

Anatomia da Próstata Aplicada a Prostatectomia Radical

Puchalski, K.¹, Guiotti, I. F.¹, Vidal, H. B. F.¹, Campos, M. E. C.², Salles, R. L. A.³, Magalhães, R. A.⁴

Universidade do José Rosário Vellano, campus Belo Horizonte, MG

1. Acadêmico de medicina da Universidade José do Rosário Vellano.
2. Professor de medicina da Universidade José do Rosário Vellano e urologista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e da Rede MaterDei de Saúde.
3. Residente de urologia pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.
4. Urologista da Rede MaterDei de Saúde.

Correspondência*:

Rua Santa Catarina, 1327
Ap 202. Lourdes
Belo Horizonte, MG
E-mail: isabela.ifg@gmail.com

A próstata é um órgão que com frequência é acometido por doenças que necessitam de abordagem cirúrgica e, por isso, o conhecimento de sua anatomia é de extrema importância.

A glândula pesa de 20 a 30g¹ e é envolvida por uma cápsula de colágeno, elastina e músculo liso, que se funde com o folheto visceral da fásia endopélvica na região anterolateral². A primeira porção da uretra penetra na região central da base da próstata, atravessando-a¹. A próstata é fixada ao púbis pelos ligamentos puboprostáticos¹. Alguns autores sugerem que a preservação desses ligamentos pode melhorar a incontinência precoce, mas sem nenhuma evidência definitiva estabelecida³. Superiormente, a base prostática alcança as fibras musculares lisas do colo vesical, não havendo divisão abrupta entre essas estruturas¹. Ocorre entrelaçamento semelhante na região inferior, entre o ápice prostático e as fibras estriadas do esfíncter uretral externo². A superfície posterior da próstata está intimamente relacionada com o reto¹. Em posição oblíqua, superiormente à próstata encontram-se as glândulas seminais. O ducto deferente inicialmente situa-se acima da glândula seminal, depois desce medialmente ao ureter e à glândula. A união dessas glândulas com os ductos deferentes forma os ductos ejaculatórios⁴.

A próstata encontra-se ancorada lateralmente pela porção pubococcígea do músculo elevador do ânus, que tem íntima relação com a fásia endopélvica². Acredita-se que com a preservação dessa fásia seja possível reduzir as taxas de incontinência urinária e disfunção erétil⁵.

A irrigação é feita por ramos da artéria vesical inferior, pudenda interna e artéria retal média¹. A artéria vesical inferior origina a artéria prostática que divide-se em artérias uretrais e artérias capsulares^{1,2,5}. As veias envolvem a próstata em um plexo na porção anterolateral². A principal tributária é a veia dorsal do pênis, que também recebe as veias vesicais e ramos prostáticos, que se conectam com o plexo vesical e a veia pudenda interna, e drenam para a veia vesical e a veia íliaca interna^{1,2}. A drenagem linfática se dá principalmente para as cadeias obturatórias, ílicas internas e ílicas externas e, num menor grau, para os linfonodos pré-sacrais^{1,2}. A linfadectomia mais preconizada atualmente tem como limites laterais os nervos genitofemorais, com limites superiores a bifurcação da artéria íliaca comum, como limite distal o anel inguinal interno e como limite medial a bexiga⁵.

A inervação parassimpática do pênis é responsável pela ereção e origina-se do plexo sacral (S2-S4). Essas fibras fundem-se aos ramos dos nervos hipogástricos inferiores, trazendo condução simpática, formando em conjunto o plexo pélvico^{1,5}. Parte desse plexo, junto com artérias e veias que se dispõem paralelas e intimamente relacionadas à próstata, formam os feixes vasculonervosos. Esses são mais abundantes nas porções posterolaterais da próstata⁵. A lesão desse feixe pode levar à disfunção sexual erétil, e sempre que possível ele deve ser preservado¹.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio FBJ, Favorito LA. Anatomia aplicada no trato urinário. Nardi, AC, et al. Urologia Brasil. São Paulo: Editora Planmark; 2013.p. 34-61
2. Junior CHF, Porfírio VT, Andrade TF. Anatomia cirúrgica aplicada. Amaro JL, Tomé ALF. Proteus: palestras e reuniões organização para preparação ao título de especialista em urologia SBU. 1a ed. São Paulo: EditoraPlanmark; 2017. p. 159-164
3. Poore, RE, McCullough DL, Jarow JP. Puboprostatic ligament sparing improves urinary continence after radical retropubic prostatectomy. Urology51.1 (1998):67-72.
4. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Anatomia orientada para a clínica. 6a ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2006. p. 373-378
5. Walz, J, et al. A critical analysis of the current knowledge of surgical anatomy related to optimization of cancer control and preservation of continence and erection in candidates for radical prostatectomy. Europeanurology 57.2 (2010):179-192.