

## **PROSTATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DIGITALMENTE ASISTIDA.**

Eduardo Sánchez de Badajoz y Adolfo Jiménez Garrido.

Unidad docente de Urología. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina.  
Universidad de Málaga. Málaga. España

---

---

**Resumen.-** *OBJETIVOS:* La prostatectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en el cáncer de próstata localizado. Sin embargo la curva de aprendizaje es un auténtico desafío para equipos poco experimentados, por lo que la incidencia de complicaciones y los tiempos operatorios alcanzan límites inadmisibles. A la vista de esta intolerable morbilidad, está claro que hay que ofrecer alguna alternativa a una operación, que prácticamente no se ha modificado desde su descripción inicial en 1998.

*MÉTODOS:* Se pone al paciente en posición de litotomía. Después se cubre con un delantal urológico tal y como hacemos en la resección transuretral. Introducimos hasta la vejiga un beniqué. Hacemos en el periné una mini-incisión por donde insertamos el dedo índice hasta tocar la cara posterior de la prósta-

ta y de esta forma la despegamos del recto hasta llegar al cuello vesical y lateralmente hasta los pedículos prostáticos. Seguidamente realizamos la prostatectomía laparoscópica, de forma convencional, pero con gran seguridad y rapidez, porque la parte más difícil de la operación, es decir el despegamiento del recto ya se ha realizado.

*RESULTADOS:* La separación digital del recto de la próstata a través de una mini-incisión perineal, facilita drásticamente la intervención y acorta significativamente el tiempo operatorio, lo que permite además prescindir de alguno de los trócares abdominales. No podemos de momento presentar estadísticas, porque nuestra experiencia es preliminar y muy limitada, pero la diferencia en cuanto a dificultad y tiempos operatorios son muy significativos. Además esta técnica es igualmente aplicable a la cistectomía laparoscópica.

*CONCLUSIONES:* La prostatectomía laparoscópica es un procedimiento de gran dificultad y con una incidencia de complicaciones, de momento, inaceptables, siendo la perforación del recto quizá el accidente más temible. Por lo que la prostatectomía laparoscópica asistida con el dedo a través del periné, para separar el recto de la próstata, puede dar lugar a una revolución como la que hace una década supuso la cirugía laparoscopia manualmente asistida.

Correspondencia

Eduardo Sánchez de Badajoz  
C/ Strachan, 4 - 2º  
29015 Málaga. (España)  
e-mail: edusaba@telefonica.net  
Trabajo recibido: 24 de enero 2005

---

**Palabras clave:** Prostatectomía. Laparoscopia.  
Dedo. Asistida. Periné. Cáncer de próstata.

---

**Summary.-** *OBJECTIVES: Laparoscopic prostatectomy is the treatment of choice for localized prostate cancer. The learning curve for unexperienced teams is dauntingly steep because it is associated with high incidence of complications and such long operation times that the procedure becomes almost unacceptable. Therefore, we needed to seek an alternative for this operation that has been almost unmodified since first description in 1998.*

*METHODS: The patient is placed in lithotomy position and draped with an urological apron similar to the one used for transurethral resection. A beniqué sound is introduced up to the bladder and a 12 mm incision is made in the perineum, through which we slowly introduce the index finger touching the posterior aspect of the prostate. We advance the finger further longitudinally and laterally separating the rectum all the way to the bladder neck and prostatic pedicles on each side. Having freed the prostate, generally the most hazardous manoeuvre, we can then carry out a conventional laparoscopic prostatectomy, safely and quickly because the most difficult step, rectum dissection, has been carried out.*

*RESULTS: Digital separation of the prostate through a perineal incision facilitates the operation a lot and shortens operation times significantly, allowing us to avoid the use of one or two trocars. At this time, we can not present statistical analysis because our limited experience, but there are significant advantages making the procedure easier and operation time shorter. Furthermore, the technique may also be used for laparoscopic cystectomy.*

*CONCLUSIONS: laparoscopic prostatectomy is considered a very difficult procedure, with an unacceptable high incidence of complications, being rectum perforation the most feared. Therefore, laparoscopic prostatectomy assisted by digital manipulation through a small perineal incision appears to be a most welcome development with benefits similar to those brought ten years ago by introduction of hand assisted laparoscopy.*

