

EMASCULACION TOTAL CON VACIAMIENTO PERINEAL EN EL CANCER DE PENE

Por los Dres. A. TRABUCCO. B. OTAMENDI y F. MARQUEZ

Luego de haber practicado algunas amputaciones parciales de pene y emasculaciones totales y comprobado que en el extremo proximal de la porción reseca existía algunas veces al examen microscópico zonas de invasión neoplásicas, así como en otros casos recidivas in situ nos han llevado a considerar la necesidad de ampliar aún más la emasculación total, efectuando la extirpación completa de los cuerpos cavernosos y la uretra hasta la aponeurosis perineal profunda.

Hemos practicado esta intervención en tres casos siguiendo la técnica quirúrgica que describimos a continuación:

Posición del paciente. — Se coloca al enfermo en una mesa de operaciones sin plano inferior, con las nalgas en el borde del plano medio, con los muslos horizontales, siguiendo el plano del tronco, rodillas bien separadas, exponiendo ampliamente el periné anterior.

Campo operatorio. — Se debe hacer un amplio campo operatorio, procediendo a envolver el tumor peneano con un manto de goma para aislarlo completamente de la zona a intervenir.

Tiempos operatorios. — 1ra. parte: Se procede a hacer una cistostomía que será definitiva.

2da. parte: *Vaciamiento ganglionar.* — Incisión inguinal, paralela a la arcada crural y a dos traveses de dedo de ella, que se extiende desde la espina ilíaca anterior hasta la raíz del pene.

Se disecciona la grasa subcutánea y preaponeurótica llevándose todos los ganglios inguinocrurales.

En la parte correspondiente al triángulo de Scarpa se ligan las venas que desembocan en el cayado de la safena y también se debe ligar la safena si es necesario para hacer un completo vaciamiento ganglionar.

Idem. del lado opuesto.

Después de este tiempo debe quedar una amplia fosa en la región disecada con el lecho muscular perfectamente libre.

Se sutura el tejido celular subcutáneo y la piel con el fin de aislarlo de los tiempos siguientes.

3ra. parte, *Emasculación*. 1er. tiempo: *Incisión*. — Se hace una incisión que parte de la región dorsal de la raíz del pene rodea a éste y desciende si-

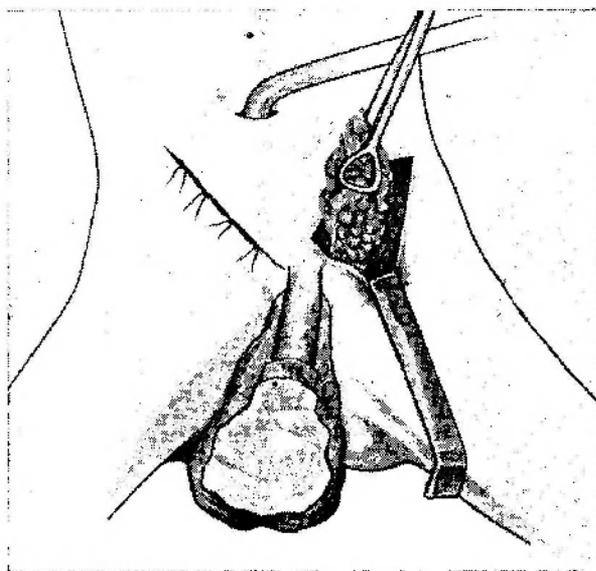


Figura 1

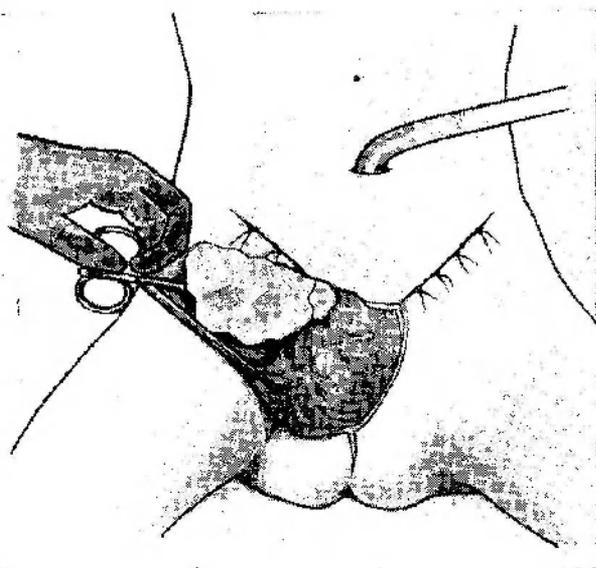


Figura 2

guiendo el pliegue de reflexión de la piel del escroto a 1 o 2 cms. de él, remonta nuevamente por el otro lado hasta encontrar su punto de partida.

