

ALFREDO ESPAÑA TORRES

La Prostatectomía
Retropúbica Modificada

G U A T E M A L A , - 1 9 5 3

RESUMEN HISTORICO

Desde el año 1909 Clive Jacobs y E. J. Casper y Van Estokum, actuaron independientemente en la resección prostática llamándole los primeros Prostactectomía Prevesical, el segundo Paravesical, teniendo ambos magníficos resultados en dichas intervenciones, el informe se hizo hasta en 1933.

En 1945 se publicó la primera exposición clara por T. Millin, habiendo ganado muchos adeptos de las Sociedades de Urólogos, tanto de la América del Norte como de Europa; naturalmente ya habían salvado muchos obstáculos de la Técnica original de Clive Jacobs y Estokum; tuvo muchos elogios especialmente en Inglaterra, Francia y Estados Unidos. Habiendo hecho hincapié en su limpieza, tiempo de la intervención, y de la fácil exposición. Millin presentó un trabajo de cerca de mil intervenidos con resultados satisfactorios, haciendo la hemostasis por electro-coagulación. Lowsley y Gentile presentaron una serie de casos recomendando la gasa absorbible en el espacio pre-vesical para controlar la hemorragia.

En Cuba se practica con mejores resultados por el Dr. Porcilla. Actualmente se ha difundido más teniendo como base las experiencias anteriores.

En las Salas de Urología del Hospital General de Guatemala se han venido practicando desde el año 1947.

En la sección "A", se utiliza exclusivamente la modificación del Dr. Palomo que es la técnica que nos ocupa en el presente trabajo de tesis, en la que no se usan gasas absorbibles, ni electro-coagulación como lo recomiendan Millin, Lowsley y Gentile; para hacer la hemostasis de la celda prostática, se practica un sencillo sistema que expondremos más adelante.

ESTUDIO TOPOGRAFICO

Piel: La parte que nos corresponde de este estudio es la infra umbilical. Primero, la piel generalmente más clara que el resto del cuerpo, fina y cubierta de vellos; después encontramos el tejido celular subcutáneo compuesto de dos fascias dentro de las cuales se encuentra la grasa, dependiendo el grosor de ésta, directamente de la constitución del paciente; en la inferior de ésta se encuentran unas fibrillas que van a dar origen al ligamento suspensor del peñe y de las bolsas.

Vasos y nervios: Arterias las que irrigan esta región tienen su origen en la pudenda externa y lumbares.

Las venas desembocan en las abdominales medias y pudendas.

Los nervios provienen del abdóminogenital mayor y menor del plexo sacro.

Linfáticos: Desembocan en el cuadrante súpero-interno y súpero-externo de los ganglios inguinales.

Músculos: Tenemos dos largos músculos; recto mayor abdominal derecho e izquierdo, cuyas inserciones inferiores se hacen por medio de un fuerte tendón que nace entre la espina y la sínfisis del púbis y su borde superior; arriba, llegan hasta las últimas costillas; éstos músculos están constituidos por fibras muy fuertes y en el curso de su trayecto tienen algunas intersecciones aponeuróticas, ellos se ven por su borde interno y se separan entre sí por medio de la línea blanca.

Músculos piramidales: Dos pequeños de forma triangular cuya base corresponde al borde superior del púbis, entre la sínfisis y la espina, inmediatamente adelante de las inserciones inferiores del recto mayor, separados de éste por una pequeña capa celular se dirigen hacia arriba hasta llegar a la línea blanca más o menos a la mitad del pubis al ombligo.

Vaina del Recto Mayor: Este músculo está contenido en una vaina fibrosa formada por los tendones de los músculos anchos del abdomen, que al entrecruzarse con los del lado opuesto forman la línea blanca. La pared anterior la forma la aponeurosis del oblicuo

mayor y la anterior del oblicuo menor, en su cuarto inferior está reforzada por la hoja posterior del oblicuo menor y por la del transverso. La pared posterior se forma en sus tres cuartos superiores por la hoja posterior del oblicuo mayor y por la del transverso; en su cuarto inferior sólo por la fascia transversalis; su borde externo en sus tres cuartos superiores por el ángulo que resulta de la bifurcación de la aponeurosis, en su cuarto inferior por la continuación del mismo ángulo, formando la fascia transversalis y la aponeurosis de inserción del transverso; su borde interno: la línea blanca.

