

CAPITULO II

OPERACIONES PROSTÁTICAS

I.—Prostatectomía perineal subcapsular

A. — INDICACIONES

Muchos enfermos en los cuales se encuentra indicada la prostatectomía transvesical en dos tiempos, pueden ser operados mediante la prostatectomía perineal, pues siendo operación mucho más benigna que la transvesical y efectuándose en ella un drenaje declive, la soportan perfectamente aquellos enfermos que no podrían resistir la prostatectomía transvesical en un tiempo. Entre estos enfermos se encuentra mayormente indicada en los siguientes casos:

1.º *En los enfermos obesos.*— En estos enfermos resulta muy dificultosa la enucleación por vía hipogástrica, a causa de la gran profundidad en que se encuentra situado el adenoma por el grosor de las paredes abdominales. En ellos se ha aconsejado la extirpación, en los alrededores de la herida operatoria, del paquete adiposo subcutáneo, con el fin de aproximarnos al adenoma. Sin embargo, esto representa un aumento del traumatismo operatorio, con los peligros de infección consiguientes. En cambio, operando por el periné, la próstata se encuentra a menor profundidad y la operación se hace en mejores condiciones; por otra parte, estos enfermos ofrecen menor resistencia y, por lo mismo, soportan mejor la prostatectomía perineal.

2.º *En los enfermos portadores de hernias grandes.*— En estos enfermos la prostatectomía perineal se encuentra también indicada, especialmente si, como ocurre con frecuencia, son enfermos obesos.

3.º *En los enfermos infectados, con mal estado general.*— En estos enfermos, en los cuales la prostatectomía transvesical desdoblada exige a veces mucho tiempo preparatorio, necesitan para su completa curación una larga permanencia en la Clínica, que les desanima extraordinariamente. En cambio, con la prostatectomía perineal el período operatorio se hace mucho más corto.

4.º *En los enfermos con insuficiencia renal, azotémicos o tarados.*— En estos enfermos, por la benignidad de la prostatectomía perineal, puede efectuarse la operación sin esperar a que el funcionalismo renal se encuentre en condiciones tan perfectas como para la enucleación por vía transvesical.

5.º *En los enfermos con prostatitis supurada.*— En estos enfermos la enucleación del adenoma puede efectuarse en el mismo acto operatorio que la abertura del absceso por vía perineal.

6.º *En los enfermos con peri-prostatitis acompañada de fistula rectal o perineal.*— También en estos enfermos la operación por vía perineal puede suprimir el adenoma y corregir la fistula.

7.º *En los adenomas sospechosos de degeneración maligna.*— En estos enfermos es conveniente actuar por vía perineal, pues si en el acto operatorio observamos que con la enucleación no se hace una operación perfecta, podemos remediarlo por medio de la prostatectomía perineal extracapsular. En esta misma forma debemos proceder cuando hemos diagnosticado previamente en el espesor del adenoma un nódulo neoplásico bien encapsulado.

8.º *En los adenomas que forman solamente gran prominencia rectal.*— Si en estos enfermos el adenoma no forma eminencia alguna hacia el interior de la vejiga, la enucleación por vía transvesical es bastante engorrosa. En cambio, abordando la próstata por el periné, el adenoma se enuclea con mucha facilidad.

B. — INSTRUMENTAL

Hacen falta los siguientes instrumentos:

2 escalpelos; 2 pinzas disección de diente de ratón; 2 pinzas disección largas, una diente de ratón y otra ordinaria; 2 tijeras, recta y curva; unas tijeras largas curvas; 6 pinzas de ropa; 12 pinzas de Pean; 12 pinzas de Kocher largas; una aguja de Reverdin curva; una aguja Doyen; un portaguja; 6 agujas de sutura de radio muy pequeño; una sonda de bocio de Kocher o el enucleador de Young; una sonda acanalada de Guyon; una

sonda acanalada curvada; una valva de Proust; una aguja de Deschamps; varias valvas vaginales de tamaños diversos; 2 pinzas-tenazas de Pauchet; 2 separadores pequeños; 4 pinzas de Museux; una cucharilla; una pinza de

