

PRIMER PREMIO DE TRABAJOS CLINICO - QUIRURGICOS DEL
XI CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA

Servicio de Urología del
Hospital Angel C. Padilla
Tucumán

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
XI Congreso Argentino de Urología

LA VIA PERINEAL EN LA ADENOMECTOMIA
PROSTATICA. TECNICAS DE YOUNG Y BELT.
CONSIDERACIONES SOBRE 300 CASOS OPERADOS

Prof. Dr. HECTOR HUGO NOVILLO y Dr. NACHUM FAINMAN

Es oportuno en este trabajo, hacer mención a la historia de la vía perineal, en la técnica de operaciones de próstata, ya que la misma según referencia de Puigvert, se inicia en la edad media, en que se solucionaban problemas calculosos vesicales por esta vía.

Es recién a fines del siglo pasado, que Remigio González, de Méjico, utiliza esta vía para operar un adenoma de próstata y luego de este autor, Good Fellow de California, EE. UU. En Europa Proust Gosset y Albarran perfeccionan y reglan la técnica de esta vía.

En realidad existen dos técnicas de abordaje de la próstata por el periné, una de ellas, la más difundida, es la de Wiltbolz, más conocida actualmente por técnica de Young, que es quien la reactualizó e introdujo el famoso tractor prostático de su nombre; y la segunda técnica es la de Belt, este extraordinario norteamericano de Los Angeles, EE. UU., quien concibió un plano anatómico de abordaje de la próstata verdaderamente admirable, que consiste, como veremos, en la descripción de la misma, en utilizar los planos decolables y de clivaje que nos muestra la anatomía, para llegar a la glándula prostática.

En 1949, el Dr. R. de Surra Canard junto con sus colaboradores Dr. Irazu y Pujol, efectuó una adenomectomía perineal "a lo Belt", en Tucumán.

Esta operación evolucionó torpemente por carecer posiblemente de los cuidados postoperatorios adecuados, y fue necesario efectuar una cistostomía hipogástrica a fin de dejar en reposo la zona operada.

A pesar de este inconveniente original, la técnica nos entusiasmó lo suficiente como para iniciar los estudios anatómicos oportunos, que nos llevaran a conocer los puntos de referencia que permiten al cirujano abordar sin dificultad, la glándula prostática por esta vía.

Como consecuencia de ello, publicamos uno de nosotros en la Sociedad de Cirujanos de Tucumán, en 1953, un trabajo de una orientación estrictamente anatómica, que se tituló "La Vía Perineal en la Prostatectomía", cuya experiencia se había efectuado en cadáveres frescos de la morgue de la Cátedra de Anatomía de la Universidad Nacional de Tucumán.

Es recién en 1955, que se efectuó la primera operación en nuestro medio, de un adenoma prostático con esta vía utilizando para ello la técnica de Young; desde esa fecha hasta el presente es que se extiende nuestra experiencia.

No diremos que la misma está jalonada de éxitos; no, más sí, de muchas dificultades. Esta vía tiene algunos inconvenientes iniciales que es necesario sortear con conocimientos anatómicos. Diríamos que el espacio anatómico donde se desarrolla el acto quirúrgico es muy pequeño, y pequeño en dos aspectos: 1º) es la distancia en centímetros que existe, para ello sólo es suficiente tener en cuenta que la distancia mayor es la bisquiática, que cuando es menor que lo normal —por razones de constitución— crea un serio problema, pues existe una directa relación entre el tamaño de la incisión cutánea, y la profundidad de la zona operatoria, y 2º) que los elementos anatómicos son varios y todos ellos se reúnen en un pequeño espacio, el cual es necesario distinguir para no perderse en el periné.

En la técnica de Young, estos elementos son de la superficie a la profundidad una vez efectuada la incisión cutánea, las finas fibras musculares del rafe medio luego más en profundidad la zona consistente del núcleo central del periné, que una vez seccionado hasta la profundidad nos permite individualizar el telón de fibras recto uretrales, las que separadas verticalmente nos dejan completamente libre la cara posterior de la loge prostática.