---

**Keywords:** *Prostatectomy. Laparoscopy. Finger assisted. Perineum. Prostate cancer.*

---

## INTRODUCCIÓN

Curiosamente una operación difícil y de indicaciones discutibles, es la que ha conseguido que la práctica totalidad de los urólogos opten por la lapa-

roscopia. La controversia continúa y seguimos a la espera de estudios randomizados a largo plazo (1). Pero la realidad es que, en pacientes con una esperanza de vida de por lo menos diez años, nadie de momento, ha podido demostrar que la radioterapia sea preferible a la cirugía en el cáncer de próstata aparentemente localizado. Por tanto nuestra obligación es hacer la operación de la mejor forma posible. El grado de perfección al que algunos han llegado es tal, que a estas alturas, la prostatectomía radical vía abierta, prácticamente ya no tiene razón de ser, sencillamente porque ya hay quién la hace magistralmente, de forma mínimamente invasiva, y además en un tiempo record, similar o incluso menor que de la forma convencional (2). Ello hace que se haya convertido en el tratamiento quirúrgico de elección. Sin embargo la técnica de la prostatectomía laparoscópica no ha variado prácticamente en nada desde su descripción inicial, salvo en pequeñas sutilezas, como puede ser la vía intra o extraperitoneal y poco más (3).

La prostatectomía perineal, que tan poca aceptación tiene, es una opción nada despreciable (4). No obstante estamos convencidos de que la vía perineal es un abordaje más agresivo de lo que a primera vista pueda parecer, ya que la incisión habitual con colgajo en U invertida tiene fácilmente diez o doce centímetros de largo, o más, según algunos autores, con toda la morbilidad que ello conlleva. Por otra parte esta vía está muy limitada por el tamaño de la próstata y no permite operar glándulas moderadamente grandes. Por el contrario, la laparoscopia, una vez que se domina, ofrece una excelente visión de todas las estructuras anatómicas de la pelvis, que permite una minuciosa disección, impensable por vía abierta; no olvidemos que las ópticas a distancias próximas llegan a tener hasta 16 aumentos. Sin embargo, habrá que esperar a que se hagan nuevos estudios prospectivos que comparen ambas técnicas.

Hay publicado un estudio multicéntrico, con 148 pacientes operados, donde reconocen que el tiempo operatorio medio es de 403 minutos, es decir cerca de 7 horas y en el que admiten que en un caso la intervención duró 925 minutos, es decir más de 15 horas. No cabe duda que una operación que se prolonga de esta manera, no hay sanidad pública, ni privada, ni anestesista que la soporte. Este mismo estudio reconoce que los pacientes pueden llegar a perder hasta cinco litros de sangre y que la incidencia de

complicaciones es del 37,2%, que incluyen lesiones rectales, vesicales, intestinales, vasculares serias, uretrales, del nervio obturador o enfisemas subcutáneos graves. Por no hablar de fístulas o estrecheces de esas anastomosis inevitablemente precarias en el periodo de formación (5). Hay sin embargo otros trabajos con mejores tiempos quirúrgicos y menos complicaciones (6, 7, 8).

A la vista de esta inaceptable morbilidad, durante la larga y difícil curva de aprendizaje, está claro que hay que ofrecer una alternativa a esta cirugía tan ingrata, y eso es lo que intentamos presentar en este artículo. Es decir pretendemos aportar algo, que haga la técnica más accesible a todo el que se lo proponga.

## MATERIAL Y MÉTODOS

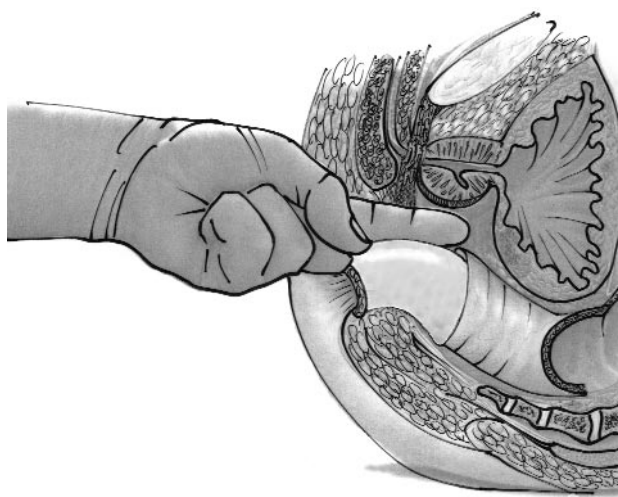
Se pone al paciente en posición de litotomía, obligada en nuestra opinión en cualquier prostatectomía radical, sea la técnica que sea. Como en toda