Vasos y Nervios: Las arterias: por las ramas de la epigástrica, rama de la ilíaca externa. Las venas: del mismo nombre que desembocan en la ilíaca externa. Los nervios: de los abdominogenitales.

Linfáticos: Desembocan en los ganglios que se encuentran en las ilíacas, y después al grupo ilíaco externo.

CAPAS RETRO MUSCULARES

La hoja posterior de la aponeurosis de envoltura del transverso está representada por la fascia transversalis, que aquí es una verdadera aponeurosis. Entre la fascia transversalis y el peritoneo el tejido subperitoneal, que es más denso en su parte media, por su espesor van los vasos epigástricos. Entre esta capa y el peritoneo está la aponeurosis umbilico-prevesical. Encontramos después el peritoneo que está en contacto con la pared posterior de la vaina de los rectos en la parte externa de la región, separada de la línea blanca por tejido celular graso.

CAVIDAD DE RETZIUS

Esta cavidad llamada también espacio prevesical, está limitada así: adelante la pared abdomino-pubiana; atrás por una laminilla fibrosa que acompaña a las arterias umbilicales desde el ombligo hasta su terminación en el suelo de la pelvis, esta laminilla es la misma umbilico-prevesical de Testut. Esta hojilla llega abajo al vértice de la vejiga, abarcándola por su cara anterior y laterales, llegando en el suelo de la pelvis a confundirse en su parte media con los ligamentos pubovesicales, a los lados con la aponeurosis

pelviana; se refleja en las escotaduras ciáticas llegando a confundirse después con la aponeurosis de los obturadores internos, formando en su parte posterior la cavidad; hacia abajo la cavidad está separada por los obturadores internos, elevadores del ano y los ligamentos pubiovesicales. La cavidad de Retzius está llena de tejido celular graso adherido a la vejiga y al peritoneo.

TOPOGRAFIA DE LA PROSTATA

La próstata se encuentra situada en la parte inferior del departamento anterior de la excavación pelviana, inmediatamente por debajo de la vejiga; arriba de la aponeurosis media del peritoneo, la que contribuye a formar por su parte anterior al suelo de la excavación.

Celda Prostática: es la parte de la excavación pelviana ocupada por la próstata y la uretra prostática, formada hacia adelante por la sínfisis del pubis; atrás por la aponeurosis prostática peritoneal; a los lados por los elevadores del ano y sus aponeurosis; abajo, por la cara superior del diafragma urogenital, que representa la hojilla superior de la aponeurosis perineal media; arriba los ligamentos pubiovesicales en la parte anterior, el cuerno vesical y el trigono en el resto. Entre la celda prostática y la próstata: el espacio periprostático, lleno de tejido celular, este espacio reducido hacia atrás y hacia los lados es grande hacia adelante donde se encuentra el plexo de Santorini; el tejido de este espacio se condensa y se vuelve resistente especialmente hacia los lados y le dan el nombre de aponeurosis lateral de la próstata, de adherencias hacia atrás son poco sólidas por lo que es posible la separación fácil de la glándula.

La cara anterior de la próstata está cubierta por el esfínter estriado de la uretra que a este nivel forma una lámina delgada entre la glándula y la cápsula y separada de la sínfisis pubiana por medio del plexo de Santorini; las caras laterales se relacionan con los elevadores del ano y sus aponeurosis y separados por los plexos periprostáticos; la cara posterior corresponde a la aponeurosis prostato-peritoneal e inmediatamente después a la pared anterior de la ampolla rectal; la superior o base corresponde a una línea que va del cóxis a la sínfisis del pubis, se confunde en su mitad anterior con la vejiga, las fibras longitudinales de ésta, se insertan

En esta cara y sus fibras circulares que forman el esfínter liso del cuello vesical, penetran en la base de la próstata para llegar alrededor del origen de la uretra prostática, en su mitad posterior existe una hendidura, por donde corren las vesículas seminales y los conductos eyaculadores antes de entrar a la glándula. El Lóbulo Medio de la Próstata está formado, por una parte, la uretra hacia adelante y los conductos eyaculadores hacia atrás. El vértice o pico corresponde un poco arriba de la aponeurosis del pene, que se une a ella por medio de fibras celulosas que le forman como vaina a la uretra membranosa que la rodea el esfínter esquelético. La uretra prostática que es de unos 3 centímetros y es continuación del cuello vesical, está excavada en la mayor parte de su extensión en el espesor de la glándula, cuyos acinos se insertan en ella, es decir formando cuerpo; el trayecto de la uretra prostática está mucho más cerca a la cara anterior que a las demás.

