

AGUJA-GUIA EN LAS INTERVENCIONES PROSTATICAS POR LA VIA PERINEAL

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

Las dificultades existentes para el abordaje quirúrgico de la próstata por la vía perineal es un hecho real e innegable, por lo que es común que se la abandone a poco que se haya intentado realizarla.

Su complicada anatomía y el reducido espacio ofrecido por el bulbo de la uretra y la pared anterior del recto, tanto más pequeño cuando mayor es la edad del sujeto, exponen a lesionar cualquiera de estos dos órganos, especialmente el último, con todas sus desagradables consecuencias (infección de la herida operatoria) y muy especialmente la persistencia de *una fístula recto-uretro-perineal* por la que el enfermo pierde en forma continua y prolongada, orinas y materias fecal.

La verdad de lo que afirmamos, está demostrado por el hecho de que diestros cirujanos por la vía perineal como Young y Lowsley aconsejaban colocar el dedo en el recto en caso de duda o sistemáticamente como lo hacía el último. Por nuestra parte, consideramos peligrosa la maniobra por la extrema septicidad del medio a la vez que priva al cirujano del uso de una mano.

Estos reales y desagradables inconvenientes lo observamos en algunas de nuestras primeras adenomectomías, prostatectomías totales, reparación de la uretra prostática postadenomectomía, etc., lo que frenó, por otra parte nuestro entusiasmo por tal vía, cuya formal indicación existe sin embargo, en algunas ocasiones (mal estado general en el adenoma, extirpación total de la próstata en el neo incipiente, fístulas uretro-próstata-perineal, etc.).

Con el propósito de subsanar estos inconvenientes: lesión del bulbo, cuya profusa hemorragia resulta sumamente molesta o la pared anterior del recto,

mucho más seria: ideamos un verdadero conductor o carril del instrumento cortante, bisturí o tijera que nos lleva *rápidamente y seguro* al punto deseado.

Nos valemos de la siguiente técnica:

- 1º) Anestesia raquídea, general o local del enfermo.
- 2º) Aguja intramuscular larga de 6 a 8 cm. o raquídea corta (agujaguía).
- 3º) Enfermo en posición ginecológica para el abordaje quirúrgico de la zona.
- 4º) Introducción del índice izquierdo en el recto para que sirva de guía a la aguja.
- 5º) Punción perineal en el rafe con la mencionada *aguja-guía* a un través de dedo por delante del año.

Atravesada la zona del esfínter y núcleo fibroso del periné, la aguja se pone *inmediatamente* en contacto con el índice, a través de la finísima pared anterior del recto, siendo extremadamente fácil seguir la punta en todo su trayecto, hasta el lugar deseado.

Su reconocimiento es sumamente fácil mediante el dedo, aunque de todas maneras es sabido que la punción rectal mediante una aguja no tiene ningún inconveniente (infección o fístula).

A continuación se incide a bisturí la piel y el tejido celular mediante la incisión transversa y cóncava hacia atrás por todos conocida. Todos los planos hasta llegar a la próstata se seccionan y divulsionan con la tijera curva y el dedo índice, *siguiendo fielmente la aguja con absoluta* despreocupación de la anatomía perineal y de los peligrosos vecinos (bulbo y pared anterior del recto).

El tendón central o músculo recto-uretral, punto donde se lesionan con más facilidad la pared anterior del recto, es seccionado sin ningún inconveniente, la tijera y la divulsión siempre sobre la aguja, no perdiéndola de vista en ningún momento y fácil de reconocer, por otra parte, por su contacto metálico, conducen a la próstata u orificio fistuloso. El separador de Farabeuf o una simple valva corta en la pared anterior de la herida, nos permitirán visualizar la aguja en todo su recorrido, llevándonos al sitio deseado.

En las últimas adenomectomías y dos prostatectomías por neo, tuvimos la satisfacción de no lesionar ninguno de los dos órganos realizando una técnica sencilla y segura ante algunos colegas presentes (el doctor Rocattagliatta, entre los urólogos).