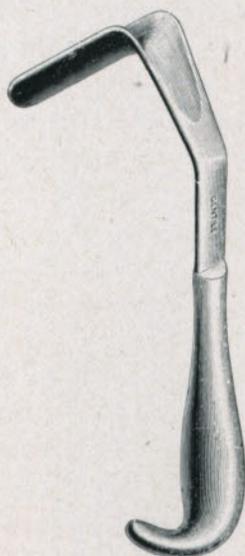


Figura 300
Valva de Proust

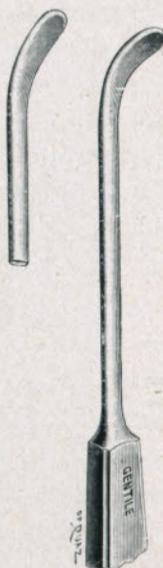


Figura 301
Eucleadores de Young, de
dos curvaturas diferentes

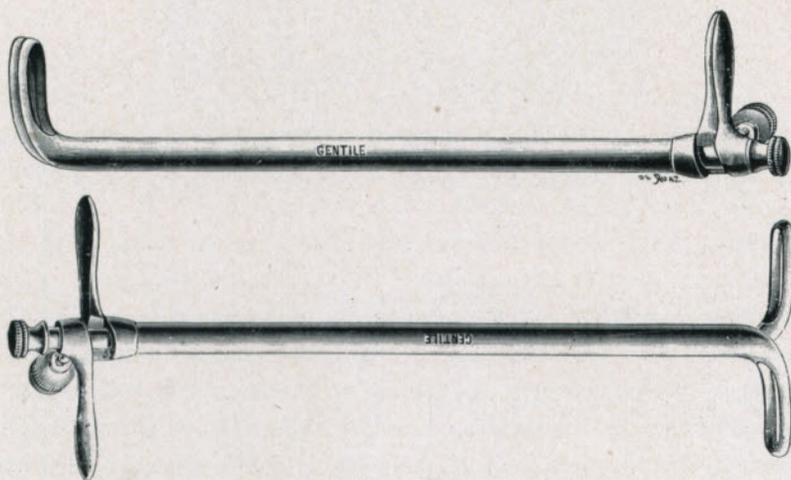


Figura 302
Desenclavador de Young, cerrado y abierto

cálculo renal; 2 pinzas forceps; 2 pinzas de bocados triangulares; desenclavador de Young; 2 tubos de drenaje; una sonda Pezzer; 4 sondas bequille y jeringa de lavados vesicales.

C. — CUIDADOS PRELIMINARES Y POSICIÓN DEL ENFERMO

Los días anteriores a la operación se practicarán lavados vesicales antisépticos, con el fin de colocar la orina en las mejores condiciones de asepsia posibles.

El enfermo tomará un purgante el día antes de la operación. Es conveniente también que evacúe su intestino por medio de enemas.

Todos los órganos genitales, región pubiana, ano y sus alrededores serán rasurados y preparados para la operación.

Antes de la operación se hará un lavado uretral seguido de un lavado de la vejiga con solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000, practicado por medio de una sonda bequille, estando el enfermo en posición horizontal.

El enfermo será colocado en posición de talla perineal, con las piernas completamente elevadas, bastante dobladas y separadas. La región sacra rebasará ligeramente el borde de la mesa y el tronco del enfermo será colocado en posición ligeramente inclinada, o bien será elevada la región sacra por medio de un soporte de madera intercalado entre el enfermo y la mesa de operaciones, dispuesto en forma que la región sacra de éste forme plano inclinado hacia el dorso del mismo.

D. — ANESTESIA

La anestesia preferible es la raquí-anestesia, que se hará en la forma descrita en la página 375. La inyección será practicada en sitio bastante bajo de la región lumbar. Puede utilizarse también, en estas operaciones perineales, la anestesia epidural.

E. — MANUAL OPERATORIO

La técnica de la prostatectomía perineal comprende dos partes: 1.^a Una en la cual se aborda la cara posterior de la próstata, que es común a todas las operaciones que tienen que practicarse sobre este órgano por la vía perineal. 2.^a Otra parte, representada por la enucleación del adenoma prostático.

a) *Técnica quirúrgica para abordar la próstata.*

1.^o *Puntos de referencia.* — Para el trazado de la incisión nos sirven muy bien el bulbo, ano y las dos tuberosidades isquiáticas.

En los sujetos delgados, el relieve que forma el bulbo se reconoce muy bien, a simple vista, poniendo tensa la piel de la región perineal. Si no es perceptible a simple vista, puede reconocerse por medio de la palpación, deslizando el dedo pulgar de delante hacia atrás por encima de la región bulbar de la uretra, hasta que se nota una depresión, que indica

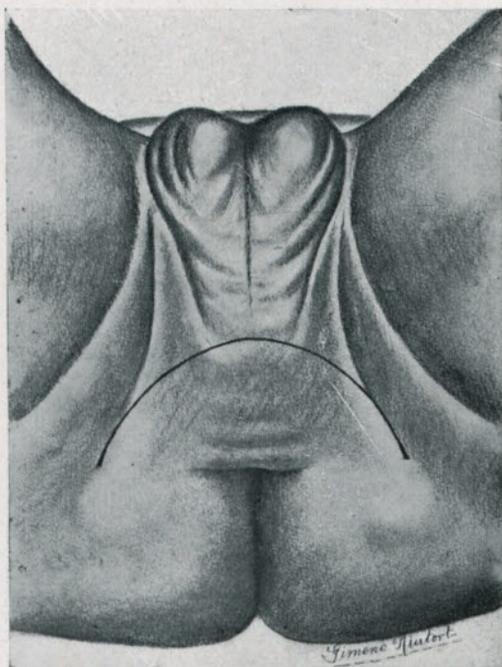


Figura 303

Incisión cutánea semicircular para abordar la próstata por el periné

que la eminencia bulbar ha terminado. Este sitio, es decir, el límite posterior del bulbo, corresponde a dos traveses de dedo por delante del ano; en los sujetos viejos se halla situado más cerca del ano, consecuencia de la dilatación de la región bulbar, y en los jóvenes se encuentra más alejado.

Las tuberosidades isquiáticas son perfectamente visibles a simple vista en los sujetos delgados, o bien se encuentran muy fácilmente por la palpación, deslizando los pulgares desde la región perineal hacia fuera.

2.º *Incisión cutánea.*—Tiene la forma de un arco con la concavidad dirigida hacia atrás. Las extremidades de la incisión llegan hasta las tuberosidades isquiáticas, y la parte más convexa y anterior corresponde a la extremidad posterior del bulbo uretral (fig. 303). Se procurará que esta incisión corresponda a un arco de círculo no muy pronunciado.

