

MODIFICACIONES A LA TECNICA DE PROSTATECTOMIA TOTAL RETROPUBICA DE MILLIN *

ANGEL G. DE QUEVEDO MENDIZÁBAL

Académico de número

La prostatectomía radical total por vía retropúbica está indicada principalmente en el tratamiento del cáncer de la próstata, previa biopsia positiva obtenida de preferencia por perineotomía seguida de castración y administración de estilbestrol. En estas condiciones, el tumor prostático disminuye considerablemente de volumen, y permite hacer un tratamiento radical aun en aquellos casos en que el tumor, por su volumen y extensión extracapsular parecía inoperable.

La técnica que presento ha sido estudiada detalladamente en cadáver y practicada en vivo, de modo que en ella se han eliminado o modificado aquellos puntos que la hacían difícil o peligrosa.

1. Incisión media infra-umbilical de 8 a 10 cm. (fig. 1) en que el escapelo incide la piel, el tejido celular, la aponeurosis de la línea blanca y la fascia de Delbet. Separación del intersticio de ambos rectos con rechazamiento lateral de la fascia de Delbet a ambos lados de la vejiga, y en la línea media del peritoneo prevesical, por disección roma. Lateralmente, esta liberación vesical debe verificarse hasta el descubrimiento de los vasos obturadores. (fig. 2.)

2. Aislamiento de la próstata.

Se coloca el separador de Gosset y, para obtener una buena visión del espacio retropúbico, es conveniente, sobre todo en sujetos obesos, seccionar ligeramente con tijera lateralmente sobre el pubis, las inserciones del piramidal y recto anterior, lo que permite una separación lateral mucho mayor de ambos colgajos.

En el fondo de la herida, la pared flácida de la vejiga abomba e impide la visibilidad de su cuello y región prostática. Para evitar este inconveniente, el doctor Luis Vela me ha construido un separador acodado y fenestrado

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 18 de marzo de 1953.

que, introducido entre las ramas de Gosset, presenta de modo excelente la región prostática. Por disección roma se separa el tejido celular del Retzius y aparece en la línea media la V del ángulo anterior de los ligamentos puboprostáticos. (fig. 3.) Lateralmente, estos ligamentos se continúan con la aponeurosis del obturador interno, y es ahí, en esta parte pósterolateral de la próstata, donde el dedo índice debe buscar el plano de separación lateral peri-prostático que permite aislar al órgano hacia atrás. Previamente, para evitar que esta maniobra produzca hemorragia de los vasos periprostáticos, a veces muy dilatados, se ligarán con aguja de Deschamps o con aguja ordinaria pequeña. Una vez verificado este aislamiento lateral de la próstata, se procede a hacer la sección de los ligamentos puboprostáticos, tomados entre dos ligaduras (fig. 4 y 5), lo que aquí puede hacerse fácilmente con aguja atraumática de catgut crómico 0. Seccionados aquéllos, no queda sino aislar la uretra, por discisión con tijeras curvas y largas exactamente en el pico de la próstata.

3. Sección de la uretra y aislamiento posterior de la próstata.

Una vez que se ha aislado la uretra en el tiempo anterior, se la secciona pegándose a la próstata; para lo cual previamente debe colocarse una gasa, que se pasará de un lado a otro por detrás de la uretra y de la porción adyacente de la próstata, y que tiene por objeto evitar que la salida de orina al seccionar la uretra, contamine el campo operatorio. Ya seccionada la uretra (figs. 6 y 7), su cabo distal se deja libre, y el proximal, con el pico de la próstata, es tomado con pinzas fuertes de garras que permiten hacer tracción hacia arriba sobre el órgano y faciliten el aislamiento de su cara posterior.

Por medio de tracción, con la pinza, del pico de la próstata, por medio de disección roma con el dedo índice, se separa aquélla del recto en una extensión de dos y medio centímetros, e invirtiendo el órgano queda a la vista toda su cara posterior (fig. 8).

4. Aislamiento, disección de vesículas seminales y ámpulas del deferente.

Para el aislamiento de las vesículas empezamos por incidir verticalmente la fascia de Denonvilliers (figs. 9 y 10), cuyos colgajos, levantados lateralmente, nos llevan al ámpula del deferente, canal que contornea hacia adentro la vesícula seminal y que debe ser seccionado fuera de ella (figs. 11, 12 y 13). Entonces, procediendo de afuera hacia adentro de ambos lados, se seccionan, previa hemostasis, los vasos vesiculares (fig. 14 bis) y se continúa en sentido distal hasta llegar a la extremidad de las vesículas, en donde se secciona, previa ligadura, el pedículo principal (fig. 15). Al reclinar las vesículas y la próstata hacia arriba, sólo queda unida la pieza a la vejiga por la base de la próstata, cuya separación vesical deberá iniciarse solamente en este momento, para completarla por transficción endovesical en el siguiente tiempo.