Tuvimos oportunidad de comprobar el valor de la aguja-guía, en un interesante caso de obstrucción cicatricial de la uretra posterior post-adenomec-

tomía por la formación de un verdadero diafragma de $1\frac{1}{2}$ cm. de espesor aproximado, que lo condenaba al desdichado enfermo, operado en otro Servicio, a llevar su derivación hipogástrica desde hacía seis meses por la imposibilidad de introducirla por la uretra.

Las uretrografías adjuntas, muestran con toda claridad, la presencia de ese diafragma postoperatorio.

Los cateteres se detenían en la uretra posterior a la altura del diafragma

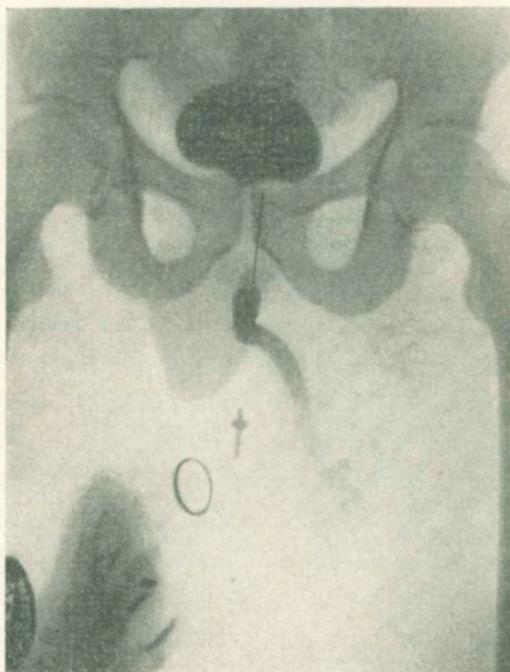


Figura 1
Aguja-guía vista de frente con uretrografía concomitante.

y el tacto rectal permitía apreciar una glándula prostática completamente atrofiada por la extirpación relativamente reciente del adenoma, y por arriba *una induración irregular de 5 cm. de altura aproximadamente*. En esta situación decidimos abordarlo por la vía perineal, que consideramos más accesible, pero con el lógico temor de abrir el recto y la uretra por la ausencia del adenoma y la atrofia de la glándula, y muy especialmente por el *pequeño block cicatricial postoperatorio que unía sólidamente aquellos dos órganos*.

Con la técnica mencionada introdujimos la *aguja-guía* en pleno tejido escleroso y sin ningún inconveniente pudimos separar el recto sin herirlo, dejando algunas fibras induradas sobre su cara anterior.

Con la uretra posterior al descubierto en su trayecto inferior y reconocida después con un benique N° 40 y la punta de otro introducido en la vejiga a través de la fístula hipogástrica y haciendo presión contra el diafragma, seccionamos a bisturí lo que permitió hacerlo aparecer por la herida. A continuación se colocó una sonda a bequille por la uretra que, atravesando el diafragma abierto, penetró sin dificultad en la vejiga; dos puntos profundos de afrontamiento y

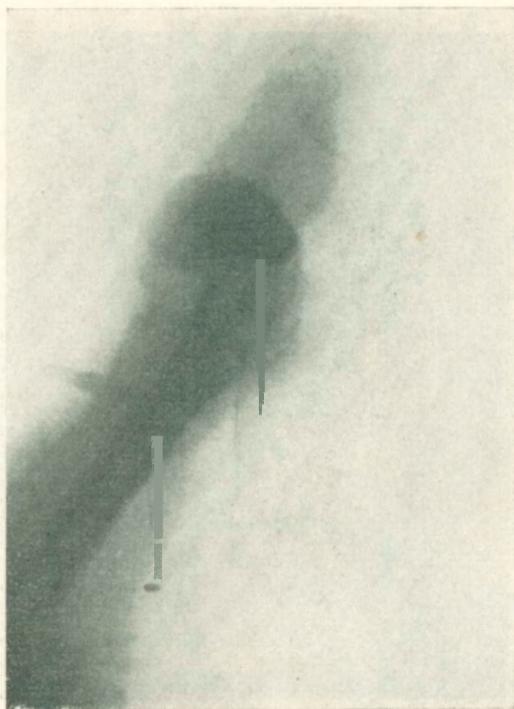


Figura 2

Aguja-guía vista de perfil con uretrocistografía concomitante.

taponaje de la herida con gasa iodoformada. La herida cerró per priman, presentando todavía el enfermo una discreta incontinencia.