*FIGURA 1. Se introduce un beniqué hasta la vejiga. Se realiza una incisión transversa en el periné, por donde se introduce el dedo hasta tocar el beniqué. Normalmente se pone un delantal urológico con dedil rectal, que se ha omitido en este caso para que se vea la maniobra con más claridad.*

operación, previsiblemente larga, es muy importante no comprimir la región poplítea, para evitar lesiones nerviosas; por ello las perneras ideales son las del tipo bota. Pero si no se dispone de ellas, el cuidado de esta región debe ser exhaustivo, protegiéndola, ya sea con goma espuma o con algodón. Esto es especialmente importante en pacientes flacos, puesto que los obesos, ya tienen su propio almohadillado. El ángulo que deben formar los fémures con el eje de la mesa debe ser igual que en la resección transuretral, es decir de unos 45° o poco más. No hay que olvidar que esta intervención no es una prostatectomía perineal, donde las piernas deben estar mucho más arriba.

A continuación, tal y como hacemos en la cirugía transuretral, se pone sobre el paciente un delantal urológico de O'Connor, con dedil rectal, cuyo reborde fijamos con grapas al ano, para que el dedil no nos contamine el periné. Seguidamente introducimos hasta la vejiga un beniqué del número 40, o lo que es lo mismo, del 20 si utilizamos la escala Charriere. Hacemos en el periné una incisión transversa de unos 12 milímetros, por donde introducimos el dedo hasta la uretra bulbar y poder palpar el beniqué (Figura 1). Con una tijera, incidimos el tendón central del periné. Maniobra que podemos controlar, a través del dedil rectal. Después introducimos el dedo de



*FIGURA 2. Con el dedo se avanza disecando entre la cara posterior de la próstata y el recto hasta llegar al cuello vesical y lateralmente hasta los pedículos prostáticos, no representados. Maniobra que permite separar con gran seguridad y rapidez el recto de la próstata.*

nuevo por la incisión perineal, tomando siempre como referencia el beniqué y avanzamos huyéndole al recto pero sin presionar demasiado la uretra para no lesionarla. Comprobaremos cómo rápidamente vamos a despegar el recto de la próstata hasta alcanzar el cuello vesical; maniobra que en condiciones normales es la más difícil, arriesgada y tediosa de la intervención (Figura 2).

A ambos lados de nuestro dedo, nos quedarán los pedículos o alerones prostáticos, que son prolongación de los vesicales y que a su vez se continúan con los rectales hasta llegar al sacro. Simultáneamente se han introducido los trócares abdominales de la forma convencional y se procede a realizar la prostatectomía laparoscópica, ligando los pedículos con gran rapidez y seguridad, porque la parte más arriesgada y difícil de la operación, es decir el despegamiento del recto, ya está hecho.

## DISCUSIÓN

Hace una década la nefrectomía manualmente asistida supuso una revolución, porque animó a muchos indecisos a realizarla y porque acortó drásticamente el tiempo operatorio de unas tres o cuatro horas de media, a una hora escasa (9). Sin embargo una prostatectomía, no se puede hacer manualmente asistida, porque para eso casi la hacemos por vía abierta, ya sea suprapúbica o perineal.

La verdad es que si se piensa ¿Qué sentido tiene tratar la próstata desde el ombligo y los flancos, que están a unos 30 centímetros, cuando ésta glándula se encuentra a tan sólo 3 ó 4 centímetros de la piel del periné? Por eso ya hemos comentado las ventajas e inconvenientes de la vía perineal; pero esta técnica que estamos describiendo, no es una vía perineal, sino que consiste en hacer una incisión del tamaño de cualquiera de las punciones abdominales, a través de la cual vamos a palpar fácilmente la glándula. Alguien puede decir que la palpación y el control se pueden hacer vía rectal. ¡De acuerdo! Pero es que lo que nosotros realizamos, no es sólo una palpación, sino que se trata de una disección roma y activa de toda la cara posterior, hasta los pedículos laterales de la glándula, que va desde el apex hasta el cuello vesical o incluso más arriba. Por cierto que la sensación que percibe el cirujano con su dedo índice en el periné, no

tiene nada que ver con la de un simple tacto rectal, ya que, a través del periné, literalmente está tocando la próstata.