Puede utilizarse también una incisión longitudinal que, empezando a nivel de la raíz de las bolsas, termine a un través de dedo por delante del ano. Esta incisión puede emplearse para la abertura de abscesos de la próstata y para la enucleación de pequeños adenomas, pues cicatriza más fácilmente la herida operatoria. No puede servirnos para aquellas operaciones prostáticas que necesitan mucho campo operatorio.

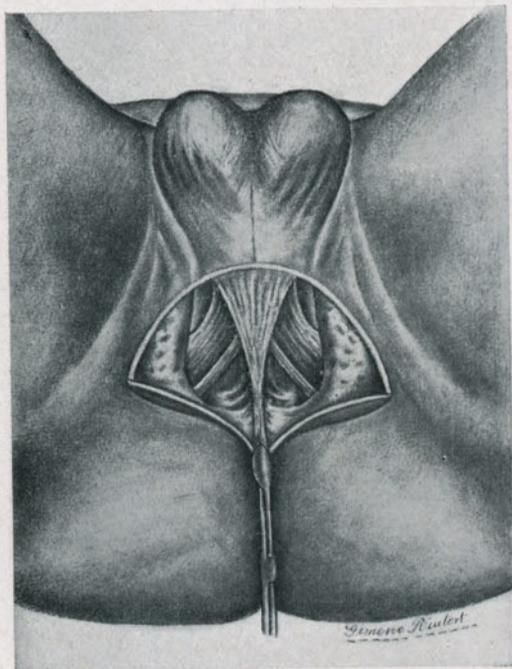


Figura 304

Aislamiento del rafe muscular superficial

3.º *Descubrimiento del bulbo y rafe muscular superficial.*—Debajo de la piel se encuentra una capa de tejido célula-grasiento, bastante desarrollada en los sujetos obesos. La incisión podrá profundizar bastante hacia las dos extremidades de la misma, en donde el tejido célula-grasiento se continúa profundamente con la grasa de la fosa isquio-rectal. En el centro se incidirá con cuidado, deteniéndose cuando aparezcan las fibras musculares del músculo bulbo-cavernoso o bien el rafe ano-bulbar.

Para descubrir el rafe ano-bulbar, es conveniente ponerlo tenso por medio de una pinza implantada en el labio posterior de la incisión, por delante del ano (fig. 304). Tirando de esta pinza y de la raíz de las bolsas, forma prominencia el rafe fibroso, destacándose claramente en el es-

pesor de la grasa perineal. Es conveniente extirpar la grasa que recubre y enmascara al rafe fibroso y la confluencia en dicho sitio de los músculos transversos superficiales del periné, al igual que la extremidad del bulbo uretral. Los músculos transversos son ligeramente oblicuos ha-

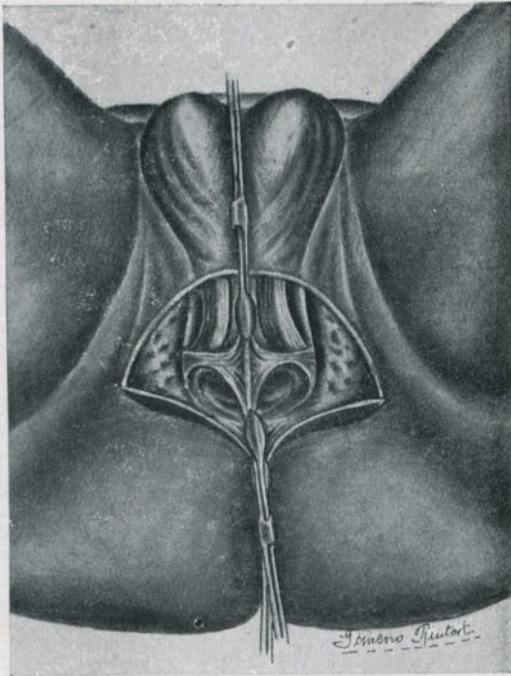


Figura 305

Descubrimiento del rafe fibroso profundo

cia adelante y hacia dentro, como resiguiendo los músculos isquio-cavernosos.

4.º *Sección del rafe fibroso superficial y aislamiento del bulbo.*

—El rafe fibroso superficial une íntimamente el esfínter del ano al bulbo uretral. Para separarlos debe seccionarse esta cuerda fibrosa al ras del bulbo. Después debe aislarse la extremidad posterior del bulbo uretral hasta la cara superior del mismo, cortando los rafe fibrosos, siempre en contacto del bulbo y lejos del ano.

5.º *Sección del rafe fibroso profundo.*—Para aislar perfectamente el bulbo y separar el ano y parte inmediata del recto hacia atrás, debe cortarse un rafe fibroso más profundo, que une el borde posterior del transverso profundo del periné a la parte superior del esfínter del ano (figura 305). Se pone tenso este rafe colocando una pinza en el esfínter del

ano y otra en la extremidad posterior del bulbo. Seccionado con tijeras o bisturí, siempre en contacto del bulbo, este rafe fibroso, puede aislarse bien el bulbo uretral hasta la uretra membranosa y reclinarlo hacia delante, con lo cual queda perfectamente distanciado el bulbo del ano.

