

PROSTATOVESICULECTOMIA POR VIA RETROPUBLICA Y POR VIA PERINEAL

Por el Dr. JORGE M. R. VILAR

Tiene por objeto esta comunicación comparar los méritos y defectos de ambas vías retropúbicas y perineal, en la prostatovesiculectomía por cáncer. No entraremos a discutir el tratamiento del cáncer de la próstata ni la indicación de la exéresis radical.

Varias circunstancias propicias se han concertado que nos permiten meditar con un mínimo de influencias circunstanciales sobre la técnica empleada. Se trata de dos enfermos de edad y estado general comparable; ambos con un cáncer de la próstata dentro de los límites que consideramos de operabilidad y que evolucionan favorablemente dentro de un mismo término de días, evitando el influjo subconsciente que tiene el resultado en toda meditación sobre procedimientos terapéuticos. Ambas vías de acceso nos son familiares por haberlas seguido en repetidas ocasiones para el tratamiento del adenoma y, por último, ambas operaciones se han realizado dentro de un plazo de pocos días.

Siguiendo a la mayoría de los autores, consideramos operable al enfermo que reúna ciertas condiciones generales y locales. Del primer punto de vista tenemos en cuenta la edad real y aparente que nos permita prever una supervivencia suficiente. Un prolijo examen clínico descartará cualquier enfermedad intercurrente. Sistemáticamente buscamos la oscilometría en los miembros inferiores para evitar accidentes derivados de la posición de la talla perineal en los enfermos que proyectamos operar por esa vía. Debe estar el paciente bien nutrido ó solo levemente resentido en su estado de nutrición. Al tacto rectal el cáncer debe circunscribirse a la glándula propiamente dicha y ésta debe conservar su movilidad habitual. Pedimos por sistema la investigación de la fosfatasa ácida y consideramos el caso inoperable si se encuentra elevada. Una radiografía de tórax nos permite descartar las metástasis pulmonares y un urograma las metástasis de la pelvis ósea y de la columna. Además este último examen descarta la posible obstrucción ureteral baja por propagación del tumor. Por último un examen panendoscópico nos informará sobre la negatividad de la infiltración a uretra y vejiga.

No hacemos biopsia por punción por considerarla un procedimiento peligroso. Planeamos la biopsia por congelación en los casos dudosos que abordemos por vía perineal en el futuro. Como confirmación del diagnóstico usamos la prueba terapéutica con estrógenos, conducta que nos ha dado muy buen resultado y que consideramos exenta de peligros

Por último elegimos la vía retropúbica en el cáncer alto que por vía rectal se palpa alejado del esfínter anal. Y, adoptamos la vía perineal con el tumor bajo, que se palpa cerca del esfínter.

Relataremos a continuación los casos clínicos que han motivado estos comentarios.

En el primer caso N° 175.520 se trata de un hombre de 60 años, que en el primer examen se presenta moderadamente resentido en su nutrición; ha bajado alrededor de 4 kilogramos de peso. Del interrogatorio se deduce que su enfermedad se inicia clínicamente cuatro meses antes del primer examen; que sus principales molestias son disuria, polaquiuria diurna y nocturna con micciones cada media hora; que últimamente después de las micciones tiene dolores hipogástricos irradiados a ambas fosas lumbares. Al tacto rectal la próstata es de consistencia pétrea y conserva su movilidad habitual. Llama la atención el residuo vesical que es de 500 cc. en el primer examen.

Tensión arterial 19 y 10 con capacidad funcional cardiovascular normal. Las radiografías de tórax y urograma son normales. Lo mismo la fosfatasa ácida.

Se prescribe de inmediato un tratamiento con difosfato de dietildioxiestilbestrol 250 mgs. diarios por vía endovenosa y se propone la orquidectomía bilateral que se realiza veinte días después.

Con el tratamiento instituido la micción mejora rápidamente y el residuo disminuye hasta 50 cc. A los cuarenta días de iniciado el tratamiento el tacto demuestra una próstata de forma, tamaño y consistencia normal.

El 28 de junio se realiza la exéresis radical de la próstata y las vesículas seminales. Con incisión mediana infraumbilical amplia se libera la próstata hacia ambos lados y hacia el pico, ligando en masa los pedículos inferiores. Con dificultad se pinza y liga el ligamento pubo-vesical. Al incidirlo la próstata puede desplazarse hacia atrás por estiramiento de la uretra membranosa. A continuación se incide la uretra anclándola con un punto.

La disección de la próstata y las vesículas, separándolas del recto, se hace traccionando la próstata desde su polo uretral hacia adelante y arriba. Esta disección es bastante dificultosa especialmente en la línea media.

Una vez liberadas convenientemente las vesículas se abre la vejiga en su cara anterior transversalmente en el límite de la próstata y la vejiga.

Ambos meatos ureterales se identifican por la eyacuación de indigo-carmin que se inyectó cinco minutos antes. Se coloca un catéter N° 6 en cada uréter y se corta la pared vesical medio centímetro por delante de los meatos. Se completa la disección de las vesículas incendiando ambos deferentes. Con ello queda libre la pieza. La hemostasia es satisfactoria.