Se completa esta incisión agrandándola en el periné mediante un corte longitudinal inferior y medio hasta 2 cms. por delante del ano.

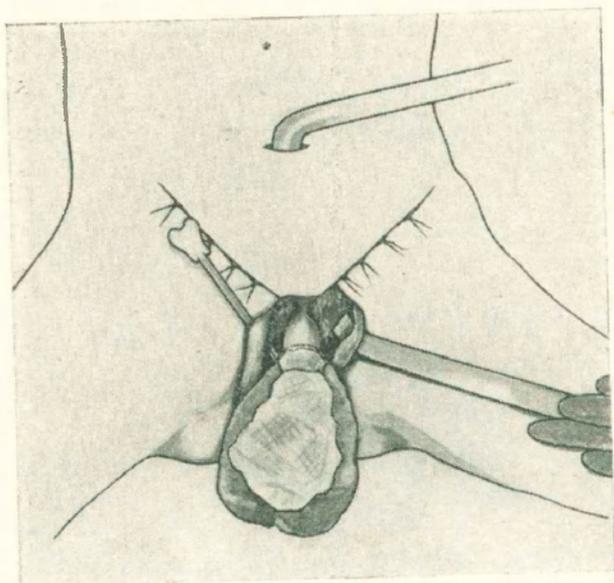


Figura 3

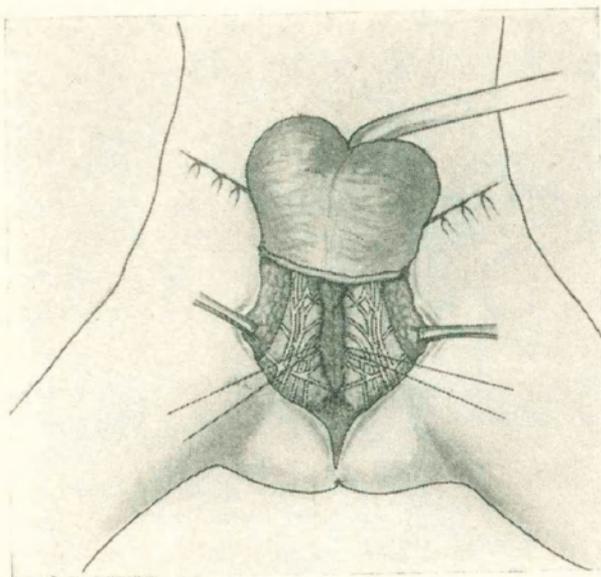


Figura 4

Se procede a la disección del tejido celular subcutáneo ligando prolijamente todos los vasos.

2do. tiempo: *Ligadura del ligamento suspensor del pene y cordones espermáticos.* — Se libera el ligamento suspensor del pene cortándolo entre dos ligaduras así como ambos cordones espermáticos.