6.º *Sección del músculo recto-uretral.* — Sosteniendo el bulbo hacia delante, por medio de un separador o de una pinza aplicada en su

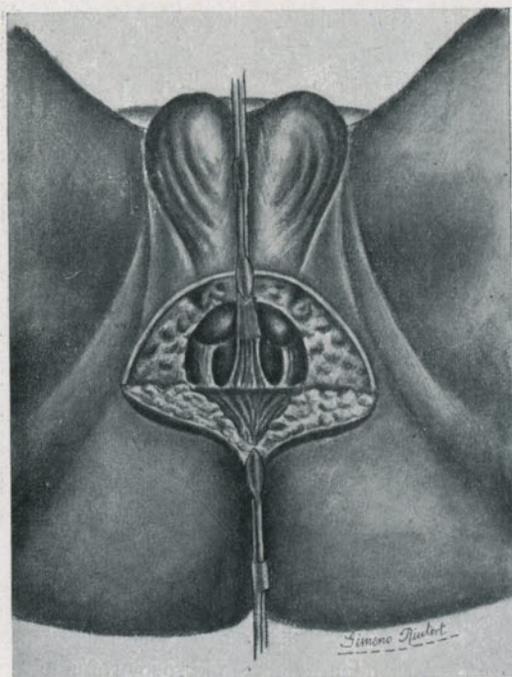


Figura 306

Descubrimiento del músculo recto-uretral

extremidad y limpiando la región de la grasa que enmascara los relieves musculares, especialmente hacia fuera y hacia delante, puede descubrirse la uretra membranosa que emerge de la cara superior del bulbo y se dirige hacia el pico de la próstata, la cual queda oculta por el músculo recto-uretral. En caso de necesidad o por estar poco habituado a la disección de la región perineal, será conveniente introducir en la uretra una gruesa sonda bequille, con el fin de que marque bien la uretra membranosa.

Poniendo entonces tirante la región por medio de la pinza aplicada en el borde anterior del esfínter del ano y rechazando el bulbo hacia delante, aparece claramente visible el músculo recto-uretral, formando una bande-

leta fibrosa que une, en la profundidad del campo operatorio, la prominencia que forma la parte anterior del recto, a nivel del vértice de la próstata, con la uretra membranosa (fig. 306). Esta lámina fibrosa, tendida horizontalmente entre los bordes inferiores de las aponeurosis pubo-próstato-rectales (página 517), cierra por abajo el espacio próstato-rectal, im-

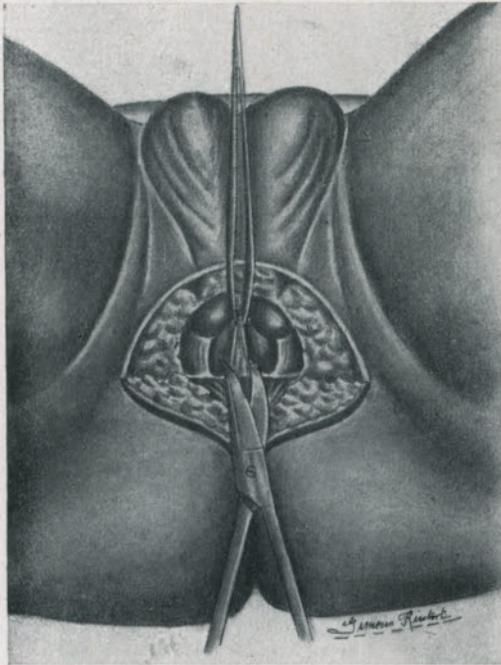


Figura 307

Sección del musculo recto-uretral

pidiendo el acceso a la cara posterior de la próstata y sujetando la convexidad del recto a la uretra membranosa.

La sección de este rafe fibroso, a fin de poder abrir el espacio próstato-rectal, debe hacerse con mucho cuidado, pues es el sitio en donde con más facilidad se lesiona al recto. Se realizará por medio de tijeras, cerca de la uretra membranosa. La sección debe ser corta y a fin de facilitarla es conveniente ponerlo tenso pellizcándolo, por medio de unas pinzas de disección, en contacto de la uretra membranosa (fig. 307).

7.º *Descubrimiento de la cara posterior de la próstata.*—Seccionado el músculo recto-uretral, es decir, abierto por abajo el espacio despegable, puede introducirse el dedo índice en dicho espacio y disecarlo con una rapidez asombrosa en toda la altura de la cara posterior de la

próstata. Esta queda separada del recto. Los dedos índices, rechazando hacia fuera las aponeurosis pubo-próstato-rectales contra la cara interna de los elevadores del ano, agrandan lateralmente el espacio. Las paredes de éste deben ser completamente lisas, de un aspecto semi-seroso, y el aislamiento de la próstata del recto no debe producir hemorragia alguna;

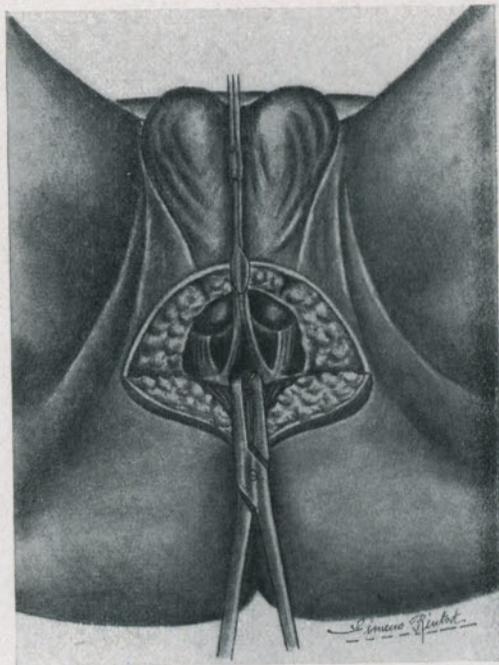


Figura 308
Abertura del espacio próstato-rectal

pues si hemos caído en el verdadero espacio despegable, que representa el fondo de saco de Douglas primitivo (fig. 308), sólo algunos tractos celulosos, muy fáciles de romper, unen la próstata al recto, y una vez separados recuperan las paredes del espacio próstato-rectal su aspecto primitivo. En los casos de inflamaciones peri-prostáticas se pierde algo este aspecto seroso.

