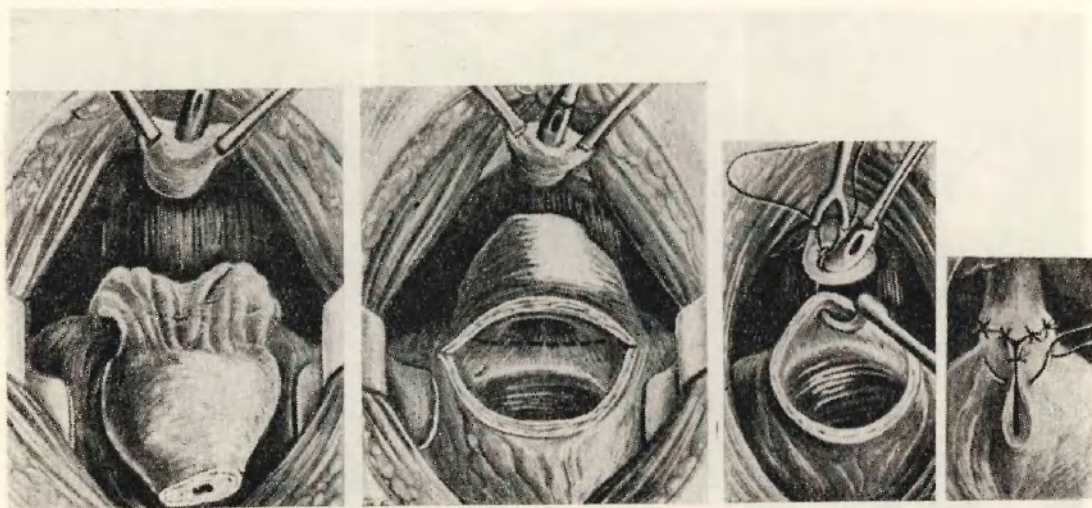


Figura 6

Figura 7

Figura 8

(según Millín)

glándula en su segmento inferior, a nivel del apex, liberándolo en toda su circunferencia. La presencia de la sonda, tal como lo señala el autor, torna fácil la diferenciación entre lo que corresponde a próstata de uretra membranosa. Se toman ambos lados de este segmento con pinzas de Allis, se retira parcialmente la sonda y se secciona, colocando un punto de seda en el muñón prostático pasado previamente con un pasahilo. Se vuelca hacia arriba la próstata exponiendo su cara posterior, que se separa mediante disección roma de la fascia de Denonvilleirs hasta alcanzar el plano vesículo-diferencial (fig. 6). Ligados los pedículos vasculares de ambas vesículas se seccionan los deferentes, que se ligan. A continuación se abre la cara anterior de vejiga, en su segmento cervical (fig. 7), para abordar el trígono, seccionándose éste a distancia prudencial de los orificios ureterales, extirpándose en block la masa próstato-vesículo-deferencial,

Se reintroduce la sonda hasta la vejiga y se aproxima la uretra a la misma por una serie de puntos que se anudan exteriormente, reduciendo la brecha vesical por sutura longitudinal a puntos separados (fig. 8). Sonda de Pezzer suprapúbica, además del catéter uretral. Este se retira a las 48 horas y la Pezzer a los 14 días, colocando otra vez sonda uretral hasta obtener el cierre de la fístula hipogástrica.

En nuestros casos el abordaje no presentó inconveniente alguno. La liberación de la glándula, en la 1ª observación, fué relativamente fácil, así como la cistouretrografía subsiguiente, pues nos quedó un buen colgajo capsular inferior; vista la hemostasia satisfactoria conseguida optamos por dejar al enfermo exclusivamente con sonda uretral.

En la 2ª observación la disección del tumor fué de lo más laboriosa, influyendo, probablemente, en ello la punción biopsia y la resección transuretral practicadas con anterioridad.

A pesar de esto, mediante disección a tijera, esculpiendo en buena parte el tumor, se logró la extirpación de toda la masa carcinomatosa. La magnitud del lecho residual hizo imposible el perfecto afrontamiento vesicouretral a diferencia del caso anterior. Practicada completa hemostasia, procedimos a estrechar la brecha vesical y a llevar ésta hacia el cabo inferior, fijando la cara anterior de vejiga al mismo con 2 puntos de catgut cromado N° 1.

Se dejó sonda permanente uretral para que sirviera de tutor y facilitara el modelado del futuro canal, ya que el cierre del lecho había resultado incompleto y queríamos ponernos a cubierto de la estenosis cicatrizal oclusiva.

El postoperatorio inmediato, en los dos casos, fué excelente y llamativo, no observándose mayor rezumamiento suprapúbico, y el mediato adquirió caracteres cercanos a los de la adenomectomía por este procedimiento. Advertimos, por otra parte, que las cifras de la fosfatasa sanguínea fueron normales en los dos pacientes.

## EVOLUCION

Desde el punto de vista general la evolución ha sido favorable en ambos casos. Funcionalmente la 1ª observación ha brindado resultados satisfactorios, no así la 2ª, cuya disuria nos obliga a cateterismos repetidos, laboriosamente, a veces, lo que nos ha impedido el contralor panendoscópico, por el momento.

## CONSIDERACIONES

Nuestra finalidad, al presentar esta comunicación, es principalmente, la de expresar nuestro convencimiento de que la vía retropúbica ofrece amplias posibilidades para la prostatectomía radical en el carcinoma, ya en el diagnosticado

previamente o ante el simplemente sospechado y comprobado en el acto quirúrgico.

Aunque nuestros resultados no han sido totalmente satisfactorios en uno de los casos, somos optimistas en lo que respecta a las perspectivas favorables de esta vía de acceso, porque la mayoría de los urólogos se han familiarizado mucho más rápidamente con la cirugía retropubiana —aun sin el instrumental adecuado— que con la vía perineal, cuyos peligros son conocidos y exigen para obviarlos una experiencia mayor.

Es probable que, ceñidos estrictamente a la técnica de Millin, ejecutada con su instrumental, los resultados que se obtengan lleguen a superponerse a los obtenidos a través de la vía perineal, a la que quizás desaloje con el tiempo.

---