En resumen, considero que, mediante la *aguja guía* es posible realizar con relativa facilidad el abordaje perineal de la próstata simplificando una técnica que ofrece serias dificultades, aún en manos muy expertas.

DISCUSIÓN

Dr. Gorodner. — *La idea de la aguja es muy interesante; no para la extirpación perineal, pero sí para las inyecciones prostáticas, las había utilizado*

Young y Lowsley, pudiendo llevar así cualquier producto hacia la glándula prostática. A mi juicio, los diafragmas intervésicoprostáticos se pueden solucionar por la vía alta.

En la Revista de Medicina y Ciencias Afines, hemos publicado dos casos. Uno, de diafragma total intervésico prostático en un enfermo a quien había hecho prostatectomía por vía hipogástrica. En ese caso, tuvimos que volver a abrir la vejiga y pudimos extirpar fácilmente ese diafragma.

En otro enfermo, de la cama 19, del Hospital Pirovano, operado hacía seis meses, que tenía aberturas periódicas de la fístula hipogástrica, volvimos a hacer la abertura de la vejiga y nos encontramos con segmentos valvulares que obstruían y pudimos solucionar el caso extirpando sus colgajos que hacían una coalescencia casi total.

Creo que esta aguja para el primer caso, o sea, la extirpación por vía perineal es muy interesante y en el otro, creo que recurriendo a la antigua técnica, se puede solucionar sin necesidad de ir a la vía perineal, con lo cual evitamos la incontinencia.

Dr. Bernardi. — Evidentemente, yo refiero este último caso del diafragma como una cosa ocasional, para significar cómo se puede llegar a esa vía. Nosotros la hemos utilizado en prostatectomía total por no siguiendo la técnica de Young. Es una vía muy difícil y como digo en el trabajo, los que no tenemos gran experiencia, después de haber hecho 4 o 5 prostatectomías por vía perineal, la hacemos por la vía alta. Al tropezar con inconvenientes, sobre todo, al incidir el músculo bulbo-uretral, o nos metíamos en el bulbo y se provocaban hemorragias o nos metíamos en el recto, porque una cosa es la figura del libro y otra cosa es la cirugía perineal. Nos encontrábamos con que el tiempo pasaba y no podíamos cohibir la hemorragia. El gran problema estaba en la pared del recto. En una ocasión, perforamos la pared anterior del recto, al colocar los dedos, como dicen los libros. Era un inconveniente tan real que cuando el cabo de la Sala sabía que íbamos a hacer una prostatectomía por esa vía, nos miraba serio.

En un principio, seguimos este procedimiento en el cadáver; luego, inyectamos una solución de índigo-carmin a través de la aguja, pero sacándola; así se provocaba un verdadero hematoma y no podíamos identificar los planos.

Creo que se puede llegar perfectamente bien a la próstata dejando la aguja como punto de reparo. Prácticamente, nos hemos olvidado de la anatomía de la región y completando con la divulsión nos encontramos con el recto separado. El mismo Young aconsejaba, una vez abierto el recto, dejar la vía perineal y hacer la extirpación por la vía alta.

La persistencia de la fístula recto-uretro-perineal es muy grande y los enfermos están muchos meses perdiendo materia fecal por la herida perineal.

Dr. Surraco. — *Aquí hay dos aspectos a contemplar: el de la aguja y el de la intervención perineal en caso de impermeabilidad de la uretra. El primer aspecto no se lo voy a discutir al doctor Bernardi. En cuanto al segundo, no hay que ser exclusivista.*

En casos de diafragmas muy bajos, se puede hacer un debridamiento perineal, separar el recto de la vejiga y una vez expuesta la cara posterior de la loge, hacer el pasaje del instrumento. En ese caso, se podría hacer el abordaje, con o sin aguja, pero me parece que esa técnica perineal es aconsejable.