PROSTATECTOMIA TOTAL
RETROPUBICA

Técnica de Millin modificada

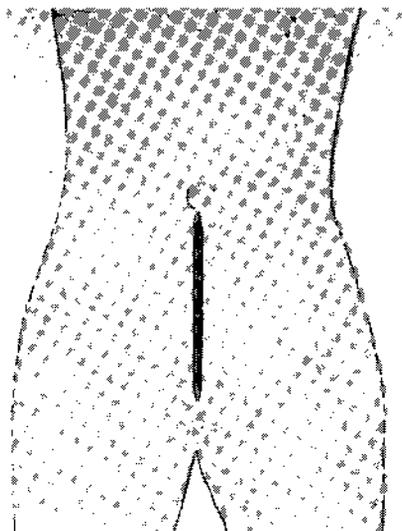


Fig. 1

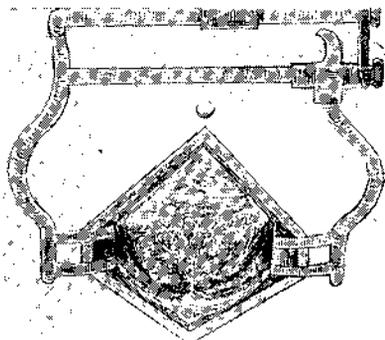


Fig. 2

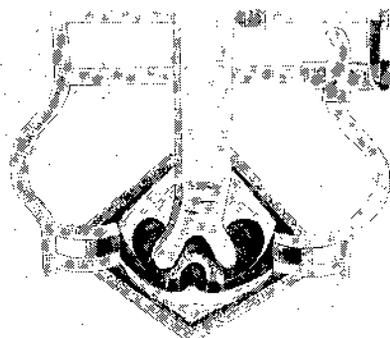


Fig. 3

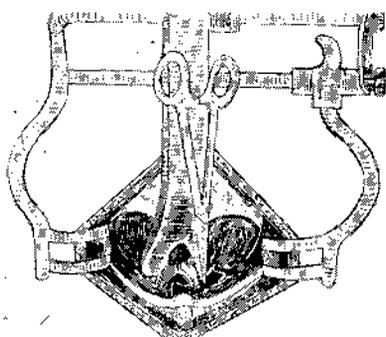


Fig. 4

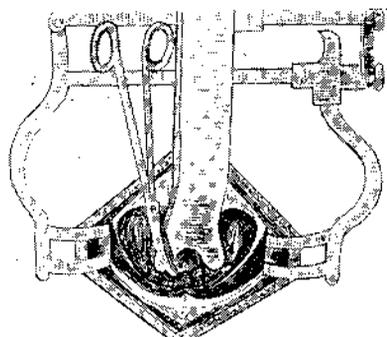


Fig. 5

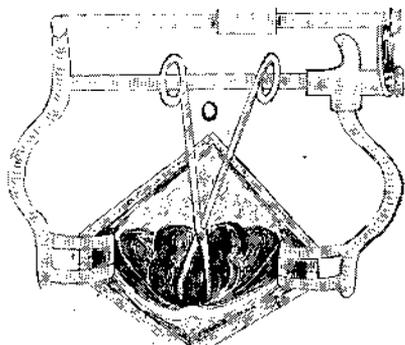


Fig. 6

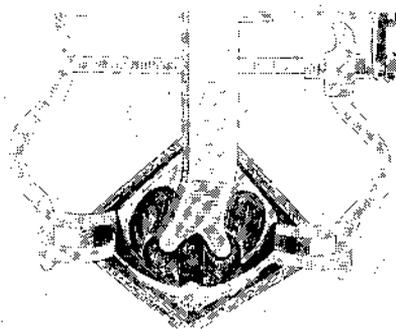


Fig. 7

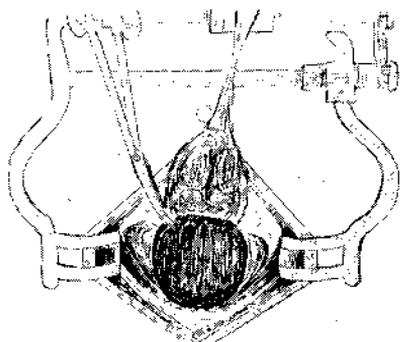


Fig. 8

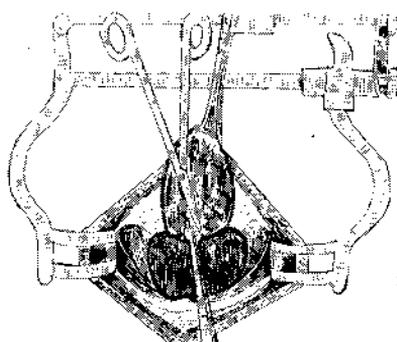


Fig. 9

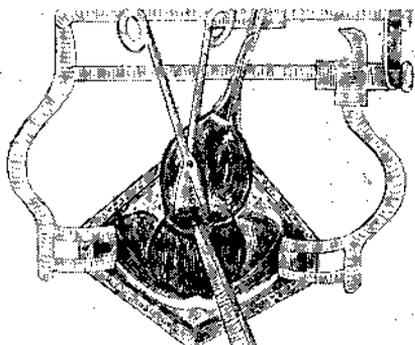


Fig. 10

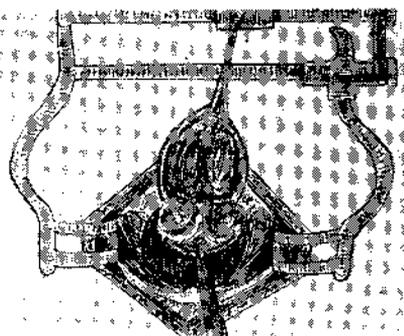


Fig. 11

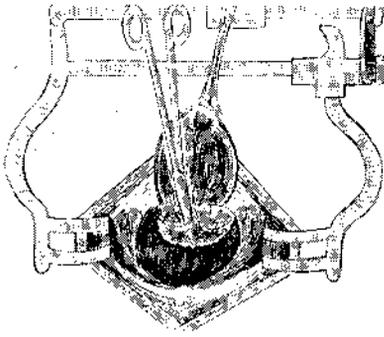


Fig. 12

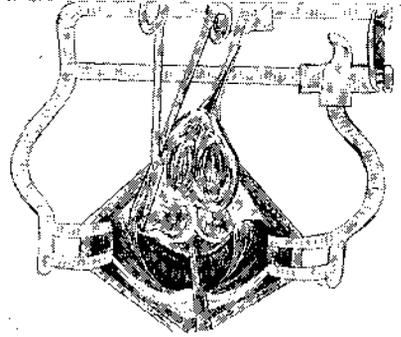


Fig. 13

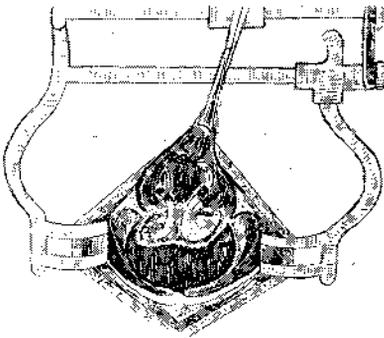


Fig. 14

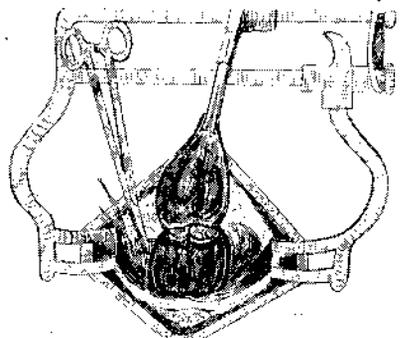