Si no hemos caído en el verdadero espacio despegable y se produce alguna hemorragia, es señal que nos encontramos en alguno de los otros espacios celulosos, en contacto de la próstata o del recto. Será conveniente, en este caso, rectificar el despegamiento hecho y buscar el verdadero plano despegable, casi siempre en contacto de la próstata.

Abierto el espacio próstato-rectal, será rechazado el recto hacia atrás

por medio de una valva de Proust, con la cual se hace más fácilmente visible la cara posterior de la próstata (fig. 309). Profundamente, la punta de esta valva puede despegar la parte superior del espacio próstato-rectal si nos conviene para el acto operatorio.

b) *Enucleación prostática.* (Procedimiento de Wildboltz.)

La prostatectomía perineal, según las técnicas de Albarran y Proust, no efectuándose por enucleación, sino por despedazamiento de la prósta-

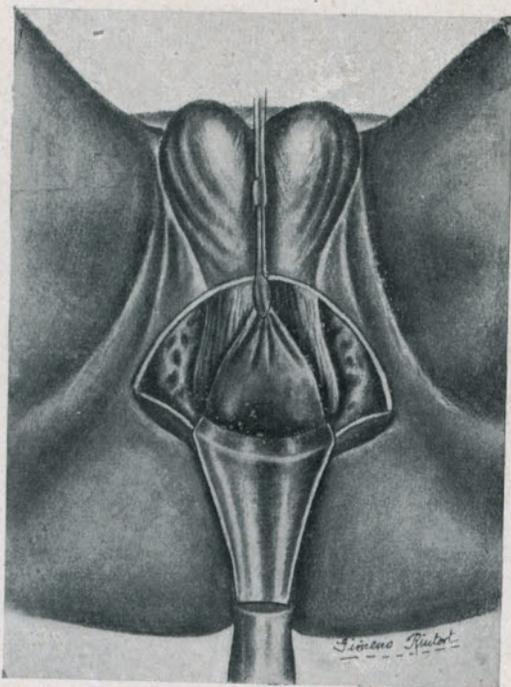


Figura 309

Rechazando el recto hacia atrás, por medio de la valva de Proust, se hace muy visible la cara posterior de la próstata

ta, expone a dejar algún fragmento de adenoma; en este caso puede persistir la retención. Por otra parte, los conductos eyaculadores son irremisiblemente sacrificados.

La prostatectomía perineal, según el procedimiento de Young, es una verdadera enucleación de los lóbulos prostáticos, en forma que se procura conservar los conductos eyaculadores. Sin embargo, como se incide la uretra membranosa, puede quedar incontinencia de orina y, por otra parte, dejar olvidado algún adenoma retro-cervical.

Con la técnica de Wildboltz no se incide la uretra membranosa y, por lo tanto, queda íntegro el esfínter externo, conservándose además los conductos eyaculadores; la extirpación del adenoma se hace por verdadera enucleación, como en la prostatectomía transvesical, sin dejar olvida-

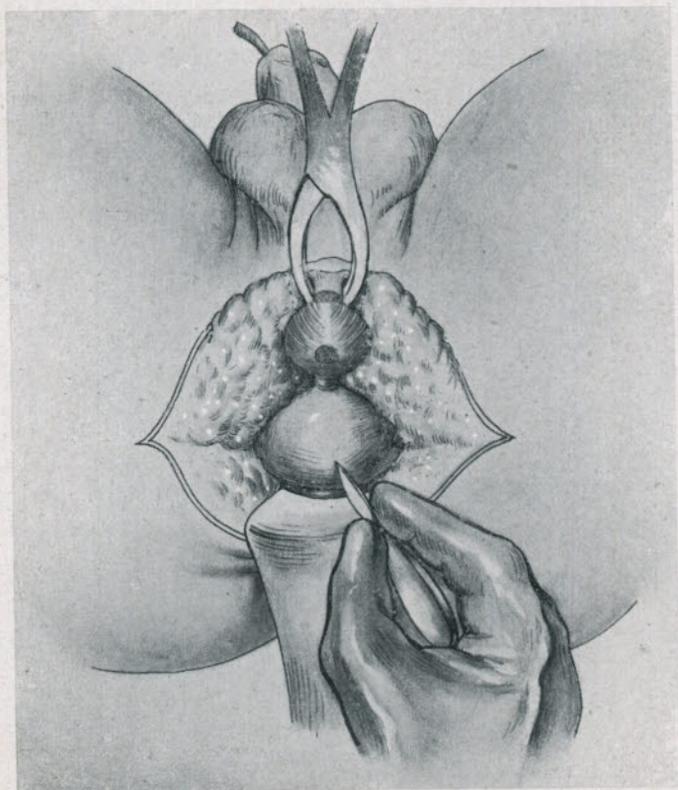


Figura 310

Incisión de la cápsula prostática, en la línea media y cerca de la base de la próstata

dos pequeños adenomas. La uretra prostática queda, por otra parte, en las mejores condiciones de integridad posible.

Comprende los siguientes tiempos:

1.º *Incisión prostática.*—Se practica en la línea media una incisión longitudinal que, arrancando de la base de la próstata, termine en el centro de la cara posterior de este órgano, muy alejada por lo tanto del vértice de la próstata y uretra membranosa (fig. 310). Esta incisión comprende solamente la cápsula adenomatosa, es decir, la cápsula fibrosa y la cubierta que la glándula prostática forma al adenoma.

