

PROSTATECTOMIA TRANSCAPSULAR PREVIA LIGADURA PEDICULAR

Dres. MILTON PAZ Y MIÑO y ENRIQUE BRITO

Hospital "Andrade Marín" y Universidad Central, Quito.

Con la preocupación de mejorar los resultados obtenidos anteriormente con otras técnicas en las prostatectomías abiertas, decidimos iniciar este trabajo en Septiembre de 1968. Adoptamos para esta investigación, con ligeras modificaciones, la técnica de prostatectomía transcapsular con ligadura preventiva de los pedículos prostáticos propuesta por el Dr. W. Gregoir, de Bruselas.

MATERIALES Y METODO

Hemos recopilado 70 casos de prostatectomía transcapsular previa ligadura pedicular, y que corresponden al 56% de un total de 125 prostatectomías realizadas, con diferentes técnicas, en el Servicio de Urología del S.S. de Quito y en nuestra práctica privada, durante este lapso de 12 meses. Tabla I.

La elección de los casos para la aplicación de esta nueva técnica dependió de la no existencia de una in-

dicación específica para resección transuretral (por el tamaño de la próstata, malignidad, condiciones generales o circunstancias del Servicio). Algunos casos, sobre todo en los comienzos del trabajo, se hicieron con la técnica transvesical por la familiaridad del procedimiento. En cambio, en 10 casos de los 80 elegidos, (12%) no pudo efectuarse esta técnica por imposibilidad de disección periprostática debido a la presencia de adherencias, fibrosis o incomodidad anatómica.

Las condiciones generales que presentaron los pacientes, motivo de este estudio, se manifiestan en las complicaciones asociadas preoperatorias y que se resumen en la tabla II.

TECNICA:

En cada caso se siguió la técnica descrita por W. Gregoir con pequeñas modificaciones. Los pasos son los siguientes:

T A B L A I

PROSTATECTOMIAS EFECTUADAS CON DIVERSAS TECNICAS EN EL LAPSO DE 12 MESES (1968 - 1969)

Técnica de Prostatectomía	Número	%
Transuretrales	35	27
Tranvesicales	20	17
Transcapsulares con ligadura previa	70	56
T O T A L	125	100

T A B L A II

CONDICIONES PATOLOGICAS ASOCIADAS QUE PRESENTARON LOS 70 PACIENTES ANTES DE LA PROSTATECTOMIA TRANSCAPSULAR CON LIGADURA PREVIA DEL PEDICULO

Insuficiencia cardíaca	3
Insuficiencia coronaria	10
Infarto cardíaco previo	4
Trastornos vasculares periféricos	9
Enfisema y fibrosis pulmonar	8
Bronquitis crónica	7
Policitemia	4
Anemia	2
Úlcera péptica	4
Ileo paralítico	3
Hernias	6
Estenosis rectal	1
Insuficiencia renal relativa	5
Infección urinaria crónica	12
Con sonda preoperatoria	13
Sin complicaciones	10

(1) Incisión de Pfannestiel baja, de 10 a 15 cm.

(2) Disección periprostática aguda y obtusa hasta encontrar los pedículos vasculares en el ángulo vésico-prostático látero-posterior. Aislamiento de los pedículos sin tratar de individualizar los troncos arteriales que se encuentran hacia atrás entre los plexos venosos.

(3) La ligadura se efectuó en bloque con una sutura profunda abarcando todos estos vasos, con catgut crómico N° 1 en aguja no cortante. A veces fue necesario poner suturas adicionales en este mismo pedículo.

(4) Luego se colocó una sutura-ligadura profunda en la cápsula prostática anterior cerca del vértice. Por último, suturas adicionales más superficiales arriba y abajo de la planeada línea de incisión capsular transversal y próxima al cuello vesical. (Foto 3).

(5) Luego de enuclear el adenoma en forma usual con disección aguda y obtusa, se resecó una profunda muesca del labio posterior del cuello vesical.

(6) Se colocaron los puntos hemostáticos angulares que vienen del espacio periprostático, entran a la lodge, atraviesan el cuello vesical y salen nuevamente al espacio inicial. Estos puntos aseguran la hemostasia angular posterior en cada lado.

(7) A continuación se trigonizó el labio posterior del cuello con 2 ó 3 suturas sueltas a la pared posterior de la cápsula.

- (8) Finalmente, se cerró la cápsula con una sutura continua de catgut crómico Nº 1, luego de colocar una sonda transuretral.

RESULTADOS:

Para evaluar los resultados con esta nueva técnica se consideraron los siguientes parámetros:

- (1) La hemorragia trans y postoperatoria, para lo cual se pesaron las gasas en el pre y postopera-

torio, se determinó la hemoglobina y hematocrito en el pre y postoperatorios, se determinó el tiempo de aclaramiento completo de la orina y la necesidad o no de transfusión. (Ver tabla III).

- (2) Los días necesarios de mantención de la sonda uretro-vesical. (Tabla IV).

Las complicaciones postoperatorias observadas en los 70 pacientes pueden dividirse en urológicas y generales. (Ver tabla V).