Fig. 14 bis

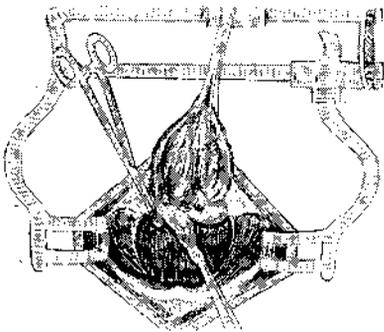


Fig. 15

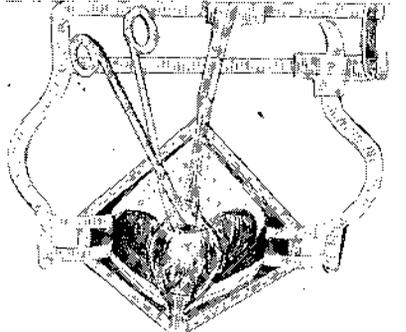


Fig. 16

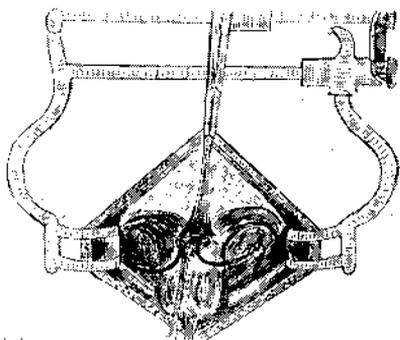


Fig. 17

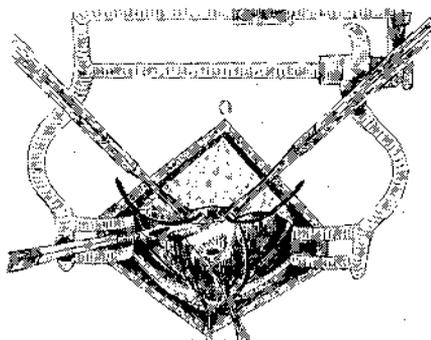


Fig. 18

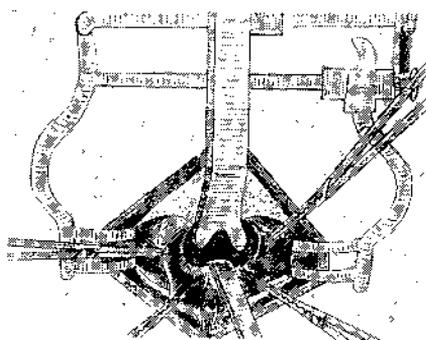


Fig. 19

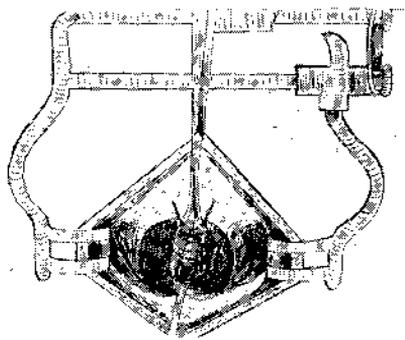


Fig. 20

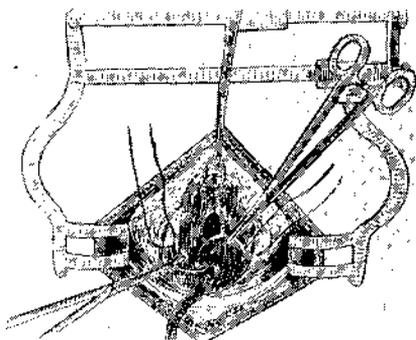


Fig. 21

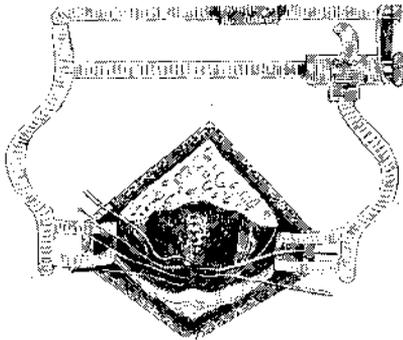


Fig. 22

5. Apertura de la vejiga y sección vésicoprostática.

Colocadas la próstata y la vejiga nuevamente en su posición normal, por palpación inmediatamente atrás de la base de la próstata tocamos transversalmente el doble espesor de la pared vesical y hacemos ahí con tijera una pequeña incisión transversal (fig. 16), a través de la cual vemos el orificio del cuello, y, localizando los orificios ureterales, pasamos por ellos una sonda ureteral, o mejor aún, una bujía filiforme (fig. 17). Entonces, levantando con pinzas la próstata, vesículas y deferente, presentamos al bisturí el borde posterior del cuello (fig. 18), sobre el cual, entre él y los orificios ureterales incidimos la mucosa vesical y continuamos la incisión lateralmente hacia ambos lados hasta alcanzar la incisión hecha primero con tijera sobre la vejiga. Entonces, tocando de ambos lados el uréter, referido por la sonda, seccionamos cuidadosamente, por transficción, el resto de la base de la próstata y lateralmente protegiendo también el uréter, colocamos pinzas (fig. 19), y seccionamos los alones laterales con la arteria vesical inferior, con lo cual queda libre la pieza que es extirpada en block.