No podemos hablar por el momento de estadísticas, ni de tiempos operatorios, porque nuestra experiencia con esta técnica es preliminar y todavía es muy limitada, pero queremos animar a nuestros colegas a realizarla y a que ellos saquen sus propias conclusiones. Sin embargo estamos convencidos de que la diferencia en cuanto a tiempo operatorio y dificultad podrá equipararse a lo que hace una década supuso la nefrectomía manualmente asistida.

Se podría afirmar que con esta maniobra se aumentaría la incidencia de incontinencia postoperatoria por alterar la anatomía del periné. A primera vista ese argumento parece razonable, pero eso es muy improbable y tendría que demostrarse, ya que la prostatectomía perineal, con la agresión que conlleva, tiene una incidencia equivalente de incontinencia.

Además, al facilitar de esa manera lo peor de la intervención, que es la separación de la próstata del recto, podemos prescindir fácilmente de dos de los trócares abdominales y en vez de utilizar cinco o seis, como utilizan muchos grupos, utilizar tres o cuatro. Lo que compensa con creces la incisión de 12 mm. que vamos a realizar en el periné.

Esta técnica puede permitir incluso la realización de prostatectomías de salvamento tras fracaso de la radioterapia, pero no vía abierta, sino vía laparoscópica, puesto que se facilita considerablemente la maniobra más difícil de esta intervención, que es sin duda el despegamiento del recto (10).

En 1993 comenzamos a realizar cistectomía radical con conducto ileal. Empezamos a hacerla en mujeres y no en varones, precisamente por la dificultad que entrañaba la separación del recto (11). Creemos, que para los grupos con gran experiencia, es el momento de atreverse con la cistectomía en el sexo masculino, pero digitalmente asistida, disecando con el dedo perineal hasta el fondo de saco de Douglas, tal y como describimos en este artículo.

Por último, aunque estamos convencidos de que esta técnica va a disminuir drásticamente la dificultad de la prostatectomía laparoscópica, recomen-

damos que antes de empezar a realizarla, se adquiera experiencia con otras intervenciones más sencillas como la varicocelectomía (12) o la nefrectomía asistida.

## CONCLUSIONES

1. La prostatectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en el cáncer de próstata aparentemente localizado. Sin embargo la dificultad técnica constituye un auténtico desafío para los grupos que están en fase de formación.

2. El tiempo operatorio y la incidencia de complicaciones en muchos casos alcanzan niveles inaceptables. Siendo la perforación de recto, probablemente el accidente más temible.

3. La creación de un espacio entre el recto y la próstata, junto con la disección digital de toda la cara posterior de la glándula, facilita la operación y acorta considerablemente el tiempo operatorio.

4. Mediante esta maniobra, además, se disminuye la agresividad de la prostatectomía laparoscópica, ya que, nos permite prescindir de fácilmente dos de los trócares abdominales.

5. La disección con el dedo de la pared posterior de la próstata hasta el fondo de saco de Douglas es igualmente aplicable a la cistectomía laparoscópica, lo que puede permitir que grupos con experiencia se animen a realizarla y se difunda la técnica.