El núcleo central del periné, verdadero punto de referencia del cirujano es pequeño, vertical y transversalmente, pero muy largo en profundidad, y cuando la incisión no se efectúa en su punto indicado, existe la posibilidad de caer en el músculo bulbo cavernoso hacia arriba, o en la cara anterior del recto hacia abajo.

En la técnica de Belt, el único elemento que se secciona después de la piel, son las finas fibras musculares del rafe medio, y luego todo es buscar el plano de clivaje por debajo del esfínter externo del ano. La elasticidad de estos elementos que ceden fácilmente a la extensión, es un factor importante a favor del cirujano, el otro elemento a su favor es la paciencia y no tener apuro en llegar por el buen camino.

Es necesario distinguir bien los distintos elementos y aprovechar a los mismos para cambiar el rumbo de nuestro camino, cuando es necesario.

TÉCNICA DE YOUNG

La incisión bisquiática es simple, y he adoptado la misma en una sencilla incisión transversal y no curva, porque ella nos da mayores ventajas. Se toma como punto de referencia la tuberosidad de ambos isquiones. Con ello se llega a una zona de tejido celular separados en la línea media por un centro músculo aponeurótico, el que a medida que se profundiza se hace más consistente.

El decolado de este núcleo se efectúa con una tijera de puntas tipo Mayo, y haciendo la operación de divulsión a ambos lados del núcleo, se consigue aislar al mismo. Presenta la zona en este momento, el aspecto de "caños de escopeta" a que hace referencia Puigvert. Con tijera se secciona al mismo en superficie y luego en profundidad, hasta llegar a la parte final de éste en que caemos en un tejido celular decolado.

Colocamos en este momento la valva inferior tipo Proust y separamos la cara anterior del recto, y unido a ello, el resto seccionado del núcleo central del periné.

Haciendo con la valva un movimiento similar al de la cola del pato, y también avanzando en profundidad, encontramos una zona a veces adherente

y a veces no, en su profundidad contacta con la cara posterior de la loge prostática.

En este punto del abordaje, encontramos un plano de fibras musculares verticales planas, que forman un verdadero telar, que son las fibras musculares recto uretrales y que sin dificultad alguna, decolamos en la línea media y separamos a ambos lados entrando de lleno a la zona de anterior referencia de tejido celular.

Este es el momento en que más frecuentemente se abre el recto, y existe para ello una razón anatómica (ver esquema del periné en un plano de perfil), es el punto en que el recto se encuentra más cerca de la próstata.

Si efectuamos en este momento un tacto de la glándula, tendremos la misma sensación que cuando la palpamos por el tacto rectal, aunque ligeramente más superficial.

A continuación efectuamos una incisión de la cara posterior de la loge, y abordamos directamente la glándula. La dirección de esta incisión tanto puede ser transversal como longitudinal. Clásicamente la misma es transversal o sino es en "V" invertida con el vértice en a línea media, y en ángulo de más o menos 120°.

Yo personalmente prefiero una incisión longitudinal por una razón anatómica. La hipertrofia en el 90 % de los casos es de ambos lóbulos laterales, de modo que al incidir longitudinalmente caemos directamente en el plano de separación de ambos lóbulos. A más, que en los casos en que la hipertrofia es muy grande, es dificultoso extraer la glándula "in toto", resulta más sencillo extraer un lóbulo primero —derecho o izquierdo— y luego el otro, y si hubiera sin mayor dificultad, un lóbulo medio. Por último diré que la incisión vertical se presta muy fácilmente para reconstruirse, aunque esta ventaja no es tan grande como el otro detalle referente al tamaño de la hipertrofia.

Una vez efectuada la sección de la loge, colocamos un benique N° 45 introduciendo una tijera curva por la parte superior de la incisión, seccionamos la uretra sobre el benique, retiramos éste e introducimos por el cabo proximal de la incisión el tractor prostático de Young. Se abre el mismo, y con una tracción suave, vemos cómo la glándula prostática aflora hacia la superficie del plano perineal, y al tacto de la misma constatamos que el tractor ha constituido un plano de resistencia para hacer el decolado.