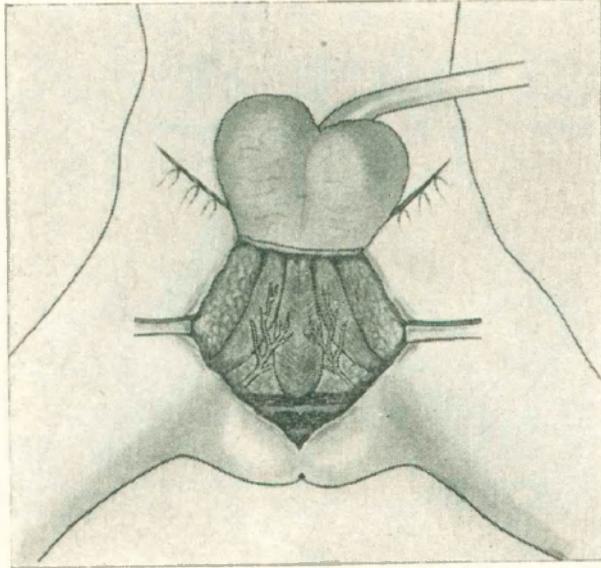


Figura 5

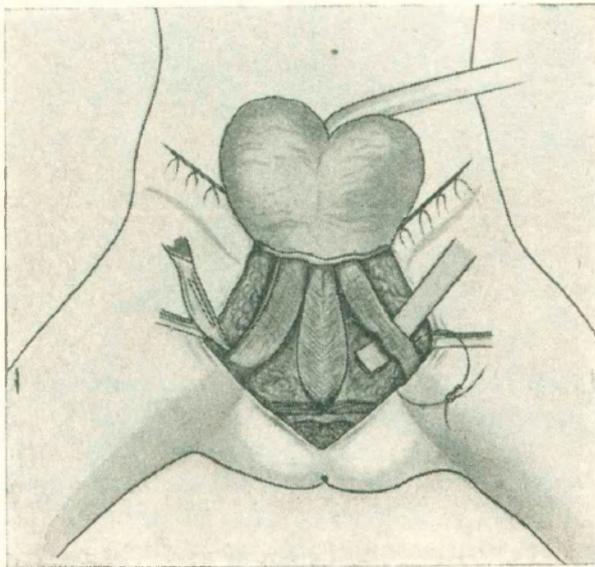


Figura 6

3er. tiempo: *Aponeurosis perineal superficial.* — Se levantan las bolsas y se disecca la aponeurosis perineal superficial, poniendo en evidencia el bulbo

y las raíces de los cuerpos cavernosos, ligando los vasos perineales superficiales.
4to. tiempo: *Liberación del bulbo*. — Se procede a cortar el rafe ano

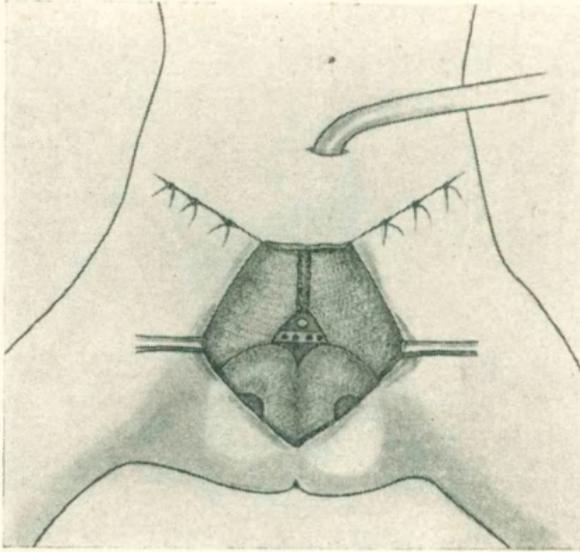


Figura 7.

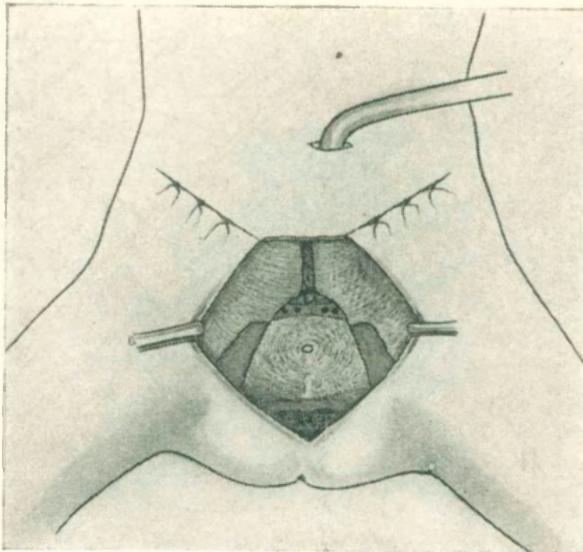


Figura 8

bulbar reclinando hacia abajo el recto y hacia arriba el bulbo con el músculo bulbouretral. Se ponen en evidencia el músculo transverso superficial y los dos triángulos de la talla perineal con sus vasos perineales profundos,

5to. tiempo: *Cuerpos cavernosos*. — Se disecan las raíces de los cuerpos cavernosos, con bisturí, seccionándole en el sitio de inserción ósea, si es necesario se legra el hueso para su separación de manera que quede adherido solamente la parte superior y el extremo inferior. Se pasa luego un hilo de catgut para ligar el extremo inferior y prever la hemorragia provocada por la arteria nutricia de la raíz del cuerpo cavernoso que es rama de la pudenda interna.