Dr. Bernardi. — *Ese fué el criterio que nos guió a nosotros en el caso que presenté. Me parecía que el diafragma estaba un poco bajo; el espesor me impresionó un poco. A veces, la sustancia de contraste no llega a ponerse en contacto y considerando que la vía alta no iba a ser posible, decidí correr este albur.*

El tacto rectal no revela nada de particular. En estas condiciones urgía proceder, dado el estado del enfermo, y la imposibilidad del sondaje obligó a una intervención de urgencia, efectuándose una talla vesical por vía hipogástrica. Al efectuarla con anestesia local, nos encontramos con marcada infiltración urinosa del tejido celular y de los distintos planos hasta llegar a la vejiga, la cual después de ser reparada, es abierta dando salida alrededor de medio litro de orina turbia; explorada la cavidad vesical, no se encuentra nada de particular. En estas condiciones se procede a efectuar el cateterismo retrógrado de la uretra, utilizando una sonda Nélaton Nº 20, con un mandrin curvo, la cual sin ninguna dificultad es llevada hasta la cara inferior del extremo del glande, donde se encapuchona como en un fondo de saco, no observándose ningún orificio ni ninguna depresión que pudiera significar el meato uretral, es decir que la obstrucción era absoluta: sobre el extremo del catéter que hace neta preminencia, se incinden unos dos milímetros de espesor de pared, y lo suficiente para exteriorizar la sonda que se quita por completo, colocándose en su lugar una bequille Nº 20, que se deja a permanencia. Se coloca sonda de Pezzer en vejiga; se cierra la brecha vesical, se colocan cuatro gramos de polvo de sulfatiazol y se cierra la herida en dos planos dejándose un drenaje de goma. El enfermo, regularmente shockado, reacciona bien a los sueros glucosados y cloruros y a la tonificación cardíaca de práctica; se administran 500.000 unidades de penicilina a razón de 50.000 unidades cada tres horas. A los ocho días el enfermo había reaccionado bien, se le quitó la sonda hipogástrica y los puntos cutáneos, dejándose el cateter uretral. En la semana siguiente el estado general del enfermo se hace malo, y la presencia de un absceso del ángulo peno-escrotal obliga a retirar la sonda de la uretra y reponer la Pezzer por la cicatriz hipogástrica. El estado del enfermo sigue decididamente malo, no reaccionando a la terapéutica instituida, entrando en insuficiencia cardíaca y falleciendo de un colapso al mes de la operación.

Segunda observación. — S. D., 83 años, casado.

Desde hace diez años, con intervalos de tres a cuatro meses, padece de abscesos de fiebre remitente, que duran tres a cuatro días, cediendo al tratamiento sulfamidado. Sospechándose enfermedad tropical, es internado en un servicio hospitalario para su estudio, sin que se consiguiera aclarar ese concepto. Visto el enfermo hace unos quince días, encontramos orinas marcadamente piúricas, revelando el examen clínico una marcada estenosis prepucial con adherencias firmes al glande, que se palpaba con su extremo duro, acartonado y nada doloroso: se visualizaba el meato pequeño y rígido, no permitiendo el pasaje de una bujía filiforme, debiéndose practicar el desbridamiento del mismo para liberar la corriente urinaria. Cinco días más tarde se reseca el prepucio que se encuentra adherido íntimamente al meato uretral, duro y escleroso, incindiéndolo y extrayendo material para biopsia.

Pasaremos a describir el examen microscópico del material de biopsia preparado según técnica habitual y coloreado con hemateína eosina.

a) *Biopsia de un trozo de prepucio:* Se observa tejido con revestimiento malpighiano, que es netamente escleroso, llegando en algunas zonas hasta la hialinización de las fibras conjuntivas. El epitelio está caracterizado con una marcada atrofia de todos sus elementos, con modificación de la capa basal cuyas células son irregulares y están unidas entre sí por substancia de cementación espesa que deja amplio espacio intercelular. La capa espinosa está formada por dos o tres filas de células alargadas transversalmente, unidas entre ellas por substancia de cementación