## BIBLIOGRAFIA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

1. LINTON, D.K.; HAMDY, F.C.: "Early diagnosis and surgical management of prostate cancer". *Ann. Urol.*, 38: 137, 2004.
- \*2. GUILLONEAU, B.; CATHELINÉAU, X.; BARRET, E. y cols.: "Laparoscopic radical prostatectomy. Preliminary evaluation after 28 interventions". *Press. Med.*, 17: 1550, 1988.
3. CATHELINÉAU, X; CAHILL, D.; WIDMER, H. y cols.: "Transperitoneal or extraperitoneal approach for laparoscopic radical prostatectomy: a false debate over a real challenge". *J. Urol.*, 171: 714, 2004.
4. MARTINEZ DE LA RIVA, S.; LOPEZ-TOMASETY, J.; MARRERO DOMINGUEZ, R. y cols.: "Prostatectomía radical perineal como monoterapia: diez años de experiencia". *Arch. Esp. Urol.*, 57: 397, 2004.
- \*\*5. ARAI, Y.; EGAWA, S.; TERASHI, T. y cols.: "Morbidity of laparoscopic radical prostatectomy: summary of multi-institutional experience in Japan". *Int. J. Urol.*, 10: 430, 2003.
6. ESTEBANEZ ZARRANZ, J.; AMON SESMERO, J.; CONDE REDONDO, C. y cols.: "Prostatectomía radical laparoscópica: Experiencia preliminar". *Actas. Urol. Esp.*, 27: 370, 2003.
7. CECCHINI ROSELL, L.; AREAL CALAMA, J.; SALADIE ROIG J. M.: "Prostatectomía radical laparoscópica. Revisión del primer año". *Arch. Esp. Urol.*, 56: 287, 2003.
8. DE LA ROSETTE, J.J.; ABOU, C.C.; RASSWEILER, J. y cols.: "Laparoscopic radical prostatectomy: a European virus with global potentials". *Arch. Esp. Urol.*, 55: 603, 2002.
9. SANCHEZ DE BADAJOZ, E.; GOMEZ DE LA CRUZ, J.; JIMENEZ GARRIDO, A. y cols.: "Cirugía vasculorrenal endoscópicamente asistida". *Arch. Esp. Urol.*, 48: 25, 1995.
10. MARTINEZ PIÑEIRO, L.; LOPEZ TRILLO, J.; MARTINEZ PIÑEIRO, J.A.: "Prostatectomía radical de rescate tras radioterapia en el carcinoma de próstata". *Arch. Esp. Urol.*, 47: 472, 1994.
11. SANCHEZ DE BADAJOZ, E.; GALLEGOS PERALES, J.L.; RECHE ROSADO, A. y cols.: "Cistectomía radical y conducto ileal laparoscópico". *Arch. Esp. Urol.*, 46: 621, 1993.
12. SANCHEZ DE BADAJOZ, E.; DIAZ RAMIREZ, F.; MARIN MARTIN, J.: "Tratamiento endoscópico del varicocele". *Arch. Esp. Urol.*, 41: 15, 1988.

## COMENTARIO EDITORIAL:

*Luis Martínez Piñeiro*

Una vez más tenemos que felicitarnos y reconocer la gran capacidad de innovación del Dr. Sánchez de Badajoz.

Aunque inicialmente la introducción de un dedo por el periné para separar el recto de la próstata parecería un maniobra mínimamente invasiva y de gran ayuda, personalmente no me parece de utilidad una vez que se tiene algo de experiencia en la prostatectomía radical laparoscópica. La separación de la próstata del recto no es una maniobra dificultosa y entraña un mínimo riesgo si el paciente no está radiado. Una vez que se ha seccionado el cuello vesical y se han disecado las vesículas seminales, se perfilan perfectamente los pedículos prostáticos y el recto se separa con suma facilidad de la cara posterior prostá-

tica. Las lesiones rectales se producen en la mayoría de los casos cuando se separa el pico prostático de la cara anterior rectal. En los casos en los que el carcinoma es un pT3 o existe gran fibrosis periprostática debido a las biopsias prostáticas previas o al bloqueo androgénico preoperatorio, es cuando se puede lesionar la pared rectal. Ocurre en pocos casos y su incidencia se sitúa entre un 1 y 5%, produciéndose especialmente cuando se tiene poca experiencia en este tipo de cirugía. Si ocurre, tampoco es un drama y se puede finalizar la cirugía y suturar la pared anterior rectal sin necesidad de reconvertir la cirugía a una abierta ni realizar una colostomía. No veo pues, en principio, una gran ventaja el introducir un dedo por el periné para separar el recto. De todas formas no tengo experiencia con esta novedosa maniobra y no puedo opinar en cuanto a su utilidad. Sí que me daría cierto temor en los pacientes radiados, el realizar una disección digital a ciegas de la cara anterior rectal, por la posibilidad de desgarrarla. Quizá pueda tener su utilidad cuando se realizan los primeros casos, para poder orientarse mejor y realizar la cirugía con mayor diligencia, sin tener el temor de poder lesionar el recto. Los autores tampoco dan ningún dato al respecto ni presentan ninguna casuística, que pueda demostrar la utilidad de esta maniobra.

Como todas las innovaciones en técnica quirúrgica, se deben tomar todas las precauciones precisas y comunicar a la comunidad científica los problemas y complicaciones que conlleva, así como sus ventajas. No hay que olvidar, como indican los autores, que la introducción a ciegas del dedo por el espacio retroprostático sin conocer exactamente los planos por donde se introduce, podría potencialmente dañar estructuras importantes, como son el esfínter uretral y los nervios erectores. Invito a los autores a que realicen un estudio prospectivo aleatorizado en centros en los que se inician en la técnica de prostatectomía radical laparoscópica, para poder evaluar la utilidad y los efectos secundarios de esta nueva maniobra. En centros en los que ya tienen cierta experiencia con la técnica de prostatectomía radical laparoscópica, pienso que no tiene utilidad. Creo que pudiera tener indicación en pacientes con radioterapia pelviana previa, aunque es un hecho que debe ser también evaluado.