Con el dedo índice, y teniendo siempre fija la glándula con ayuda del tractor, procedemos a efectuar el decolado de la hipertrofia glandular.

Queda por lo general toda la glándula o los lóbulos, separadamente, colgando de la uretra prostática, tomamos la glándula o cada lóbulo por separado con la pinza de Babcock y con tijera seccionamos los restos de la uretra, haciendo a la vez una toilette lo más minuciosa como sea posible. Se retira el tractor de Young.

Se coloca a continuación una sonda uretral, que al llegar a la cavidad se saca la punta hacia afuera, y levantando la misma se puede localizar el cabo de la uretra distal, que es el punto más difícil de la reconstrucción.

Colocado éste y ya sin mucha dificultad, fijamos las puntas laterales con catgut simple N° 0. Se retira la sonda y se procede a pasar el punto posterior, por el labio posterior de cuello que se visualiza colocando para ello la valva de Proust bien profunda, y en la parte superior el separador de tres ramas de Puigvert. Se coloca de nuevo la sonda llevando la misma con pinza hasta vejiga, y luego se suturan los puntos laterales y el posterior que viene en realidad a ser el más superficial con relación al periné.

Reconstruida la uretra, sólo queda por reconstruir la loge prostática. Esto se efectúa suturando con puntos simples los labios de la incisión de la loge, utilizando para ello catgut cromado 0, y dejando los puntos medios para