Puede, sin embargo, profundizar la incisión hasta la uretra prostática. Por la abertura uretral, en este caso, se introducirá el desenclavador de Young con el fin de facilitar la enucleación, y en la superficie de sección practicada buscaremos el «pla de clivage», en cuyo sitio empezaremos la enucleación adenomatosa (fig. 311).

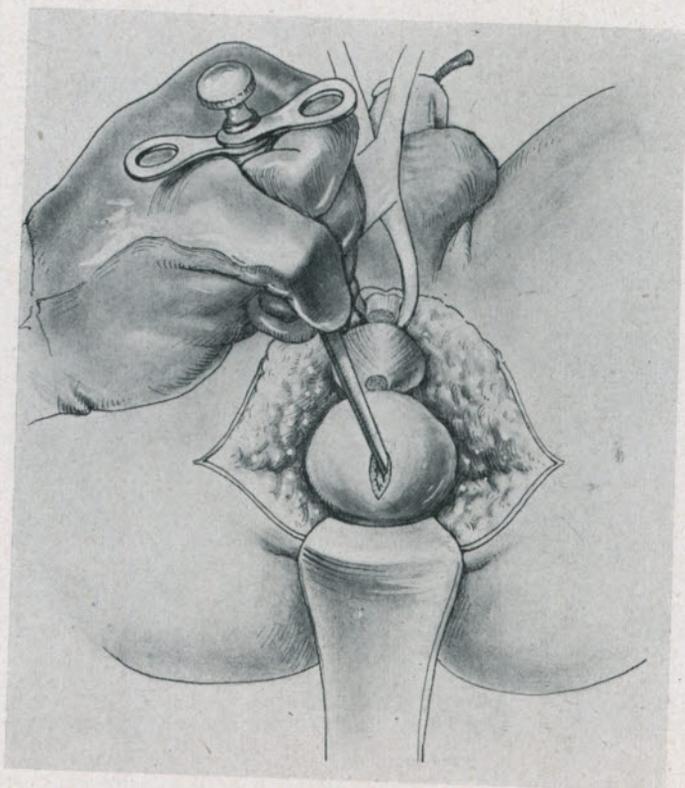


Figura 311

Introducción del desenclavador de Young en la cavidad vesical

2.º *Enucleación de la parte inferior del adenoma.* — Con una pinza de disección y la sonda de bocio de Kocher buscaremos, a uno y otro lado de la incisión prostática, el «pla de clivage», disecándolo ligeramente. Introduciendo por dicho sitio el dedo índice de la mano derecha, enuclearemos la mitad derecha de la próstata, procurando no rasgar la uretra ni cuello de la vejiga.

Introduciendo luego el dedo índice de la mano izquierda por la parte izquierda del «pla de clivage», enuclearemos después la mitad izquierda del adenoma. Terminaremos este tiempo de la operación procurando desprender el adenoma de la superficie de la uretra prostática, en la mayor

extensión posible; para esto le despegaremos hacia arriba, hasta que la adherencia entre ambas partes no permita su separación. Este sitio corresponde a la parte de uretra prostática situada por encima del verumontan-

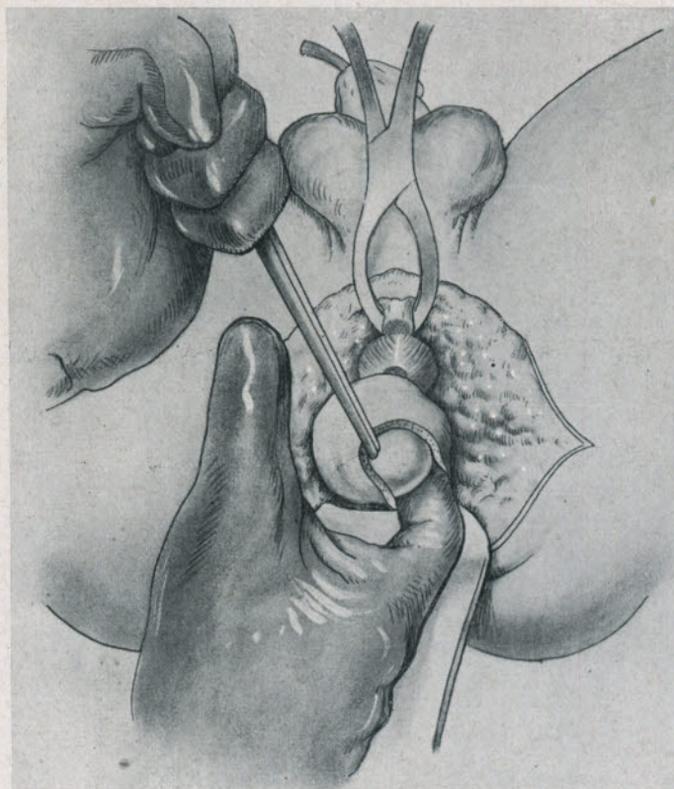


Figura 312

Valiéndose del desenclavador de Young para hacer la próstata más asequible, enucleamos con el dedo índice la mitad derecha del adenoma. (Ligera modificación a la técnica de Wildboltz, según Pauchet)

rum, en cuyo punto el adenoma prostático adhiere íntimamente a la uretra.