*Luis Martínez Piñeiro  
Servicio Urología. Hospital La Paz. Madrid.*

## COMENTARIO EDITORIAL

*José Ignacio Iglesias*

Partiendo de que “para no decir nada es mejor estar callado”, realizar por mi parte –principiante en la cirugía laparoscópica- un comentario editorial a un trabajo firmado por el Dr. Sánchez de Badajoz, precursor de la Laparoscopia Urológica, cuando menos, es atrevido, aunque espero no defraudar en el dicho inicial.

Estoy totalmente de acuerdo en lo sorprendente que haya sido, un procedimiento complejo como la prostatectomía radical, la técnica que haya volcado a la comunidad urológica hacía la Laparoscopia.

Si la prostatectomía radical laparoscópica en algunas manos ha alcanzado altos niveles de perfección, como bien refiere el autor, considero que no deberíamos buscar maniobras que comprometan el fundamento de la aplicación de la laparoscopia a esta cirugía (la posibilidad de visualizar de forma magnificada las estructuras anatómicas que permitan preservar los componentes vasculonerviosos y esfinterianos) aunque el periodo de aprendizaje sea mas largo y tedioso.

Desde las primeras descripciones de la técnica por parte de los Dr. Guillonnet y Vallancien, creo que la técnica preconizada por el Dr. Gastón ha dado un “vuelco” al procedimiento.

A mi modo de ver y dentro de mi corta experiencia, encontrar el plano correcto entre el cuello vesical y las vesículas seminales que faciliten la posterior “exéresis intrafascial prostática”, junto a una correcta exposición del ápex prostático y liberación de la uretra –área complicada en cuanto a las lesiones rectales- son los puntos clave de esta intervención.

Las referencias bibliográficas, siempre a mano para lo bueno y lo malo, deberíamos interpretarlas en su cronología. Ciertamente el inicio es lento – hasta 15 horas –pero deberíamos mirar hacía atrás y valorar la cirugía convencional, ¡ cuantas maniobras, artilugios y horas de quirófano hemos ido superando para convertir la Prostatectomía Radical- antes sólo realizada en centros de referencia – para convertirla en una cirugía habitual en la mayoría de los hospitales españoles.

No soy capaz de entender las ventajas de la colocación sistemática del paciente en posición de litotomía. En cuanto al número de trocares a usar, creo que por debajo de 4 la manipulación es muy dificultosa, a pesar de usar algún truco para fijar la vejiga.

Parece inicialmente difícil una correcta disección roma en los pacientes sometidos a radioterapia prostática, aún teniendo en cuenta que la preservación de los ejes neurovasculares no sería prioritario, si lo sería la integridad esfinteriana y de la pared rectal, ya comprometidas por la radioterapia.

Respecto a la realización de cistectomía laparoscópica y con el corto bagaje de ayudante en dos procedimientos con neovejiga ortotópica, la apreciación es de menor dificultad para encontrar el plano correcto que en prostatectomía radical; si bien es cierto que el riesgo de mayor sangrado y la realización de la linfadenectomía hace más compleja esta intervención.

Es lógico pensar que cuanto más hábito laparoscópico hayamos adquirido más fácil será la prostatectomía radical laparoscópica, pero no olvidemos que tanto la cirugía del varicocele como la del riñón, permiten campos más amplios, requieren menor selectividad en la disección y no precisan de suturas manuales.

Sería interesantísimo poder ver las imágenes de la cirugía preconizada por el Dr. Sánchez de Badajoz, motivo por el que le animo a la edición de un vídeo/DVD cuanto antes.

Felicito al autor por la exploración de vías alternativas que simplifiquen la cirugía, aunque en este caso no las comparta.

*José Ignacio Iglesias  
Unidad de Urología. Clínica La Luz. Madrid*

#### **RESPUESTA A LOS COMENTARIOS EDITORIALES**

Ante todo deseamos manifestar nuestra satisfacción por tener no uno sino dos comentarios editoriales, que además proceden de personas y de instituciones ilustres, ya que indica que el artículo suscita interés.

