

TECNICA DE PENECTOMIA TOTAL POR VIA PERINEAL

Por los Dres. ALFONSO PUJOL y MARIO LEVY

La técnica que presentamos para la extirpación total del pene es poco conocida entre los urólogos, nosotros la hemos visto ejecutar por primera vez hace aproximadamente unos 2 años, en manos del prof. Ricardo Finochietto: nos entusiasmó el fácil y lógico acceso que daba para la sección y ligadura de los cuerpos cavernosos a nivel de su inserción sobre las ramas isquiopúbicas, a través de una simple incisión perineal, la mínima mutilación de los tejidos y la elegancia de su ejecución. Después de haberla realizado personalmente nos decidimos a divulgarla con la esperanza de poner en manos del urólogo una técnica que creemos útil y lógica.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

1er Tiempo. — Incisión rectilínea de 7 a 8 ctms. sobre el rafe del periné, el extremo inferior a 2 ó 3 ctms. por encima del ano, el superior puede alcanzar la raíz del escroto pero sin interesarlo (*fig. 1*). Se seccionan los planos cutáneos, subcutáneos, aponeuróticos y musculares hasta alcanzar los músculos bulbo e isquiocavernosos, los cuales serán desplazados para exponer los cuerpos cavernosos y el bulbo de la uretra con su cuerpo esponjoso, elementos anatómicos fundamentales en esta intervención.

2º Tiempo. — Disección y despegamiento del plano lateral y posterior de los cuerpos cavernosos y bulbo en la mayor extensión hacia arriba y abajo, después de lo cual dejaremos un separador ancho levantándolos de su lecho (*fig. 2*). Se podrán así desinsertar los cuerpos cavernosos de las ramas isquiopúbicas a tijera, bisturí o legra, y luego seccionarlos hacia arriba a la altura que más nos convenga para facilitar la prosecución de la intervención. El cuerpo esponjoso con la uretra que envuelve lo disecaremos ampliamente para seccionar ambos elementos a la altura que deseemos, lo más alta posible en la raíz del escroto o aún más hacia la raíz del pene, luego la podremos reclinar hacia abajo completamente movilizada y lista ya para abocarla a la piel del periné (*fig. 3 y 4*).

3er Tiempo. — Nos quedarán las ramas anteriores de los cuerpos cavernosos ya unidos formando la raíz del pene y el pene mismo, enfundados por las fascias de envoltura y deslizamiento que nos brindan un plano muy fácil

de disección a lo largo de la base del escroto y nos permite alcanzar la inserción del pene al pubis y su desinserción en todos sus planos; éste solo quedará unido por la piel de su base si se ha prolongado suficientemente la disección.

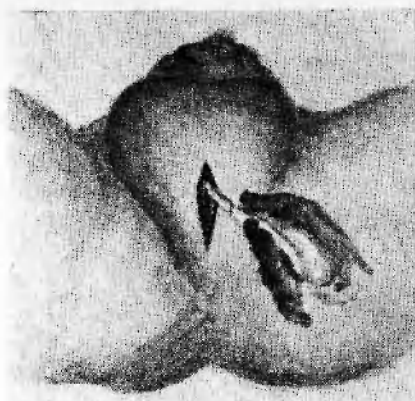


Figura 1

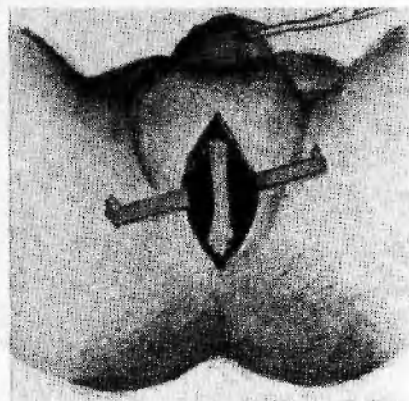


Figura 2

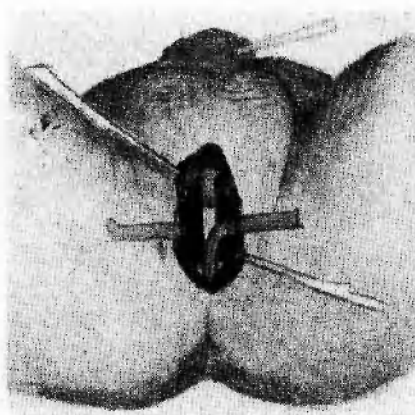


Figura 3

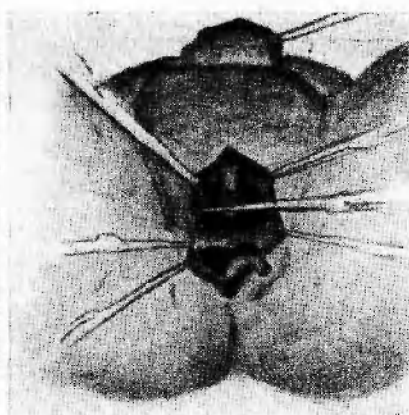


Figura 4

4º *Tiempo.* — Pequeña incisión anular, ovoide o convencional en vista a la sutura y cicatriz, en la base del pene, lo estrictamente amplía como para dar paso a los cuerpos cavernosos, esponjoso y uretra disecados que se extrae como los dedos de un guante (*fig. 5*).