6to. tiempo: *Raíz del pene*. — Teniendo como punto de reparo el ligamento suspensor del pene ya cortado en un tiempo anterior procedemos a la liberación del punto de reflexión de las raíces de los cuerpos cavernosos cuando se unen para formar el pene.

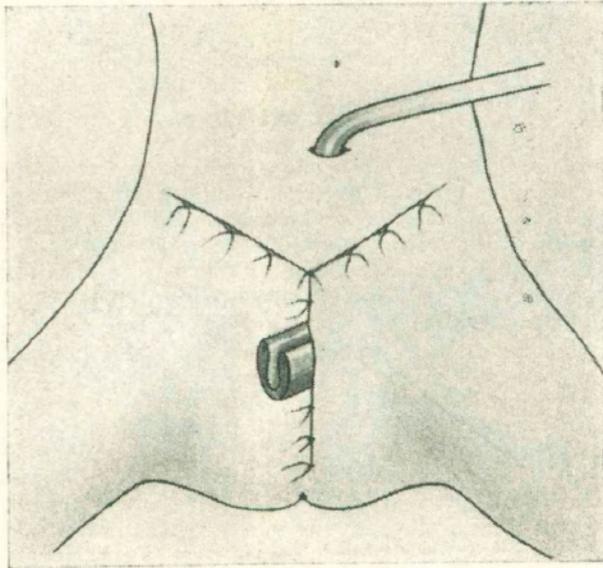


Figura 9

Con bisturí generalmente es factible dicha liberación y en el caso que estén muy adheridos a la parte superior de la rama isquiopubiana en su unión con el pubis puede utilizarse la legra.

Una vez palpada la arcada subpubiana debemos prestar particular atención a la ligadura de la vena dorsal profunda.

Ligado dicho vaso tendremos ante nuestra vista el ligamento transversal profundo del diagrama perineal.

Antes de desprender totalmente la uretra que se dirige hacia abajo tomando contacto con este ligamento se debe ligar con punto pasado los dos extremos del mismo que es por donde pasan los vasos perineales profundos para la irrigación de los cuerpos cavernosos y uretra.

Cumplido este tiempo debemos proceder a la liberación de la uretra de la aponurosis perineal profunda, ligando a esta altura el tubo uretral.

Sutura en línea longitudinal de la piel del periné dejando un drenaje en la parte media.

A continuación haremos un breve detalle de los 3 casos intervenidos con esta técnica.

CASO N° 1. — G. L. de 64 años de edad.

Enfermedad actual: Hace un año nota que en la cabeza del glande aparece una tumoración del tamaño de un grano de mijo, que aumenta progresivamente de tamaño, indolora, que produce una reacción inflamatoria local en el prepucio que impide correrlo hacia atrás.

Concurre a nuestro servicio para su tratamiento.

Estado actual: Debido a esta fimosis adquirida, que no permite visualizar el tumor, se procede a hacer un desbridamiento, comprobándose que la cabeza del glande presenta una zona del tamaño de una pequeña ciruela ocupada por una tumoración, de color blancorrojizo exuberante, dura y que respeta el surco balano prepucial.

Se toma un pequeño trozo para hacer la anatomía patológica electrocoagulando el lecho sangrante.

Anatomía patológica: El resultado anatomopatológico indica que la zona reseca corresponde a un "epitelioma basocelular".

Tratamiento: Se procede entonces hacer una amputación parcial del pene reseca los 2/3 anteriores.

Observada la pieza, seccionada en su eje longitudinal, se comprueba una masa blanqueca que corresponde a la tumoración balánica, que se introduce profundamente en la retra. Ilegándola a ocupar totalmente, tal como se puede verificar en los cortes transversales. Se observa además que en la zona de escisión del cuerpo esponjoso aparentemente está invadida, siendo comprobado afirmativamente por el examen histológico realizado a posteriori.

Es por esta causa que el paciente es reoperado, practicándosele una emasculación total, con la técnica que nosotros preconizamos.