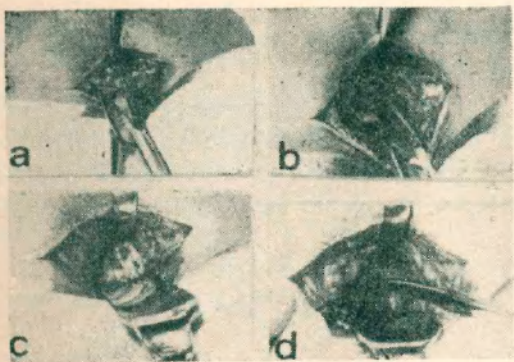


FIG. 1

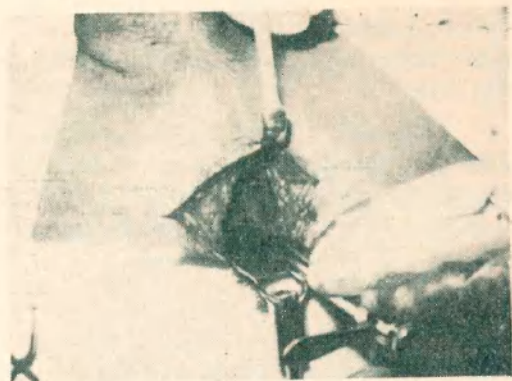


FIG. 2

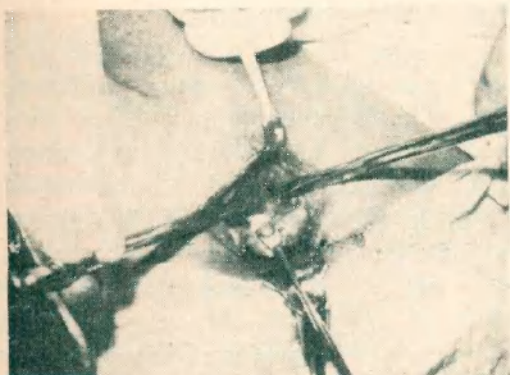


FIG. 3

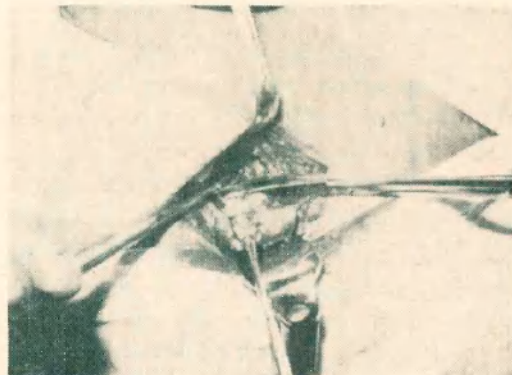


FIG. 4



FIG. 5

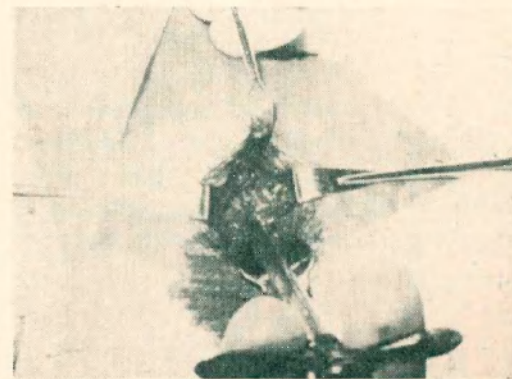


FIG. 6

reconstruir los planos más superficiales del periné, como son: el núcleo central y el tejido celular superficial, que de esta manera al ser suturado con una hebra común profunda, crea una sutura compresiva de la profundidad a la superficie, que evita cavidades que pueden ser factores de colección de líquidos.

Una vez suturada piel, colocamos un fino drenaje profundo de la zona que generalmente abocamos por una contraabertura. Se fija la sonda en pene con puntos que toman parte del glande, a fin de asegurar su funcionamiento y colocamos un apósito en la zona operatoria, y previo lavado vesical trasladamos al enfermo a la cama.

DETALLES DE TÉCNICA

La hemostasia en la adenomectomía prostática perineal, es un interrogante permanente de esta vía. Nosotros aislamos los pedículos vasculares prostáticos localizados en horas 5 y 7, y los ligamos con una fina hebra de algodón.

En un principio esto nos trajo gran expectativa, pensando que habíamos solucionado el inconveniente en las operaciones sangrantes, pero la propia experiencia nos mostró que lo que parecía una solución, no era sino un detalle más de técnica operatoria sin mayor incidencia en la evolución.

También no es fácil establecer como premisa de una operación de adenoma, la necesidad de efectuar los puntos hemostáticos del borde del cuello vesical, primero porque estos vasos sangrantes no siempre se presentan, y segundo porque no siempre es posible llevar a cabo la hemostasia del punto sangrante, cuando las condiciones de elasticidad del cuello impiden superficializarlo, pues el mismo se presenta fijo y aumentado de consistencia, y entonces esta sutura resulta dificultosa y poco efectiva.

La extracción del adenoma: Cuando se aborda el adenoma por esta vía en la mayor parte de los casos, dado el tamaño exagerado del tumor, resulta muy difícil la exteriorización en block del mismo, entonces se hace necesario efectuar la adenomectomía lóbulo por lóbulo, y para ello una incisión longitudinal de cara posterior de la loge es muy efectiva y también por simplificar mucho la reconstrucción de la pared posterior.

Este detalle nos ha permitido operar adenomas de cualquier tamaño y posición y no aquellos bajos y de mediano tamaño, como se ve enunciado en algunos libros.

Sutura del cuello vesical con el cabo uretral: Este detalle de técnica es lo que más preocupa al perinealista, pero contando con instrumental adecuado, podemos fácilmente tomar el punto anterior del cuello, que es el más difícil y luego los laterales.

Existen algunas maniobras que simplifican este paso en que el cirujano trabaja en la mayor profundidad del campo operatorio, y en un espacio muy reducido. Pero hay que tener en cuenta, que para que esta sutura tenga éxito, el cuello vesical no debe ser fijo y tener una consistencia normal, pues si así no fuera, la sutura con el cabo uretral resulta tensa y poco duradera.