T A B L A I I I

DETERMINACION DE HEMORRAGIA TRANS Y POSTOPERATORIA EN PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS MEDIANTE TECNICA TRANS-CAPSULAR CON LIGADURA DE PEDICULO

TRANSOPERATORIO:

Gasas pesadas pre y postoperatorio

— 100 GMS. DE AUMENTO	4,3%	
DE 100 A 200 GMS. DE AUMENTO	87,1%	EN 20%
+ 200 GMS. DE AUMENTO	8,6%	DE CASOS

POSTOPERATORIO:

Determinación de Hemoglobina

	Nº	%
SIN CAMBIO	8	11,4
ENTRE 12 Y 24 HORAS	15	21,4
DISMINUCION — 1 GM.	49	70,1
— 2 GM.	7	10,0
— 3 GM.	6	8,5

Determinación de Hematocrito

SIN CAMBIO	8	11,4
DISMINUCION — 5 m m	53	77,0
5-10 m m	1	11,0
10-15 m m	8	11,4

Aclaramiento de la Orina

INMEDIATO	4	5,7
ENTRE 12 Y 24 HORAS	15	21,4
" 24 Y 48 " 	35	50,0
" 48 Y 72 " 	10	14,3
" 72 Y 96 " 	6	8,5

NECESIDAD DE TRANSFUSION:

Ninguna	62	88,6
Una pinta	8	11,4

T A B L A I V

DETERMINACION DEL TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA SONDA EN 70 PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS CON LA TECNICA TRANSCAPSULAR

Tiempo de permanencia de la sonda:	Nº	%
24 horas	3	4,3
36 "	3	4,3
48 "	10	14,2
60 "	7	10,0
72 "	8	11,4
96 "	29	41,4
5 días o más	10	14,2

La gravedad de tales complicaciones es la habitual para esta clase de intervención quirúrgica. Todas desaparecieron con el tratamiento sintomático correspondiente y ninguna excepto un caso de insuficiencia cardíaca (Caso Nº 1), fue causa de mortalidad.

Los días de hospitalización postoperatoria, se mencionan en la tabla VI. Se hace una división entre pacientes

privados y hospitalarios, observándose una diferencia que no es francamente significativa (6 días y 10 días, respectivamente, en promedio). Esta diferencia, más que a la técnica quirúrgica empleada que fue la misma en todos los casos, se debe al estado general de los pacientes.

Solamente se observó una muerte post-operatoria inmediata, debida a insuficiencia cardíaca aguda en un hombre de 91 años.

El peso de la glándula tuvo un promedio de 45 gms. y siempre fue reportada como adenoma.

DISCUSION:

Se usaron algunos métodos para evaluar los resultados de estas prostatectomías comparativamente con las grandes series presentadas en la literatura y con los otros tipos de prostatectomías que nosotros mismos estamos usando, para verificar si realmente esta técnica permite mejorar la

T A B L A V
COMPLICACIONES POST-
OPERATORIAS

Urológicas	Nº Caso	%
Hemorragia inmediata	2	2,85
Retención inmediata	3	4,3
Retención tardía	3	4,3
Fístulas suprapúbica transitoria	5	7,1
Infección herida	5	7,1
Epididimitis	6	8,5
Uretritis	5	7,1
Estenosis uretral	3	4,3
Incontinencia transitoria	4	5,7
Pielonefritis aguda	1	1,4
Generales		
Insuficiencia cardíaca	1	1,4
Infarto cardíaco	1	1,4
Infarto pulmonar	1	1,4
Neumonía	3	4,3
Flebitis	3	4,3
Úlcera de Stress	2	2,8
Ileo paralítico	3	4,3
Obstrucción intestinal	1	1,4

T A B L A V I
DURACION HOSPITALIZACION
POSTOPERATORIO

	Pro- medio	Máx.	Mín.
P. Privados	6 d.	10 d.	3
S. Hospital	10 d.	27 d.	4

evolución y resultado final en los pacientes prostatectomizados. Las conclusiones que pueden derivarse son las siguientes:

- 1) Es practicable en un alto porcentaje de casos (88%).
- 2) No tiene contraindicación específica, aparte de las usuales para la prostatectomía.
- 3) Comparativamente con las series publicadas de otros tipos de prostatectomías y con las otras técnicas realizadas por nosotros, la hemorragia trans y postoperatoria es significativamente menor (exceptuando la presentada por el propio Dr. W. Gregoir).
- 4) Permite acortar significativamente los días de sonda postoperatoria.
- 5) Permite la disminución de la morbilidad urológica y general en el postoperatorio.
- 6) Permite la disminución de los días de hospitalización postoperatoria.
- 7) Sin ser una técnica muy difícil de realizar, constituye un procedimiento de mayor lógica quirúrgica.
- 8) Es un nuevo avance en la técnica prostática que en nuestras manos ha beneficiado, la evolución y el resultado final de los pacientes prostatectomizados.

RESUMEN:

Con el objeto de evaluar las ventajas que ofrece la prostatectomía transcapsular con ligadura previa del pedículo, se efectuó este tipo de inter-

vención. En 70 se terminó exitosamente la operación y los resultados son referidos a este número de casos; en los 10 restantes no fue posible llevarla a cabo por fibrosis y adherencias prostáticas.

La técnica es simple en cuanto a ejecución y los resultados de las pruebas de control relacionadas con sangrado y tiempo de permanencia de la sonda demuestran que hay menor riesgo de hemorragia en el trans y en el postoperatorio y que es menor el tiempo de permanencia de la sonda, con relación a otras técnicas.

Las complicaciones postoperatorias fueron mínimas y sólo un paciente de los 70, falleció por insuficiencia cardíaca durante el acto quirúrgico. El tiempo de hospitalización fluctuó entre 6 y 10 días (pacientes privados y hospitalizados).

BIBLIOGRAFIA

- 1) GREGOIR, W.: L'adenomectomie hemostatique. Acta. Urol. Balg.; 1968; 36: 337 - 48.