5º Tiempo. — Sutura de la pequeña incisión en la base peneana (fig. 6). Abocamiento de la uretra en periné al nivel que se considere conveniente ya que el cabo uretral es ampliamente generoso (fig. 7). Sutura de los planos musculares, aponeuróticos y piel.

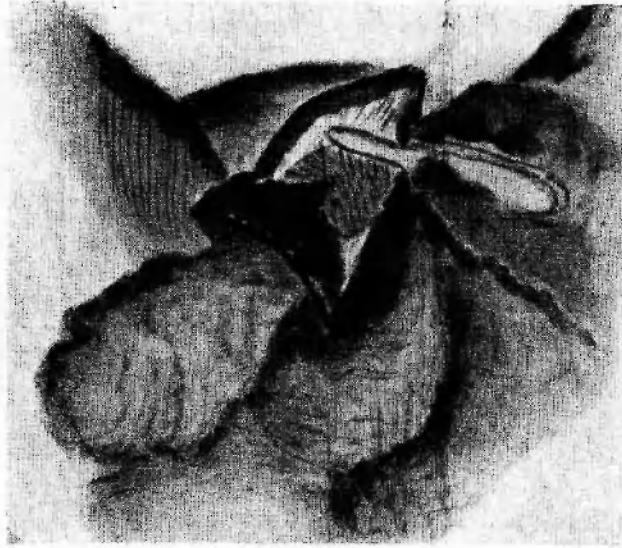


Figura 5

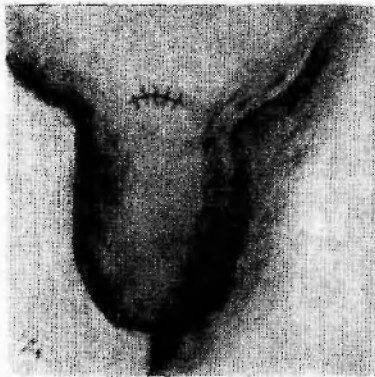


Figura 6

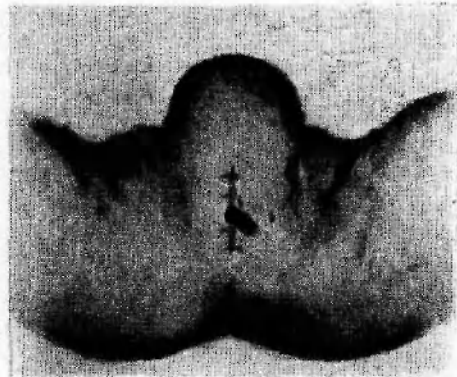


Figura 7

COMENTARIOS

Si efectuamos un análisis del procedimiento encontraremos que tiene como principio básico el actuar sobre los cuerpos cavernosos y uretra desde el periné, idea que es fundamental en la técnica del Prof. Alejandro Dávalos, distinguido urólogo paraguayo de Asunción a quien corresponde sin lugar a dudas el mérito de haber insistido acerca de las ventajas de la vía perineal. Donde

surge en cambio una diferencia, que nosotros consideramos importante, es en la conducta que se adopta en el escroto: en la técnica de Dávalos se lo incide de manera amplia y aún más, se extirpa una buena porción a fin de que la parte restante se conforme a la manera de un pene tosco y rudimentario; en cambio en la técnica que aconsejamos se respeta completamente el escroto. No sabemos a quién corresponde esta modificación, que estimamos inteligente y útil, por lo cual creemos que mercede denominarse técnica de Dávalos modificada.

Según nuestra opinión con este procedimiento la mutilación operatoria es menor, evitamos la sección completa de todo escroto, zona de gran vascularización, que exige una hemostasis prolija y que alarga el acto operatorio, en consecuencia el traumatismo postoperatorio es también menor; con lo cual nos ajustamos al postulado de Leriche, "La técnica debe saber hacerse tolerar por el organismo al menor precio".

DISCUSIÓN

Dr. Juan Irazu. — Quisiera preguntarle al Dr. Pujol si en este procedimiento contempla la parte vaciamiento ganglionar o si es simplemente la penectomía. Al mismo tiempo, quiero saber si dentro del proyecto de piel tunelizado, no puede persistir algún ganglio motivo de una recidiva posterior "in situ".

Dr. Alfonso Pujol. — El vaciamiento ganglionar puede hacerse o no. Eso depende del criterio que tenga quien desee hacer la penectomía. Si se quiere practicar el vaciamiento puede hacerse por la vía usual, o sea mediante la incisión de Young, por la parte alta, pero no modifica el comportamiento con el escroto, que es lo que interesa. Sabemos, además, que los ganglios están en la parte superior.