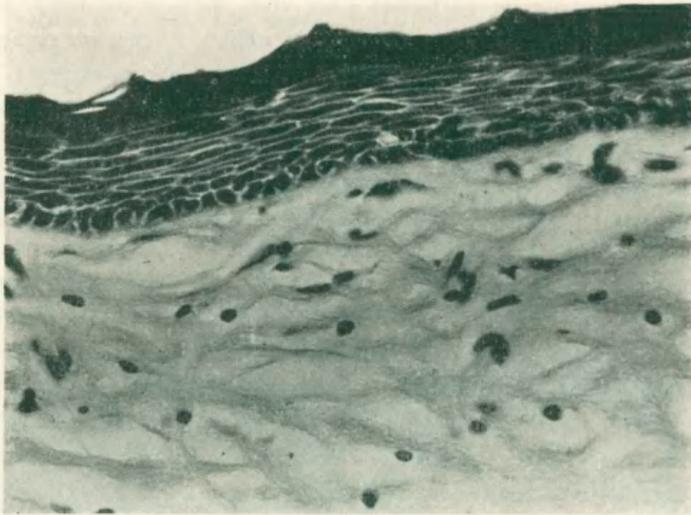


Figura 1
Microfotografía de un trozo del prepucio.

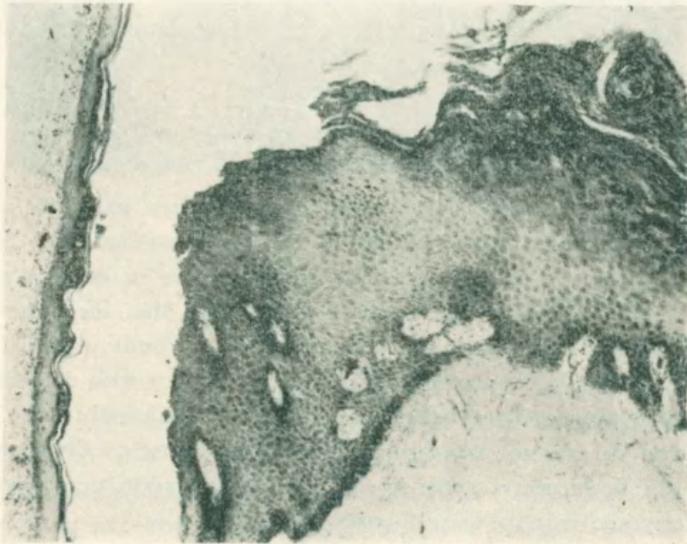


Figura 2.
Microfotografía de un trozo del prepucio a mayor aumento.

espinosa. El estrato granuloso está atrofiado, y la capa de elcidina es muy pequeña. Debajo del epitelio existen zonas de infiltrado linfocitario.

b) Trozo de biopsia correspondiente al tejido del meato: Se observa tejido conjuntivo

ricamente vascularizado con capilares de neo-formación; infiltrado linfocitario e histiocitos; el epitelio está caracterizado por un marcado espesamiento de todo su conjunto, con numerosos mamelones de tipo acantósico, que penetran en el corion: los elementos constituyentes del epitelio,

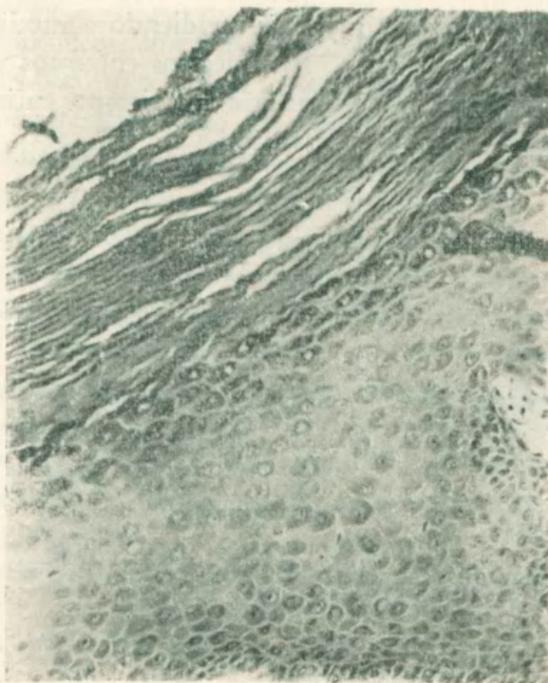


Figura 3

Microfotografía de un trozo de mucosa del meato uretral.

aparentemente normales, se caracterizan por el mayor espesor de la capa espinosa, de la capa granulosa y de una intensa proliferación del estrato lucidum con marcada queratosis.

Estas biopsias corresponden a nuestra segunda observación.