Evolución: El paciente presentó una evolución normal, presentando como único accidente postoperatorio el haberse formado una colección serosa debajo de la incisión inguinal derecha, siendo drenado y cicatrizando luego normalmente.

CASO N° 2. — N. V., argentino de 62 años, soltero, comienza su enfermedad hace 10 meses con una pequeña úlcera en la parte lateral derecha del pene y a 3 o 4 centímetros del glande, que el enfermo aprieta saliendo pus y cerrándose en pocos días. A los dos o tres semanas aparece nuevamente pero más grande, al que se efectúa igual tratamiento. Al cabo de un mes más nota a nivel de la anterior lesión que sale orina y un mes más tarde nota que la fistula se obstruye y comienza a aparecer una formación productiva y sesil que aumenta de tamaño progresivamente.

Durante este lapso baja nueve kilos de peso.

El examen urológico muestra disuria total y la orina fluye parcialmente por el meato y por la fistula tumoral de la cara lateral derecha del pene. Este muestra en la unión de su tercio posterior con sus 2/3 anteriores una lesión productiva de color rojizo, exuberante, secretante, maloliente, de 3 x 2 x 2 cms., ulcerada en su centro y fija a cuerpos esponjosos y cavernoso derecho, con adenopatías inguinales bilaterales y fija a pubis. A nivel del glande se observan lesiones de las características descritos que afloran por debajo del prepucio.

El testículo izquierdo de tamaño, forma y consistencia normales ocupa su lugar habitual en la bolsa, no así el derecho que se encuentra rechazado al fondo de la bolsa, cuya parte superior está ocupada por una tumoración elástica, dolorosa, adherida al pene y del tamaño de un huevo de gallina.

El resto del examen urológico es normal, no habiendo modificaciones táctiles de la uretra membranosa, ni prostática, ni tampoco de próstata, vesículas seminales ni vejiga.

El examen clínico general nos muestra un paciente que presenta regular estado general, de piel pálido amarillo pajizo sin elasticidad. El resto del examen es normal y la tensión es de 136 y 80.

En los exámenes de laboratorio encontramos una anemia de 3.900.000 con 18.000.000 glóbulos blancos, asociado a una eritrosedimentación de 119 y 136, la uremia es de 0.30 grs. % la protidemia de 6,50 grs. y el hematocrito es del 40 %.

Se medica con penicilina, 500.000 Unidades y estreptomocina 0,50 grs. cada 12 horas y transfusiones de 250 grs. de sangre total día por medio. A los 10 días de tratamiento y a

notar que el absceso de la bolsa derecha no se había modificado y que se insinuaba uno en el hemiescrotulo izquierdo y a pesar de que la eritrosedimentación bajó a 19 y 52 se decide drenar ambas cavidades y tomar biopsia de la neoformación, lo que se efectúa el 29-IV-52, previa anestesia local con novocaina, saliendo por la herida operatoria pus mal ligado, amarillo y maloliente, cuyo examen microscópico no revela gérmenes.

De acuerdo al resultado de la biopsia se decide practicar una emasculación total con vaciamiento gálgionar bilateral inguino-abdomino crural practicándosele la resección del pene a ras del pubis, intervención que se practica el 3-V-52.

El postoperatorio fué normal, pero quedó una zona mediana que no cicatrizaba y que al mes parece ser proliferante por lo que se practica una nueva biopsia que revela la presencia de tejido neoplásico.

En vista de esto se considera la posibilidad de practicar un vaciamiento mayor, pues el



Figura 10



Figura 11

estado del paciente permitía efectuar una nueva intervención y la radioterapia no nos solucionaba el problema. Por lo tanto el 29-VI-52 se practica el vaciamiento perineal lo que tiene como límite la aponeurosis perineal profunda, resecaudo toda la uretra membranosa y la resección total de los cuerpos cavernosos. No se puede suturar por la falta de piel y se taponan y deja cicatrizar por segunda.

El postoperatorio fué bien tolerado, pero consigue deambular recién a los dos meses de intervenido.

CASO N° 3. — C. G. de 53 años de edad.

Enfermedad actual: Hace dos años y medio nota una dureza en el glande que aumenta de tamaño por lo cual concurre a un médico de su pueblo siendo tratado con distintos procedimientos y como no mejorase y siguiere creciendo la tumoración es enviado a otra ciudad en donde se le hacen aplicaciones de rayos.