Vasos y Nervios: Las arterias provienen de las Vesicales Internas y de las Hemorroidales Medias. Las venas forman ricos plexos que envuelven la glándula. Los nervios proceden del plexo celiacogástrico.

Linfáticos: Nacen de los acinos glandulares formando una red alrededor de la próstata y van a desembocar a los ganglios linfáticos internos, externos, pero especialmente a los ganglios sacros. Los linfáticos son mucho más ricos en la cara posterior de la próstata, encontrándose algunos ganglios en el trayecto hacia los ganglios correspondientes.

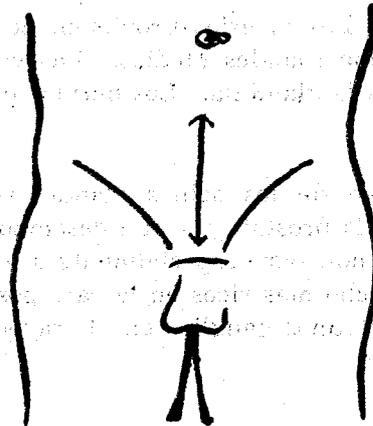
TECNICA

Anestesia: la más usada en el presente trabajo es la Raquídea solución de procaína al 2%, de 10 a 12 centigramos.

ACTO OPERATORIO:

Posición: Paciente en decúbito dorsal con la pelvis ligeramente elevada.

A) Incisión que principia en la línea media infra-umbilical 5 centímetros por debajo del ombligo hasta la raíz del pene y de interés piel y tejido celular subcutáneo hasta llegar a la aponeurosis abdominal (Figura número 1).



(Fig. Nº 1)

B) Hemostasis de los vasos subcutáneos.

C) Incisión de la aponeurosis inter-rectal en la extensión de la herida cutánea, y separación de los músculos rectos abdominales.

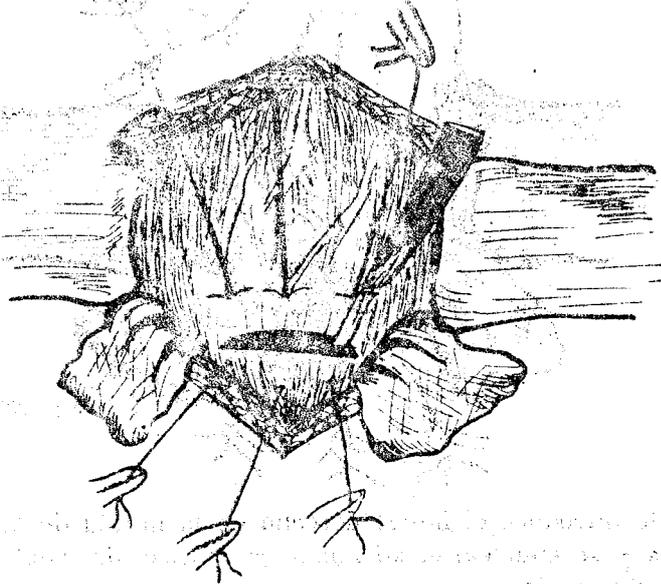
D) Localización y disección roma del espacio de Retzius a la vez que se expone el peritoneo, en parte la vejiga.

E) Separación del peritoneo de la cara anterior de la vejiga por disección roma.

F) Continuar la disección hacia abajo detrás del pubis, sin lastimar este último, para exponer el cuello vesical y la cara anterior de la cápsula prostática (la presión excesiva hecha sobre el pubis así como puncionarlo o herirlo, produce Osteitis, una de las peores complicaciones de esta técnica).

G) A cada lado de la cápsula prostática se introducen gasas de taponamiento con el objeto de elevar la próstata en el campo operatorio y proteger a la vez los plexos venosos de Santorini.

(Figura número 2).