CONCLUSIONES

Las balanopostitis repetidas, el estado de irritación crónica por diversos factores locales o generales, son las causas más aceptadas de los cuadros que acabamos de presentar. Lógicamente la presencia de un prepucio más o menos estrecho o simplemente largo constituyendo un obstáculo total o parcial para el descubrimiento del glande, resulta factor indispensable, de aquí la conclusión que debe aconsejarse la postectomía profiláctica en todos esos casos, poniéndose así a cubierto de complicaciones que pueden ser de mucha gravedad.

En cuanto al tratamiento, nada de definitivo, salvo el corriente para asegurar la permeabilidad suficiente del canal, dilataciones que deben repetirse con una frecuencia desesperante dada la rápida recidiva de la estenosis. Debe por supuesto investigarse toda posible enfermedad de fondo, ya específica o de otra naturaleza. Creemos que la carencia vitamínica tenga un rol importantísimo en esta afección. Han sido ensayados también los rayos B, tendiendo a modificar el estado local de la mucosa, pero sin mayor éxito. En nuestros enfermos uno de ellos falleció antes que pudiéramos seguir la observación un tiempo suficiente, en cuanto al otro sigue aun en tratamiento y observación.

BIBLIOGRAFIA

1. Importancia de las Esclerodermias en algunos síndromes genitales. A. Guyerot. "Monde Medical", Enero y Febrero de 1944, pág. 1.
2. Esclerodermias en bandas y esclerodermias en placas sin infiltrado. "Sdad. Dermatologie Franc.", 21 de Mayo de 1931. N° 5, pág. 758.
3. Esclerodermia atípica. Item. 8 de Diciembre de 1932.
4. Tres formas de esclerodermias atípicas. "Archives de la Clinique de St. Louis, Junio de 1933, N° 18, pág. 231.
5. Fimosis esclerosa (Craurosis del pene). D. Weissenbach, P. Fernet y Faubourg. "Sdad. Der. Franc.", 12 de Noviembre de 1936, pág. 1630.
6. Stühmer. — "Arch. für derm. und Syph.", 156 BD, N° 3, pág. 613, año 1928.
7. Midana. — Giornale Ital. de P. D.i'. 1936, fasc. II-XIV, pág. 275.

DISCUSION

Dr. Irazu. — *Deseo contribuir al interesante trabajo de los Dres. Trabucco y Comotto, con un caso que he atendido recientemente.*

Se trataba de un señor de unos 70 años, que manifestaba ligeros trastornos urinarios. Al examen, se constató una estrechez filiforme del prepucio, del tipo de una atresia. Los trastornos del paciente databan desde su niñez, era una lesión congénita.

Es interesante la tolerancia de estos procesos con respecto a la vía urinaria a pesar de que el desequilibrio se manifiesta en un momento dado, en forma si se quiere brusca, lo que se debe a la alteración progresiva que se ha hecho por la presión retrógrada de la orina y la infección de su aparato urinario.

Dr. Granara Costa. — *He tenido oportunidad de observar varias de esas balanopostitis xeroplásticas. En estos casos, considero que es conveniente el estudio del terreno. En algunos de ellos, he encontrado un terreno diabético.*

Por ello, es importante el estudio de la diabetes en todas estas afecciones del surco balano-prepucial.

Dr. Comotto. — *Agradezco la colaboración de los Dres. Irazu y Granara Costa. A este último, le diré que es de suma importancia dilucidar el fondo de lo que se trata.*

Tanto es así, que recordamos un caso del Hospital Nacional Central. Era un paciente, de unos 70 años, viejo tuberculoso diabético y específico, que tenía una lesión de tipo estenosante de glande y una lesión muy curiosa que obstruía progresivamente, desprendiéndose como capas de estearina del glande. El estudio patológico que efectuó el Dr. Fernández Luna determinó que se trataba de una leucoplasia del glande. El meato se obstruía con una frecuencia y constancia extraordinaria. Día por medio debían hacérsele dilataciones para que este hombre pudiera emitir la orina. Y todo eso a pesar del tratamiento de su tuberculosis y de su diabetes.

Ante la amenaza de una evolución cancerosa, se procedió a una resección de todo el glande. En una próxima reunión, vamos a traer la pieza y el estudio histológico que es muy interesante.