Como con este nuevo tratamiento tampoco obtuviese mejoría es enviado a esta capital e internado en nuestro Servicio.

Estado actual: Enfermo con regular estado general, anémico, comprobándose en el recuento efectuando la cantidad de 3.800.000 glóbulos rojos.

El pene se presenta constituido por una tumoración del tamaño de una naranja, de consistencia dura, irregular, con prominencias y depresiones de color blancorrojizos de aspecto sanioso y muy maloliente.

La uretra desemboca en uno de estos intersticios saliendo la orina en forma de abanico sin fuerza derramándose sobre el pene y las bolsas por cuya causa presenta la piel indurada y con procesos inflamatorios.

En la ingle numerosos ganglios en forma arracimada.

Se procede a hacer una biopsia informándose que corresponde a un "epitelioma basocelular".

Tratamiento: Se procede a hacer una emasculación total de acuerdo con la técnica ante-

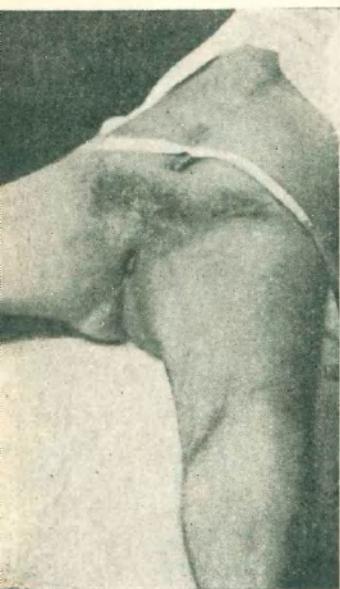


Figura 12



Figura 13



Figura 14

riormente descrita, no pudiéndose hablar de evolución alejada por ser un enfermo recientemente operado.

COMENTARIO

Mucho se ha escrito y se ha discutido sobre la amplitud de las intervenciones quirúrgicas en los tumores malignos del pene sin haber llegado a una unificación de opiniones.

Comenzando con los vaciamientos ganglionares creemos que deben ser practicados sistemáticamente y con la mayor amplitud con el objeto de interrumpir la cadena linfática superficial y además por el hecho de haber encontrado metástasis ganglionares sin manifestación clínica aparente.

Creemos que luego de haber realizado este tiempo y antes de pasar al siguiente debe cerrarse prolijamente la pared para evitar cualquier infección y separar totalmente ambos campos operatorios.

En lo referente a la profundidad del tiempo perineal decimos que se debe llegar hasta la aponeurosis perineal profunda porque la invasión neoplásica se efectúa muchas veces siguiendo la uretra o disecando los cuerpos erectiles sin que al examen macroscópico aparezcan infiltrados.

DISCUSIÓN

Dr. Tomás Schiappapietra: Pensamos que podría no haberse procedido así. Creo que el meato perineal es más cómodo y saludable que la cistostomía.

Dr. Armando Trabucco: En el último caso que hemos operado tuvimos una inundación de la herida con orina y hubo que drenarla ampliamente. Por eso en una tercera intervención así como en los siguientes que tengamos que hacer, vamos a ver si es posible establecer un meato perineal. Nos queda la duda siguiente: ¿Serán capaces esos músculos perineales de responder con una continencia perfecta? Esa es la duda que nos queda y por eso no hemos hecho la derivación perineal, pero seguramente la vamos a tener que hacer.

Dr. Tomás Schiappapietra: Lo digo por experiencia propia, recordando que una vez en un caso similar tuve que llegar hasta los cuerpos cavernosos.

Después de la operación ese hombre vivió 8 años más, vivía muy feliz, querido en el barrio.

Murió por un proceso séptico trascendente. Creo que cuando vivía no tenía problemas para su micción. También en otro caso el intervenido vivía muy feliz y contento y agradecido aunque fuera así.

Dr. Armando Trabucco: Esas consideraciones serían cuestión de ver. Porque también el enfermo que yo traté vivía sin temor ni molestia. Por esa causa es que nosotros seguimos practicándola. Nos quedaba la duda de que teníamos que hacer otra experiencia. Ver si vale la pena así hacerlo. Eso es lo que tenemos que averiguar.