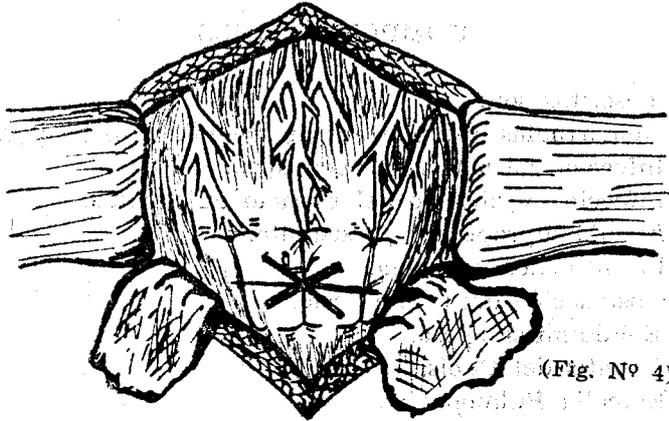
(Fig. Nº 2)

H) Se ligan ahora por transfixión todos los vasos que aparecen gruesos en la cara anterior de la vejiga. (Figura número 2).

I) Se identifica el cuello vesical en el punto en que se une a la cápsula prostática, entonces se ponen tres puntos de tracción, con catgut cromizado número 0 a centímetro y medio por encima del cuello vesical ya identificado y otros tres puntos simétricos en la cara anterior de la cápsula prostática a un centímetro por debajo del cuello vesical. (Ver figura número 2).

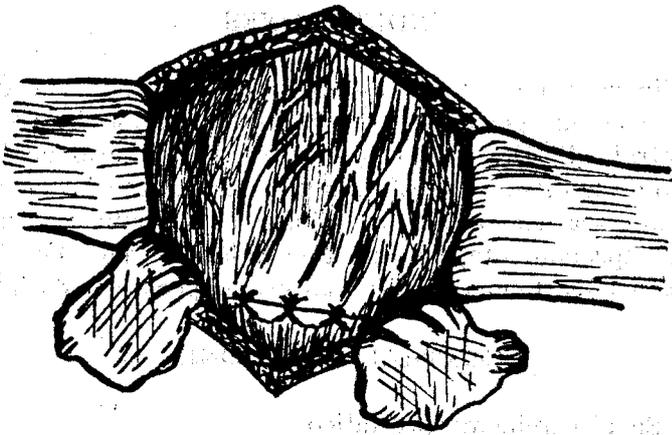
J) Entre los seis puntos de tracción ya mencionados y sobre la cara anterior de la cápsula prostática, a medio centímetro por debajo del cuello vesical se hace una incisión transversal de 3 cm. hasta visualizar el tejido prostático. (Ver figura número 2).

labio inferior de la incisión de la cápsula; esto pliega la cápsula, acerca el cuello vesical a la uretra y liga por transfixión el pedículo prostático del lado correspondiente. El segundo punto es simétrico al anterior, y el tercero es un punto de colchonero que aproxima los labios de la herida por su parte media terminando la plicatura de la cápsula. (Ver dibujo número 4).



(Fig. Nº 4)

O) Los puntos que sirvieron de tracción y que tienen pinza en su extremo, se anudarán los de arriba con los correspondientes de abajo con lo que se refuerza la hemostasis. Mientras tanto un ayudante hace un lavado vesical por la sonda que ya está colocada para sacar los coágulos que pudieron haber quedado, inmediatamente después se fija dicha sonda. (Figura número 5).



(Fig. Nº 5)

P) Se quitan los taponamientos que se pusieron en la parte lateral de la próstata. Se deja un pen-rose en el espacio de Retzius; y

Q) Se procede a cerrar los diferentes planos con puntos parados de catgut cromizados número 1, la piel se sutura con puntos de algodón.

COMPLICACIONES

Las descritas son:

- A) Hemorragias que pueden ser inmediatas o tardías.
- B) Infección de la herida operatoria.
- C) Infección y absceso del Espacio de Retzius.
- D) Fístula suprapúbica persistente.
- E) Incontinencia urinaria.
- F) Obstrucción del cuello vesical.
- G) Epididimitis aguda.
- H) Osteitis del Pubis.
- I) Embolia Pulmonar.

De nuestras experiencias personales cuyas observaciones detallaremos al final de este trabajo, tuvimos la suerte de que una hemorragia tardía se nos presentara como complicación.

Con respecto a las Epididimitis Agudas se observa cuando se ligan los conductos diferentes; y de la Osteitis del Pubis sabemos de un caso.