DESCRIPCION OPERATORIA DE LA TECNICA DE E. BELT, EBERT Y SURBER

Principio fundamental: Utilizar el plano de clivaje existente entre las fibras musculares longitudinales del recto, y las hemicirculares del esfínter externo del ano, hasta llegar a exponer la cápsula externa de la próstata. Hasta este momento la intervención quirúrgica es prácticamente exangüe, al evitar los vasos sanguíneos y los nervios, y además notablemente rápida, puesto que en menos de 5 minutos estamos actuando en zona adenomatosa.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- 1) *Posición del paciente:* Idem que para la operación de Young.
- 2) *Remarcar la posición del esfínter anal subcutáneo,* plegando la piel fuera de la unión cutáneo-mucosa.
- 3) *Incisión cutánea, bisquiática, ligeramente curva,* con la concavidad dirigida hacia abajo y ubicada más o menos a 1 ½ cm. de la unión cutáneo-mucosa anal.
- 4) *Toma de los labios superior e inferior de la herida* con sendas pinzas de Allis, con la finalidad de poner tensas las fibras del rafe medio las que hacen prociencia.
- 5) *Introducción de una pinza de Crile curva o de Bertola cerrada,* por detrás de las fibras del rafe mediano; se entreabre la pinza empujando con la mano izquierda o por intermedio del ayudante situado a la izquierda de uno, se seccionan con una tijera curva las fibras del rafe mediano, avanzando desde la punta hacia la base de la pinza Crile, en el espacio de las ramas entreabiertas.
- 6) *Visualización de las fibras del esfínter externo,* las que a veces se presentan adheridas a la piel del colgajo inferior. Con la ayuda del mango del bisturí Swann-Morton Nº 4 L, desplazamos hacia arriba el esfínter anal, maniobra relativamente fácil, hasta que aparezcan las fibras longitudinales del recto las que se pueden seguir hasta el vértice de la próstata.
- 7) *Depresión suave del recto con una valva y retracción hacia arriba del músculo esfínter externo con el separador de García,* visualizándose a nivel del vértice prostático, la yuxtaposición del borde libre anterior de ambos músculos elevadores del ano.
- 8) *Separación en la línea media, de los músculos elevadores del ano con el mango del bisturí insertado entre los bordes de los músculos,* haciendo presión lateral hacia uno de los lados, y luego sobre el otro, hasta exponer la fascia que cubre la superficie posterior de la próstata.
- 9) *Visualización de los pedículos vasculares en cada borde lateroinferior,* gracias a una disección lateralizada. En ciertas ocasiones ligamos los pedículos y en otros casos los respetamos, no incidiendo favorablemente la ligadura.
- 10) *Incisión capsular siguiendo distintas direcciones:* I) En V invertida; II) Longitudinal, y III) Transversal. Hasta el presente tenemos preferencia por la longitudinal.
- 11) *Con tijera curva liberamos la cápsula hacia uno y otro lado,* enucleando independientemente un lóbulo primero y luego el otro, previa sección con