Queremos comenzar manifestando el respeto que profesamos al Dr. Luis Martínez Piñeiro, que entre otros muchos méritos, tiene un dominio elegante de la prostatectomía radical, como ha demostrado en varios vídeos, que merecidamente han sido premiados por la revista. Además le creemos, cuando afirma que él no tiene ninguna dificultad en identificar los pedículos prostáticos y separarlos del recto. Como decimos en el artículo, hay quienes han alcanzado tal maestría con la técnica, que incluso la hacen en un tiempo similar o incluso menor que por vía abierta y ahí lo incluimos a él. Sin embargo, la inmensa mayoría de los urólogos están todavía a un abismo de alcanzar tal destreza.

En 1992 empezamos a realizar cistectomía radical con conducto ileal y la publicamos en Videoarchivos, sin embargo reconocemos que la prostatectomía nos resulta mucho más difícil, lo que no deja de sorprendernos, porque a estas alturas todavía son escasísimos los grupos que se han atrevido a quitar una vejiga por esta vía.

El Dr. Martínez Piñeiro afirma, que las lesiones de recto si se producen, no hay que dramatizar, sino que lo que hay que hacer es suturarlas y seguir la operación. Sin embargo nosotros creemos que es mucho mejor no tener este accidente y hacemos todo lo posible porque no nos ocurra. Por otra parte reconocemos que el Dr. Martínez Piñeiro tiene razón cuando afirma, que no damos detalles de la técnica. Nuestro escrito es intencionadamente breve y como se nos pide más información, únicamente queremos puntualizar algo, no dicho en el texto en nuestro afán de ser concisos, y es que no debemos presionar sobre el beniqué, tratando de huir del recto porque podemos lesionar la uretra bulbar, como admitimos que nos ocurrió en una ocasión, y que afortunadamente se resolvió con la sonda. Dicho con otras palabras, el beniqué debe ser una referencia pero no un punto de apoyo.

Enhorabuena al Dr. Iglesias Prieto por la admirable inquietud que demuestra en este campo. Sin embargo en su comentario editorial viene a decir "que la operación ha alcanzado tal nivel de perfección, que no debemos buscar nuevas maniobras que la comprometan". Da a entender "Que ya todo está descubierto en la prostatectomía laparoscópica". Creo que esa frase no es afortunada porque, conviene recordar que hace muchos años Billroth dijo que

“nunca los cirujanos entrarían en el tórax” y eso retrasó la cirugía cardiopulmonar más de cincuenta años. En conclusión, casi todo es mejorable en cirugía y tenemos que luchar, estrujarnos el cerebro y averiguar dónde está el secreto y no esperar a que lo inventen otros y además lo publiquen en inglés.

En 1994 empezamos a realizar cirugía manualmente asistida. Entre otras cosas, se nos dijo que



*FIGURA 3. Se ha introducido un trocar de 5 mm. entre el recto y la próstata, se ha creado un espacio con una sonda de balón y se está inspeccionando esa cavidad.*

hacíamos laparoscopia con trampa, porque nos salíamos de la ortodoxia y hoy en día nadie duda de su eficacia. Curiosamente nos da la impresión de que hoy se nos vuelve a criticar con los mismos argumentos.

En ambos editoriales se nos reprocha el destroz y el estrago anatómico que debemos hacer a ciegas con el dedo y estamos convencidos de que eso no es cierto. Sin embargo para demostrar que no somos tan rudos como parece, queremos adelantar una idea alternativa, en la que llevamos meses trabajando y que no necesariamente es mejor que la descrita en este artículo. En esencia consiste en introducir un trocar por el periné de 5 ó incluso de 3 mm., que avanzamos controlándolo mediante tacto rectal, hasta introducir la punta entre la próstata y el recto. Maniobra bien sencilla por cierto. Después metemos una sonda de balón, que movilizamos con el dedo rectal, hasta crear una cavidad real en lo que era un espacio virtual. Cavidad idéntica a la que según hemos descrito, realizamos con el dedo perineal. A continuación introducimos una óptica, dejamos entrar gas, que nos permitirá visualizar y trabajar en ese espacio desde una perspectiva nueva (Figura 3). Todo lo que viene a continuación ya se lo podrá imaginar el lector, pero de todas formas, ya hablaremos de ello más adelante.

*Eduardo Sánchez de Badajoz Chamorro*