3.º *Sección uretral inferior e introducción del desenclavador de Young.*—La uretra prostática es seccionada en sentido transversal en el punto en que comienza la adherencia con el adenoma prostático. Este queda entonces desprendido, en su parte inferior, de la cápsula prostática, pudiendo ser exteriorizado de la celda.

Por la abertura inferior del adenoma se introduce el desenclavador de Young en la vejiga urinaria. En el interior de ésta se abre, colocando sus ramas en sentido transversal.

4.º *Enucleación de la parte superior del adenoma.* — Al mismo

tiempo que exteriorizamos la próstata por medio del desenclavador de Young orientando las ramas de éste en posiciones adecuadas, con el fin de deprimir hacia el periné las elevaciones intravesicales del adenoma pros-

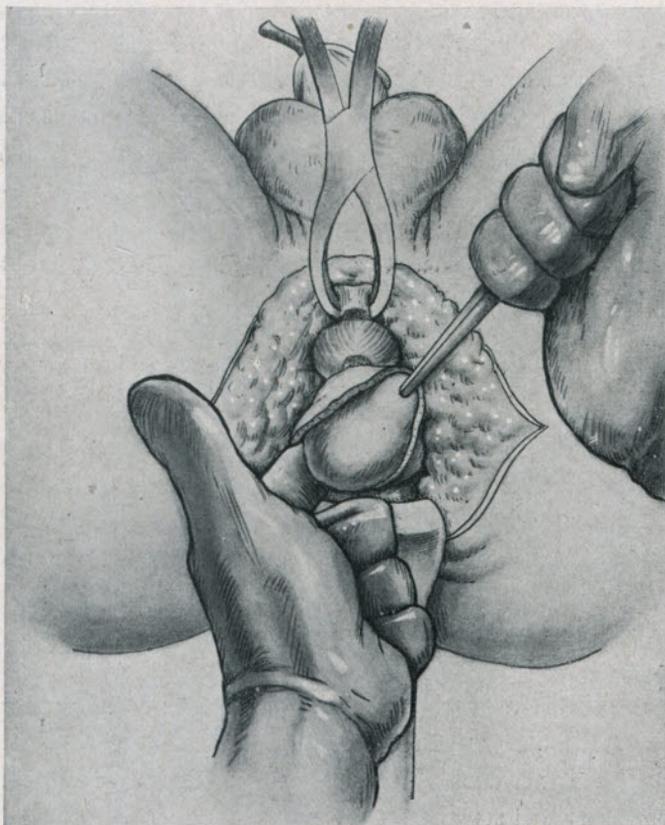


Figura 313

Enucleación de la mitad izquierda del adenoma

tático, vamos enucleando la mitad superior del adenoma, desprendiéndole de las paredes de la vejiga y de la zona de uretra prostática inmediata al cuello vesical. El adenoma acaba por estar completamente enucleado, quedando retenido solamente por su adherencia a la uretra prostática, por debajo del cuello de la vejiga.

5.º *Sección uretral superior.* — La uretra prostática es seccionada transversalmente por encima del sitio en donde está fusionada con el adenoma. Este queda entonces completamente libre.

La sección debe realizarse en forma que deje en perfecta integridad al cuello de la vejiga y conserve la mayor parte de uretra pros-

tática inmediata. Con el adenoma extirpamos, pues, una parte de uretra prostática supra-montanal, que procuraremos sea lo más corta posible, con el fin de anastomosar los dos extremos uretrales que han quedado libres.

En este momento exploraremos, con el dedo índice, la cavidad vesical a fin de ver si se encuentra algún cálculo o bien queda algún adenoma olvidado. Al mismo tiempo debemos practicar una revisión de las paredes del cuello, con el fin de reconocer si se encuentra algún pequeño adenoma intra-cervical; esta revisión la realizaremos introduciendo el desenclavador de Young en la vejiga, y palpando esta zona con el dedo índice, que recorre la superficie externa de la vejiga y la comprime contra las ramas del desenclavador.

6.º *Sutura uretro-vesical.* — En el orificio de la uretra inmediato al cuello de la vejiga se aplican cuatro puntos de catgut, uno de ellos en la pared superior, otro en la pared inferior y otros dos en las laterales, dejando cada uno enhebrado con una aguja curva; cada punto será pasado luego por la abertura inferior de la uretra en la misma forma. El punto superior, una vez anudado, restaurará la pared superior de la uretra; se introduce luego en la vejiga una sonda bequille, que será la que realizará el drenaje vesical y derivación de orina. Se anudan después los puntos laterales y el de la pared inferior, con lo cual queda restaurada la continuidad uretral.

La uretra, restaurada en la forma que acabamos de indicar, atraviesa el centro de la celda prostática, quedando entre la superficie externa de la uretra y la interna de la cápsula prostática una cavidad muy reducida que antes ocupaba el adenoma.

7.º *Drenaje y sutura de la cápsula prostática.* — En la cavidad que queda entre la uretra y la celda prostática se coloca un pequeño tubo de drenaje envuelto con gasa yodofórmica. En los extremos de la celda prostática se aplican dos o tres puntos de sutura, con el fin de disminuir su abertura; por el centro de ésta sale el tubo de drenaje.

Si no es posible efectuar la anastomosis uretro-vesical, se realizará el drenaje perineal mediante una sonda de Pezzer que, introducida en la vejiga, salga por el periné. Se dejará, al mismo tiempo, una sonda uretral introducida en la vejiga, colocándose en la celda prostática un taponamiento de gasa al rededor de la sonda de Pezzer. El lavado de la vejiga puede realizarse entonces, introduciendo el líquido por la sonda uretral y saliendo por la sonda de Pezzer perineal (fig. 314).