6. Sutura uretrovesical.

El orificio del cuello vesical tiene en este momento un diámetro de unos 3 cm. y hay que disminuirlo de tal manera que su orificio tenga aproximadamente el mismo diámetro que el de la uretra. Para ello ponemos puntos separados de catgut atraumático 0, que tomen todas las capas de la vejiga hasta a 1 cm. del extremo inferior (fig. 20). Estos puntos se refuerzan con puntos en U de la adventicia que los recubren a todo lo largo de la pared vesical. Entonces se introduce por la uretra (fig. 21), a través de la cual se lleva a la vejiga una sonda de Foley Nº 22 a 24 y sobre ella se ponen los puntos de afrotamiento uretrovesical (fig. 22) con catgut atraumático 00 que en número de 4 a 6 y penetrando a través de todas las capas de uretra y vejiga, verifican la sutura de ambos órganos. Se vigila la hemostasis del nicho pélvico próstatovesical y se coloca un tubo de canalización.

7. Sutura de la herida.

Se sutura la herida por planos sin olvidar el reinsertar al pubis la aponeurosis del recto anterior y los piramidales.

Para el estudio de esta técnica deseo agradecer su colaboración a los doctores Jorge Elías Deeb, Luis Vela y al estudiante Rubén Almeraya, así como al doctor Alvaro Tachiquín, Jefe del Servicio de Autopsias y Anatomía Patológica del Hospital General.

RESUMEN

El autor presenta una nueva técnica de prostatectomía total retropúbica.

SUMMARY

The author presents a new technic of total retropubic prostatectomy.

BIBLIOGRAFIA

1. Longoria, Javier: Tratamiento quirúrgico del cáncer de la próstata. Trabajo leído por el autor en la III Reunión Nacional de Urología, 1950.
2. Pesqueira, Manuel: Cuidados postoperatorios y complicaciones de la resección prostática. *Revista de Urología*, 5: 60, 1947.
3. Villanueva, Aquilino: Tratamiento quirúrgico del cáncer de la próstata. *Revista de Urología*, 8: 26, 1948.
4. Aguirre, Carlos: Tratamiento hormonal del adenoma prostático. *Revista de Urología*, 5: 71, 1947.
5. Castro, Eduardo: Neoplasias genitourinarias. *Revista de Urología*, 10: 33, 1952.
6. Millin, Terence: *Retropubic Urinary Surgery*. E. Livigstone, Edimburgo, 1947.
7. Young, Hugh H.: Tumors of the prostate. *Practice of Surgery*, Dean Lewis, vol. IX, capítulo 21, 1934.
8. Gutiérrez, Roberto: Nuevo aspecto del tratamiento quirúrgico del carcinoma de la próstata y prostatectomía perineal total. *Am. J. of Surg.*, 78: 147-69, 1949.
9. Gutiérrez, Roberto: The changing conception of cancer of the prostate. *Am. J. of Surgery*, 48: 330, 1940.
10. Morley, John: Carcinoma of the prostate. *Practitioner*, 917: 264, 1944.
11. Ormond, John K.: Radical perineal prostatectomy for carcinoma. *J. of Urol.*, 58: 61-67, 1947.
12. Birdsall, Joseph C.: Carcinoma of the prostate with an evaluation of its present day management. *J. of Urol.*, 59: 220-28, 1948.
13. Rose, D. K.: Combined surgical and hormonal treatment for cancer of the prostate. *The Surg. Clinics of North America*, 24: 1203, 1944.
14. Cibert, J., et Jerrin, J.: Le traitement hormonal des cancers de la prostate. *La Presse Médicale*, 70: 1031, 1949.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DOCTOR ANGEL QUEVEDO MENDIZABAL SOBRE MODIFICACIONES A LA TECNICA DE PROSTATECTOMIA TOTAL POR VIA RETROPUBLICA