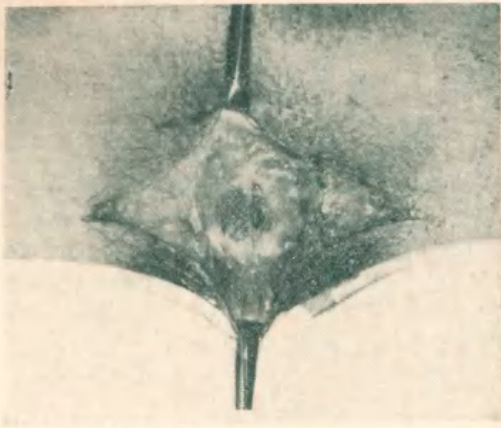


FIG. 7

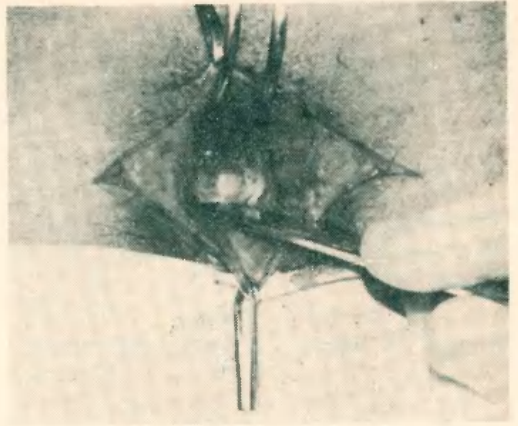


FIG. 8



FIG. 9



FIG. 10

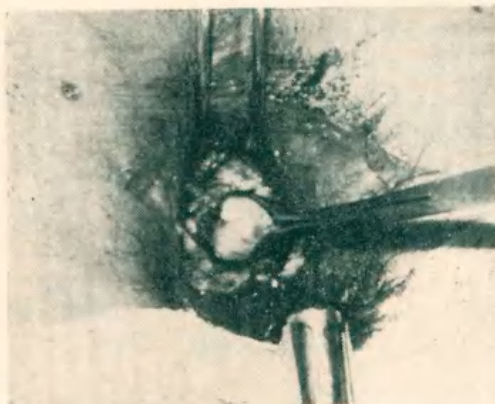


FIG. 11

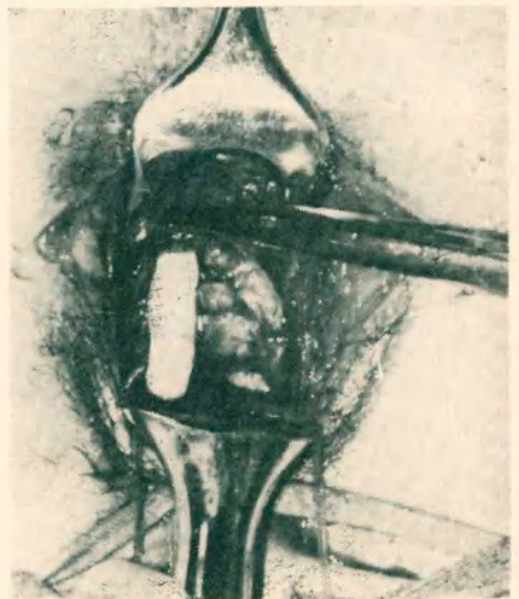


FIG. 12

tijera de la uretra en el vértice prostático. La enucleación se ve facilitada en gran número de casos con la ayuda del tractor de Young, el que aclaramos no es imprescindible.

- 12) Toma del labio ánterosuperior del cuello vesical con 2 pinzas de ramas desiguales de Puigvert, y realización de puntos hemostáticos.
- 13) Toma del labio pósteroinferior del cuello vesical con 2 pinzas de ramas desiguales de Puigvert, y a ojos vista, hemostasia de los clásicos puntos sangrantes. Inmediatamente observamos una disminución acentuada de la pérdida sanguínea, lo que nos permite reparar la hemostasia.
Observamos que en ciertos casos en que no nos fue posible la realización de los puntos hemostáticos, por dificultades técnicas, el enfermo lo mismo evolucionó muy bien y per sé cedía la hemorragia en las próximas horas.
- 14) Anastomosis uretro-cervical, en escasos casos, dejando en la gran mayoría, libres de su unión la uretra y el cuello vesical, remedando lo que hacemos cuando ejecutamos la técnica de adenomectomía prostática suprapúbica.
- 15) Introducción de una sonda Foley a doble corriente o de una Couvelaire plástica por uretra hacia el interior de vejiga.
- 16) Cierre de los labios de cápsula prostática con catgut crómico N° 0.
- 17) Introducción de un Rubber en espacio lateroprostático con salida por contraabertura situada encima de la herida operatoria y hacia el costado derecho.
- 18) Aproximación de los músculos elevadores con catgut crómico N° 0.
- 19) Con sutura circular (jareta) ponemos en contacto el borde del esfínter externo del ano con el rafe.
- 20) Sutura de piel con puntos separados.
- 21) Lavaje inmediato vesical, el que nos revela la claridad del líquido obtenido.
Se instala un lavaje continuo a goteo lento y dejamos una sonda recta para tener libre de gases la ampolla rectal.

CASUÍSTICA

Se estudiaron 300 casos de adenomectomías por vía perineal, casuística que se inicia en 1955 y se extiende hasta el presente.

De estos casos, 240 se efectuaron en el Servicio de Urología del Hospital "Ángel C. Padilla", de Tucumán, y 60 en el Servicio de Urología del Hospital Ferroviario de la misma provincia.