Por último se sutura la vejiga en sentido vertical; se pasan ambas sondas ureterales por la uretra con ayuda de una sonda de Nelaton y se coloca una sonda de Foley, balón 30 cc., por uretra que se pasa al lado de las sondas ureterales. Se pasan dos puntos vesico-perineales que se anudan sobre una gasa en periné. Se colocan drenajes de lámina de goma a ambos lados de la vejiga y se cierra por planos. La sonda de Foley se mantiene a tensión sobre el muslo.

La operación duró tres horas y cuarto y durante la misma se pasaron mil cc. de sangre.

El post-operatorio inmediato y alejado fué muy satisfactorio. Las sondas ureterales funcionaron bien hasta el quinto día, en que se retiran. Por uno de los puntos perineales drena algo de orina durante algunos días y a los 13 días se retira la sonda uretral. La micción se restablece sin dificultades con discreta incontinencia de esfuerzo que mejora rápidamente, curando en veinte días. Lo vemos dos meses después en buenas condiciones con micciones cada dos horas y dos o tres micciones durante la noche. La orina es límpida y no tiene incontinencia.

El otro caso N° 175.501 tiene una historia similar. A los 59 años presenta prostatismo de un año de evolución que se acentúa considerablemente las últimas semanas por lo que consulta. Enfermo en buenas condiciones generales, con orina límpida; al tacto la próstata aumentada de volumen y con un núcleo indurado en su lóbulo izquierdo. Todos los exámenes son negativos y la próstata se palpa muy cerca del esfínter anal.

Luego de cuarenta días de tratamiento con estrógenos, que lo mejoran considerablemente en su estado general y en su micción, se lo somete a un nuevo examen que demuestra una próstata aumentada de volumen pero ya de consistencia poco aumentada y móvil.

El 18 de agosto se interviene: posición de talla perineal. Incisión transversal en arco por delante del ano. Se incide el rafeno-bulbar ligando los vasos del mismo. Se separan las fibras del esfínter externo iniciando el decolaje en el espacio para-rectal, rechazando el recto hacia atrás con una valva de Belt. A disección roma se separan hacia ambos costados las fibras longitudinales que recubren la cara posterior de la aponeurosis próstato-perineal. Muy suavemente se sigue la dirección de esta aponeurosis separando hacia atrás el recto mediante valvas más largas. A continuación se separa a tijera la aponeurosis próstato-perineal disecando a ambos

lados los pedículos vasculares que se ligan y seccionan. Queda por último visible toda la cara posterior de la próstata, pero no las vesículas que se encuentran dentro de la celda seminal. Se aíslan entonces las caras laterales y el vértice de la próstata, cuidando de no dañar el esfínter estriado, y se secciona la uretra membranosa. Tractionando del pico de la misma se aísla con facilidad la cara anterior y colocando un desenclavador se llega al límite próstato-vesical. Con tijera muy curva se secciona la cara anterior del cuello y se identifican los uréteres para seccionar la cara posterior a un centímetro por delante de los mismos. Queda entonces la próstata adherida solamente por las vesículas y los deferentes. La disección prosigue con relativa facilidad y bajo el control de la vista se ligan los pedículos seccionando los deferentes. Una vez extraída la pieza se colocan puntos separados plegando longitudinalmente el cuello de la vejiga y se colocan cuatro puntos cardinales afrontando vejiga y uretra membranosa. Con dos puntos se aproximan los elevadores a la línea media de manera de dar apoyo a la vejiga; con una jareta se sutura el esfínter del ano, se coloca un drenaje de lámina de goma y puntos de piel con hilo.

Duración de la operación una hora y tres cuartos. Durante la misma se transfunden 500 cc. de sangre total.

El enfermo se encuentra perfectamente bien en el post-operatorio inmediato y evoluciona sin el menor incidente local. La única complicación y muy seria que nos hace este enfermo es una trombosis arterial de la arteria femoral que atribuimos a la posición muy forzada con que operamos a estos enfermos y a que este enfermo aquejaba de una tromboangiosis de los miembros inferiores con claudicación intermitente, como se demostró a posteriori. Actualmente no operamos por vía perineal sin estudiar la oscilometría de los miembros inferiores para tratar de evitar este accidente tan desagradable.

El estudio anatomopatológico de ambas piezas, debido a la gentileza del Dr. Eduardo F. Lascano demuestra que se trata en ambos casos de adenocarcinoma escirroso de próstata con invasión de las vesículas seminales.

En conclusión: hemos empleado las dos vías más usuales para la prostato-vesiculectomía radical con éxito. Del punto de vista permanente operatorio nos inclinamos por la vía perineal para-rectal, que nos resultó más sencilla y más rápida. Sin embargo, el hecho de que existan próstatas altas y en situación más baja aconseja ser ecléptico y elegir la vía de acceso teniendo en cuenta esas anatómicas del paciente.