AQUILINO VILLANUEVA

Académico de número

El estudio del cáncer prostático en sus diferentes aspectos, ya sea considerándolo bajo el punto de vista clínico, terapéutico o de la investigación, es uno de los problemas que ha sufrido una transformación en los últimos diez años, con motivo de las investigaciones sobre el estudio de las fosfatasa en la sangre y de las investigaciones de Huggins sobre el valor de andrógenos y estrógenos en la producción y tratamiento del cáncer prostático. Bajo el punto de vista clínico, consideramos que existen cuatro grupos de enfermos en los que se ha hecho el diagnóstico de carcinoma de la próstata: el primero es aquel en que el diagnóstico se hace por medio del estudio histopatológico en el postoperatorio, es decir, aquellos casos en que se extirpó la próstata pensando que se trataba de un simple adenoma. El segundo, comprende los casos en los que el padecimiento está localizado dentro de la cápsula prostática y que es revelado por el tacto rectal, pudiéndose palpar un pequeño nódulo endurecido. En este grupo el por ciento de enfermos es muy limitado y las estadísticas nacionales y extranjeras lo hacen variar de un 5 a un 10 por ciento. El tercer grupo es el más numeroso, pues generalmente cuando este padecimiento se hace ostensible a la clínica, es porque desgraciadamente ha invadido otros órganos, especialmente las vesículas seminales, el piso de la vejiga y lo que es más frecuente, la invasión de los ganglios perineurales. El cuarto grupo lo forman aquellos enfermos cuyo padecimiento está muy avanzado y presenta metástasis y serias modificaciones en el estado general.

Por esta breve descripción, se puede apreciar que sólo existe un grupo muy limitado de casos en el que la cirugía radical nos permite obtener los mejores resultados. Las estadísticas obtenidas desde hace más de 40 años,

entre otros por el doctor Hugh Young, revelan que en los cánceres prostáticos encapsulados se obtiene más de un 50 por ciento de casos de curación, controlados por espacio de más de 10 años. Afortunadamente, en la actualidad han ido aumentando los casos destinados a esta clase de cirugía, y esto se debe a que cada día es mayor el número de enfermos de más de 50 años de edad, que a las primeras molestias se sujetan a una exploración urológica adecuada. Aquellos casos en los que ha habido una moderada invasión de la cápsula o fuera de ella, en que después de un tratamiento hormonal con resultados satisfactorios se logra reducir el tamaño de la glándula, invitan a la extirpación radical del padecimiento neoplásico.

La técnica que desde el principio de este siglo hasta la actualidad ha sido más frecuentemente practicada, es la prostatectomía perineal, siguiendo especialmente las técnicas de Young, Albarrán, Gil Vernet y la de Belt. Desde la aparición de la técnica de la prostatectomía retropúbica en los años de 1945 a 1947, se comenzaron a practicar prostatectomías radicales por esta vía, siguiendo la técnica de su autor, el doctor T. Millin, con resultados satisfactorios. Yo he practicado la mayor parte de mis intervenciones en el cáncer prostático por la vía perineal, ya que ésta nos permite, en casos de duda, hacer una biopsia por esta vía, y en caso de que resulte positiva, practicar de inmediato la intervención radical. La modificación a la técnica original que nos presenta el doctor Quevedo, en la forma que lo ha logrado después de varios años de hacer trabajos anatómicos, especialmente en cadáver, es, sin duda, una de las mejor descritas, ya que aun el doctor Millin descuida el precisar algunos detalles, especialmente el de la ligadura del pedículo de las vesículas seminales, lo cual con la técnica descrita por el doctor Quevedo, nos da una mayor seguridad y evita hemorragias durante la intervención.

Además, el doctor Quevedo describe minuciosamente algunos tiempos de la operación como el de la sección de los ligamentos pubo-prostáticos y la incisión, especialmente en los enfermos obesos, de las inserciones del piramidal y del recto anterior, lo que nos da una amplitud en el campo operatorio. Otro perfeccionamiento a la técnica, es aquel que se refiere a la sección de la vejiga y en el que el doctor Quevedo sugiere la conveniencia de controlar el uréter, colocando una sonda ureteral para evitar su lesión.

Yo no he tenido oportunidad de hacer esta intervención en los cánceres de próstata, pero sí la he hecho en los cánceres de vejiga, en que se hace la extirpación de ésta con la próstata y vesículas seminales y, además, la he practicado en cadáver y me parece que es una técnica muy recomendable. Sin embargo, en la práctica no se hace con mucha frecuencia, teniendo en

cuenta que muchos de los enfermos mejoran notablemente con el tratamiento hormonal, que evita una intervención quirúrgica más o menos grave, la que generalmente se realiza en personas de edad avanzada y comúnmente con otros padecimientos orgánicos; sin embargo yo considero que esta técnica, lo mismo que la prostatectomía perineal radical, tiene sus indicaciones, principalmente en el cáncer prostático incipiente, cuando las lesiones están bien limitadas y cuando las condiciones generales de los pacientes son satisfactorias.

Para terminar, quiero felicitar al doctor Quevedo por su interesante trabajo y por el empeño que ha demostrado en todas sus investigaciones que siempre son el resultado de serios y meditados estudios y superación constante.