

## PROSTATECTOMIA PERINEAL DE NECESIDAD

Por el Dr. EDUARDO J. GARZON

El tratamiento de la enfermedad quirúrgica de la glándula prostática ha sido considerado en el andar del tiempo, utilizando diferentes vías de acceso a la celda prostática.

Entre ellas, existe la correspondiente a este trabajo y que cronológicamente se inicia con Wildbolz, Young, Belt, Gil Vernet y entre nosotros la mayoría de los jefes de las distintas escuelas urológicas tienen también sobrada experiencia.

El pronóstico sombrío que se ha querido dar a la adenomectomía clásica por vía perineal, ha quedado superado por la evidente benignidad de este abordaje.

La baja mortalidad (1 a 2 %) según estadísticas de Gil Vernet, la hacen realizable aun en enfermos con muy mal estado general y de edad avanzada.

Excepcionalmente se observa shock post-operatorio y ello puede ser justificado por la falta de maniobras con apoyo abdominal; por ser una operación extravésical y por la escasa pérdida de sangre.

Como complicaciones durante el acto quirúrgico y alejadas del mismo se citan:

*Herida rectal:* Cuando este accidente ocurre tiene lugar durante la operación, y si bien hay autores (Gil Vernet y colaboradores) aconsejan la interrupción de la operación, reparo del recto y enfoque quirúrgico por otra vía, nosotros hemos tenido este accidente en uno de nuestros operados, en el cual se hizo la síntesis de la brecha rectal y se continuó sin inconvenientes la prostatectomía perineal (Historia clínica N° 11.056, D. L.) evolucionando en forma francamente favorable.

*Fistula rectoperineal:* Habitualmente extraesfinteriana, se trata quirúrgicamente con cualquiera de los procedimientos habituales para el tratamiento operatorio de las fistulas ano-rectales.

*Fistula uretroperineal:* Puede decirse que existe; ya que no puede considerarse como fistula el cierre demorado de la herida operatoria.

*Hemorragia:* La posibilidad de que tenga lugar es menor que por otras vías.

*Infección y dehiscencia:* La utilización de avenamiento perineal impide el acúmulo de secreciones, lo que acompañado con el uso de antibióticos, alejan ampliamente la posibilidad de este inconveniente.

*Epididimitis:* Se efectúa su profilaxis, realizando la vasectomía bilateral.

Además de las secuelas (incontinencia, impotencia) que eximen de comentarios por conocidos.

A continuación presentamos dos casos:

Paciente J. G. - 66 años, español. H. C.: 10.277.

Se trata de un enfermo al que se le ha practicado una amputación abdómino-perineal por un neo de recto.

Es enviado a nosotros por el Servicio de Cirugía General, presentando síntomas concordantes con un padecimiento urinario que los exámenes confirman.

Explorado clínicamente se comprueba ano sigmoideo definitivo y moderada eventración sub-umbilical.

*Exámenes complementarios:*

*Radiografía simple:* Presentan ambas glándulas de contorno y posición normales. En relación con vejiga, se observa imagen positiva de contorno redondeado, irregular, con los caracteres de un cálculo.

*Urograma:* A los 5 minutos se aprecia buena concentración y eliminación bilateral. A los 30 minutos, vejiga deformada por hipertrofia prostática.

*Citoscopia:* Capacidad conservada, cuello elevado, relieve próstato cervical convexo, mucosa edematosa, congestiva. Se comprueba cálculo blanquecino de aproximadamente 3 cms. de diámetro.

Teniendo en cuenta el debilitamiento de la pared, la septicidad de la zona vecina a la colostomía, pensamos que los procedimientos clásicos para abordaje, eligiendo la abdominal, bien sea transvesical o retropúbica, se hacían riesgosos por la posibilidad de una infección de tipo polimicrobiana y predominio colibacilar.

Asociando esto a la amputación del recto y considerando que uno de los peligros en la perineotomía es precisamente una lesión de este órgano, es por lo que estimamos para este caso como ideal el acceso a la celda prostática por vía perineal.

25 de octubre de 1957: Operación. Anestesia raquídea. Novocaína corbasil. Cirujano: Dr. J. A. Mocellini. Ayudantes: Dres. Grimaldi y Goldaracena.

Incisión perineal de dirección curvilínea bisquiática, se siguen sin dificultades los tiempos clásicos para la adenomectomía por vía perineal.

La evolución post-quirúrgica es normal y sin inconvenientes hasta el 7º día de post-operatorio, que aparece un ligero rezumamiento de orina por la brecha perineal, que persiste durante 12 días, desapareciendo en forma espontánea y definitiva.

Es dado de alta, siguiendo su observación por consultorio externo en razón de presentar incontinencia moderada durante el ortostatismo y al esfuerzo.

En abril de 1958, el enfermo se halla bien y sin inconvenientes habiendo desaparecido su incontinencia.

Paciente A. P. - 75 años, argentino. H. C. Nº 11.033.

Se interna por disuria progresiva de varios años de duración, acompañada en los últimos tres años, con polaquiuria diurna y nocturna.

Registra un episodio de retención aguda completa que obliga al cateterismo vesical y se deja sonda permanente.

Tacto rectal: glándula prostática aumentada uniformemente, lisa, blanda, elástica, móvil indolora, del tamaño de una ciruela grande y de características concordantes con el adenoma prostático.

*Cistoscopia:* No se efectúa.

*Exámenes complementarios:* Abdomen: presenta hipogastrio deformado por enorme cicatriz retráctil adherida profundamente y de una superficie de 15 cms. de diámetro.

*Radiografía simple:* No muestra sombras positivas con los caracteres de cálculos.

Contornos renales de posición y tamaño normales.

*Urograma:* Buena concentración y eliminación bilateral. Vejiga deformada por impresión prostática.

29 de setiembre de 1959: Operación. Anestesia raquídea: Novocaína corbasil.

Cirujano: Dr. J. A. Mocellini. Ayudantes: Dres. Grimaldi y Serra.

Se efectúa adenomectomía por vía perineal, en forma clásica y sin inconvenientes.

Evolución post-quirúrgica sin trastornos.

En este enfermo queda como secuela una incontinencia ortostática que desaparece completamente 4 meses más tarde.

Al titular este trabajo, no nos ha llevado la idea, de considerar al abordaje perineal para el tratamiento de la enfermedad prostática como técnica de excepción.

Entendemos que todos los procedimientos son excelentes y consideramos con sumo respeto a todos aquellos que manejan con habilidad la vía perineal.

Nosotros realizamos la vía de acceso transvesical y retropúbica con las que estamos más familiarizados.

---