INDICACIONES

Millin cree que pueden intervenirse por esta vía cualquier próstata con excepción de las fibróticas, que se harán por vía transuretral. El Dr. Palomo piensa que el criterio de la vía es el producto de la clase de próstata que se trate, para hacer cualquier técnica que sea necesaria, y que por vía retropúbica se deben intervenir especialmente, las que tienen lóbulos laterales hipertrofiados, con buen tono vesical y con orinas poco o nada infectadas.

CONTRAINDICACIONES

- A) En el carcinoma prostático.
- B) Mal funcionamiento Renal.

- C) Cuando sea necesario hacer cistostomía por vejiga u orina muy infectada.
- D) Próstatas fibrosas.
- E) Cuando sólo hay barra mediana.
- F) Hipertrofia única del lóbulo medio.
- G) En algunos tipos de litiasis prostática.

OBSERVACIONES

X. X. de 70 años, procedente de San Miguel Chicaj, agricultor, ingresa el 10 de Noviembre de 1952 por retención aguda de orina.

Historia: Refiere que a consecuencia de haber ingerido alcohol ya no pudo orinar, con anterioridad de unos dos años sentía urgencia, poliaquiuria, disuria y escasa fuerza del chorro, orinándose los pies pero no le dió importancia hasta la actual retención.

Antecedentes sin importancia.

Examen Físico: (Datos de importancia). Sonda Nélaton no pasó, pudo vaciarse la vejiga con sonda filiforme saliendo 1.500 c.c. Tacto Rectal: Próstata grande y dolorosa. Impresión Clínica: Hipertrofia Prostática. Exámenes de Laboratorio: normales. Tratamiento: Prostatectomía Retropúbica modificada. Anatomía Patológica: Adenoma de la próstata. Alta sin complicaciones el 25 de Noviembre de 1952.

X. X. de 65 años de edad, carpintero, procedente de Rabinal, ingresa el 5 de Diciembre de 1952, por dificultad para orinar.

Historia: Enfermo que tiene 3 meses de haberse dado cuenta de frecuencia nocturna, aliguria, nicturia, disuria, orina espesa, estas molestias llegan a dificultar el sueño.

Antecedentes: sin importancia para el caso.

Examen físico: (Datos de importancia). Sonda Nélaton pasa sin dificultad la número 14, orina residual 115 cc. con sedimento. Próstata aumentada de tamaño especialmente los lóbulos laterales. Impresión clínica: Hipertrofia prostática Exámenes de Laboratorio: normales. Tratamiento: Prostatectomía Retropúbica Modificada. Alta sin complicaciones el 22 de Diciembre de 1952.

X. X. de 60 años de edad, agricultor, procedente de Purulhá, ingresa el 20 de Diciembre de 1952, por frecuentes micciones.

Historia: Sin precisar fecha viene sintiendo más o menos un año poca fuerza en la micción, se orina los pies, se levanta hasta 9 veces por la noche, poca orina cada vez, dolor poco pronunciado en la micción, orina turbia.

Antecedentes: sin importancia para el caso.

Examen Físico: (Datos de importancia). Sonda Nélaton pasó sin dificultad la número 14, orina residual 80 cc. Tacto Rectal: Próstata generalmente aumentada y dolorosa. Impresión Clínica: Hipertrofia Prostática. Exámenes de Laboratorio normales.

Tratamiento: Prostatectomía Retropública Modificada.

Anatomía Patológica: Adenoma de la Próstata. Alta sin complicaciones el 10 de Enero de 1953.

X. X. de 63 años de edad, agricultor, procedente de Salamanca, ingresa el 21 de Diciembre de 1952, por retención aguda de orina.

Historia: Refiere que hace unos 2 años sentía molestias con las frecuentes micciones nocturnas pero no le dió importancia hasta que el día 19 del mismo mes a consecuencia de haber ingerido licor —dice— ya no pudo orinar, la orina ha sido un poco turbia y sin fuerza.

Antecedentes: sin importancia para el caso.

Examen Físico: (Datos de importancia para el caso). Sonda Nélaton número 14 pasó difícilmente, sangró un poco pero sin importancia, salen 1,800 cc. con sedimento. Tacto Rectal: Próstata grande, en su totalidad. Impresión Clínica: Hipertrofia Prostática. Tratamiento: Prostatectomía Retropública Modificada. Anatomía Patológica: Adenoma Prostático. Alta sin complicaciones el 10 de Enero de 1953.