DISCUSION

Dr. Trabucco — Desearía saber cuáles son los graves inconvenientes que cita el autor de esta comunicación sobre la biopsia de la próstata, porque nosotros desde el año 1928 hasta la fecha practicamos de dos a tres biopsias de próstata por mes, ya sea por vía rectal o uretral, y nunca hemos observado accidente alguno.

Dr. Schiappapietra. — Cuando se publicó el trócar de Maraini, su autor tuvo la gentileza de prestármelo. Desde entonces, hacemos biopsia, sistemáticamente. En esa primera época descamisábamos el trócar para usarlo por vía perineal. Lo fabricaba entonces Lutz y Ferrando. Entiendo que ahora la camisa está fija. Una vez descamisado el trócar, lo dirigíamos con un dedo, observando de qué lado va la parte inferior de la aguja. No sé si por poca simpatía a hacerlo por vía rectal, o porque nos satisfacía más, lo cierto es que siempre hemos hecho por vía perineal y nunca tuvimos dificultades.

Dr. Gorodner. — Nosotros, como decía el doctor Trabucco, usamos el trócar de Maraini, siempre por vía rectal, sin mayores inconvenientes. Es un poco traumatizante, pero últimamente, el doctor Lacpraro ideó otro trócar de manejo más fácil y menos traumático, que proporciona fragmentos de 1,5 a 2 mm. que para el anatómopatólogo experto es suficiente para un examen completo. Con este nuevo trócar se extrae el fragmento colocando el trócar contra el núcleo indurado de la próstata. Hemos realizado una serie numerosa de biopsias, sin inconvenientes.

Dr. Pujol. — Quisiera preguntarle al doctor Vilar si compensa no hacer la intervención por vía perineal en los casos en que la próstata está alta. Sabido es que disponemos de otras técnicas casi tan buenas como las perineales para las adenomectomías; por eso cuando consideramos que el adenoma está un poco alto, en lugar de proceder a su extirpación por vía perineal, recurrimos al método de Millin o bien, a la adenomectomía a cielo abierto.

En cuanto a la prostatectomía radical del cáncer de la próstata, para la que contamos con una técnica magnífica como es la perineal y una que está en estudio, que es una simple prueba, como la de Chute, quisiera saber si está compensado el tiempo que demanda la realización de la primera más de tres horas, con el de la segunda, cuya práctica demanda apenas una hora y

media. Tengo entendido, además, que la pérdida de sangre es respetable. Posiblemente, en el caso del doctor Vilar ha tenido suerte, ya que se transfundió poco más de un litro, que quizá sea la sangre que haya perdido ese enfermo. Pero hay pacientes que pierden hasta tres litros.

Deseo también preguntar si la reparación uretro vesical del enfermo es tan sencilla como en la técnica por vía perineal. Quisiera saber si todo eso compensa seguir la técnica de Chute o la perineal.

Hace poco he asistido a una conferencia de cancerólogos quienes sostenían que las biopsias debían ajustarse en su realización a reglas elementales. Casi todo los trócares para punción tienen un electrodo para electrocoagular el trayecto de la biopsia, y se han citado casos, tanto en el país como en el extranjero, de producción de siembras en el recorrido de la punción. Lo ideal sería poder practicar la biopsia por congelación en el momento en que se interviene, como se hace con el cáncer de mama o de pulmón. Y si la biopsia no puede hacerse en el propio acto operatorio, debe tratar de realizarse por lo menos uno o dos días antes.

Dr. Vilar. — El doctor Pujol contestó en la parte a las observaciones de los doctores Trabucco y Gorodner. En realidad, no tengo mayor experiencia en la punción biopsia de próstata como para asegurar si corresponde o no hacerla sistemáticamente. En un caso en que se produjo la cancerización del trayecto de la punción, eso me puso sobre aviso de que no era cuestión de extraer un trozo para mandarlo al anatómopatólogo. Entiendo que sin practicarse la biopsia, lo mismo puede llegarse al diagnóstico por los métodos clínicos, suministrando estrógenos y haciendo un prolijo examen a los 20 días o más. Eso sin descartar que lo ideal, a mi juicio, es realizar la biopsia por congelación cuando el cirujano ya está preparado a someter al enfermo al acto operatorio. En el caso de que la biopsia por congelación fuera negativa, puede realizarse la adenomectomía pura. Y si se encuentra un cáncer, debe procederse a practicar la intervención radical. Con todo, me propongo realizar más biopsias en el futuro para tomar esa línea de conducta.

Al doctor Pujol le diré que no quería mostrarme tan partidario de la vía perineal porque me gustaría tener mayor experiencia, a fin de comprobar qué dificultades existen en su práctica. Es indudable que el periné es la vía de acceso más fácil y la que provoca menos hemorragias. Como hasta el presente, he abordado próstatas bajas, que son las ideales para su acceso por vía perineal, cuando la próstata no se presente para esa vía, no sé si las dificultades serán mayores. Si la próstata está ubicada a dos o tres centímetros más de profundidad, las cosas pueden cambiar.

Dr. Jorge M. V. Vilar, Suipacha 612. Capital.