Del total se operaron con la Técnica de Young 204 casos, y con la Técnica de Belt 96.

Edad de los pacientes: El paciente de mayor edad acusó la edad de 91 años, y el más joven 44, con un término medio de 67,5.

Mortalidad: Del total de enfermos operados, debimos lamentar el fallecimiento de 5 de ellos, lo que nos da un índice de mortalidad de 1,06.

Periodo de internación: El término medio de los días internados de los pacientes, alcanzó a la cifra de 21,4.

Complicaciones operatorias. Apertura del recto: Se produjo en 14 casos la apertura del recto durante el acto quirúrgico, problema que constituyó un inconveniente grave en un principio, más actualmente, ha dejado de serlo con el recurso de una doble sutura minuciosa en surget y jareta, efectuadas con una hebra de algodón, a más de ello se deja una sonda rectal fija durante 5 días.

Caída de un lóbulo adenomatoso: En 3 casos tuvimos el inconveniente que significa la caída de un lóbulo adenomatoso de la próstata en la cavidad vesical, problema que subsanamos sacando al paciente de la posición de Trendelenburg, y retirando de esta manera el resto tumoral perdido.

Cálculos vesicales: En 16 pacientes tuvimos cálculos vesicales de distinto tamaño, que no impidieron mayormente su extracción por esta vía.

Complicaciones postoperatorias. Fístulas vésico perineales: 16 casos de fístula de este tipo registramos en nuestros enfermos, todas fueron transitorias y ninguna definitiva.

Incontinencias de orina: 28 pacientes tuvieron incontinencia transitoria de orina, y no se produjo ningún caso de incontinencia definitiva. De esta complicación, la de mayor duración fue de 40 días, y que cedió con la indicación de Onda Corta y Rayos Infrarrojos en periné.

Estrechez uretral: Sólo 1 enfermo presentó esta complicación postoperatoria.

Impotencia: Se ha mencionado mucho la impotencia como secuela de esta vía. Desgraciadamente, las condiciones ambientales no nos han permitido controlar la existencia o no de esta secuela.

Otras complicaciones: Un gran porcentaje de pacientes que alcanza al 16 %, acusaron complicaciones pulmonares, entre ellas enfisema, esclerosis, y sólo en 3 casos tuberculosis pulmonar abierta.

El 18 % de los pacientes presentaban alteraciones cardíacas de las mismas las más frecuente eran: coronariopatías, insuficiencias cardíacas, y algunas insuficiencias valvulares.

Sólo un 2 % de los enfermos presentaron insuficiencias renales controladas con prueba de concentración.

Secuelas: Como no tuvimos incontinencias de orina definitivas en nuestra casuística, sino que todas fueron transitorias, no podemos incluir entre las secuelas dicha afección.

CONCLUSIONES

La vía perineal para su realización, requiere como todas las técnicas operatorias, un fundamento anatómico que le permita una ejecución efectiva y sin mayores inconvenientes. Es fácil de ser llevada a cabo más que todo por quien tenga interés y dedicación.

La experiencia obtenida a través de numerosos casos operados, nos ha permitido utilizar esta vía con predilección, para los enfermos en que el riesgo quirúrgico era manifiesto. Fundamenta esta elección, la circunstancia de que la vía perineal al abordar la próstata por una zona alejada del peritoneo, evita una gran cantidad de reflejos inhibitorios que se producen por el manejo de este órgano.

Ambas técnicas operatorias son distintas en su vía anatómica, más son completamente iguales en cuanto a la efectividad de sus resultados.

Las complicaciones derivadas del uso de esta técnica, han sido como muestra nuestra estadística, francamente halagüeñas y no hemos tenido aún ni un caso de incontinencia postoperatoria definitiva; y las pocas que se registraron fueron transitorias.

El término medio del tiempo de internación de nuestros pacientes, es en realidad un poco alto; pero creemos que el mismo se debe al medio ambiente de donde procede el enfermo más que al traumatismo quirúrgico a que fue sometido.