X. X. de 68 años de edad, zapatero, procedente de Rabinal, ingresa el 10 de Febrero de 1953, por frecuentes micciones.

Historia: Refiere el enfermo que ya lleva más de un año con las micciones frecuentes pero de preferencia por la noche, poca orina cada vez, y en ocasiones los deseos sin efectuar la micción no tiene fuerza la micción y siente algo pesado en la región inferior del pubis.

Antecedentes: sin importancia para el caso.

Examen Físico: (Datos de importancia): Pasa la sonda Nélaton número 8, orina residual 150 cc. Tacto Rectal: Próstata muy aumentada de tamaño y dolorosa. Impresión Clínica: Hipertrofia Prostática. Exámenes de Laboratorio normales. Tratamiento: Prostatectomía Retropública Modificada. Anatomía Patológica: Adenoma de la Próstata. Alta sin complicaciones el 27 de Febrero de 1953.

X. X. de 58 años de edad, sastre, procedente de Granados, ingresa el 15 de Marzo de 1953, por retención aguda de orina.

Historia: Refiere el enfermo que desde hace un mes sentía deseos de orinar, pero sentía que no quedaba satisfecho, frecuencia, de preferencia nocturna, y a consecuencia de haberse desvelado —dice— ya no pudo orinar.

Antecedentes: sin importancia para el caso.

Examen Físico: (Datos de importancia para el caso). Pasa la sonda número 12, saliendo 1,500 cc. de orina. Tacto Rectal: Próstata aumentada de tamaño y dolorosa. Impresión Clínica: Hipertrofia Prostática. Exámenes de Laboratorio normales. Tratamiento: Prostatectomía Retropúbica Modificada. Anatomía Patológica: Adenoma de la Próstata. Alta sin complicaciones el 10 de Abril de 1953.

X. X. de 70 años de edad, agricultor, procedente de Cubulco, ingresa el 10 de Abril de 1953, por retención aguda de orina.

Historia: Refiere que, sin precisar fecha, las frecuentes micciones nocturnas con dolor poco pronunciado, su orina sin fuerza, se orina los pies, actualmente —dice— que a consecuencia de haber ingerido alcohol ya no pudo orinar.

Antecedentes: sin importancia.

Examen Físico: (Datos de importancia para el caso). Pasa la sonda Nélaton número 14 sin dificultad, saliendo 1,300 cc. de orina poco turbia. Tacto Rectal: Próstata aumentada de tamaño, especialmente los lóbulos laterales. Impresión Clínica: Hipertrofia Prostática. Exámenes de Laboratorio normales. Tratamiento: Prostatectomía Retropúbica Modificada. Anatomía Patológica: Adenoma de la Próstata. Alta el 30 de Abril de 1953. Hubo como complicación una pequeña hemorragia post-operatoria fácilmente controlable.

X. X. de 73 años de edad, procedente de Granados, agricultor, ingresó el 15 de Julio de 1953, por frecuentes micciones.

Historia: Refiere que hace un año principió a tener muy poca fuerza en la orina, orinándose los pantalones y los zapatos, estas micciones son más frecuentes por la noche llegando hasta 10 veces, por lo que el sueño no le satisface, siendo cada micción muy poca quedándose con deseos, hay poco dolor en la micción, en el día son menos frecuentes pero siempre molestas.

BIBLIOGRAFIA

- Anatomía topográfica y descriptiva de Testut. Discussion of Millin's paper. Proc. Roy. Soc. Med.: 39, 335, 1946. Terence Millin.
- Retropubic Prostatectomy. Jacob, L. C. and Casper, E. J. Prevesic Prostatectomy. Morson Clifford. Discussion of Millin's Paper. Proc. Roy. Soc. Med. 39: 347. 1946. Van Stokum W. J. Richey E. W. Discussion of Millin's. 1946. Gilbert J. P. and Clene. The Prostatectomy of Millin in infected cases. 1946.
- Terence Millin. Retropública. Tesis de doctoramiento del Dr. Roberto Figueroa. Guatemala, Septiembre de 1948.
- Reimpresión del Vol. VIII, Núm. 6, Noviembre-Diciembre de 1948. Págs. 311-326. Revista Urológica de la Sociedad Urológica Mexicana. Prostatectomía Retropública (Intracapsular) Modificación a la Técnica de Millin. Dr. Alejandro Palomo.