8.º *Sutura cutánea.* — Uno o dos puntos de sutura, con crin de Flo-

rencia o lino, serán aplicados en cada extremo de la herida cutánea con el fin de disminuir su longitud. No se practica sutura muscular alguna.

9.º *Ligadura de los conductos deferentes.*—Es conveniente prac-

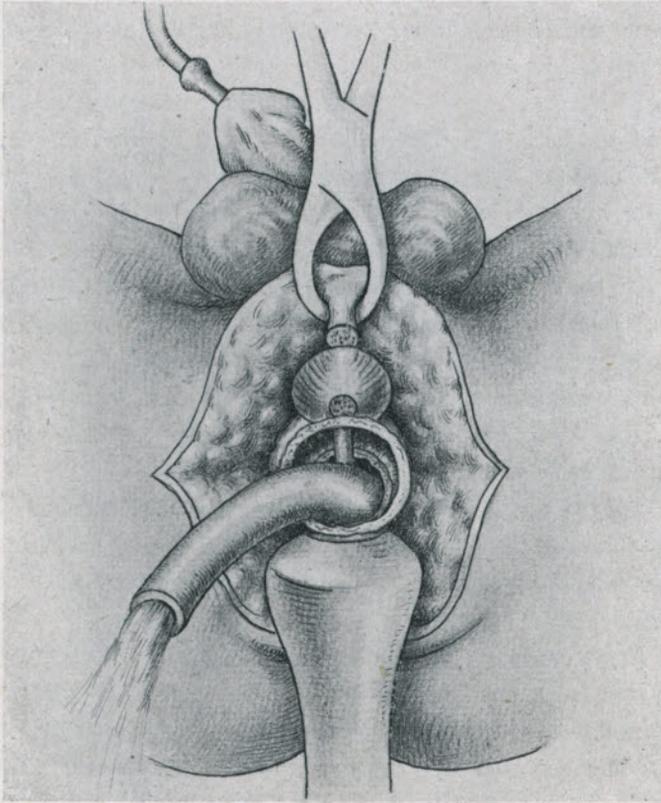


Figura 314

Drenaje de la vejiga. Una sonda bequille introducida por la uretra atraviesa la celda prostática para llegar a la vejiga. Una sonda Pezzer es introducida por el periné

ticarla en los sujetos de alguna edad, con el fin de evitar la aparición de orqui-epididimitis.

En cada conducto deferente, y en la región de las bolsas, se practicará una doble ligadura seguida de la sección del conducto entre ambas ligaduras.

E. — FALTAS OPERATORIAS MÁS FRECUENTES

1.º *Herida del bulbo.* — Puede tener lugar mientras se le aísla, especialmente en los viejos, en que desciende bastante hacia el ano. No tiene importancia alguna. Si la hemorragia es bastante abundante, pueden aplicarse en el sitio de la herida uno o dos puntos de sutura para cohibirla.

2.º *Herida del recto.* — Es mucho más importante la abertura de este conducto, pues va seguida, en la mayor parte de enfermos, de fistula rectal. Se produce, ordinariamente, en el momento de seccionar el músculo recto-uretral, por efectuarse la sección demasiado hacia el recto o bien por confundir las fibras longitudinales de éste con las del músculo recto-uretral. También se puede producir en el momento de despegar el recto de la cara posterior de la próstata, si en este despegamiento no se sigue la verdadera zona despegable.

En uno y otro caso se evitará en la forma indicada en la técnica operatoria. Una vez producida la abertura rectal, debe cerrarse inmediatamente mediante varios planos de sutura.

3.º *Herida de la uretra.* — Durante la enucleación deben evitarse las rasgaduras uretrales. Puede herirse también la uretra membranosa en el momento de aislar el bulbo uretral. Un punto de sutura debe aplicarse inmediatamente.

4.º *Separación de la próstata del recto por fuera del espacio despegable próstato-rectal.* — Si este despegamiento tiene lugar en el espacio célula-vascular anterior, la consecuencia es únicamente hemorragia y las dificultades que se presentan para el aislamiento de la próstata. En cambio, si tiene lugar en el espacio célula-vascular posterior, queda la pared rectal muy adelgazada y sin nutrición; la consecuencia es la perforación rectal o bien la fistula rectal secundaria. El verdadero plano despegable debe buscarse en la forma indicada en la página 543.

5.º *Herida de la vejiga.* — Puede producirse durante la enucleación de la parte superior del adenoma o en el momento de extirpar los adenomas retro-cervicales. Si se produce una perforación, se cerrará en seguida mediante varios puntos de sutura entrecortada.

6.º *Cálculos vesicales olvidados.* — Puede esta contingencia presentarse si una vez enucleado el adenoma no se explora bien la cavidad vesical.

7.º *Extirpación incompleta de lóbulos adenomatosos.* — Los adenomas que con más frecuencia se dejan olvidados son los que forman el lóbulo medio intra-vesical, a veces aquellos que se hallan situados en la

zona retro-cervical o bien incluídos en el espesor del esfínter interno. Una revisión metódica de esta zona antes de terminar el acto operatorio es indispensable. Debe quedar esta región completamente flexible y blanda, sin la rigidez que le imprimen los adenomas, pues la persistencia de alguna retención de orina sería la consecuencia.

F. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

El enfermo se dejará semisentado. Si se ha dejado sonda de Pezzer por el periné, se colocará el orinal de cristal en un hueco bastante profundo, vaciado en el colchón, con el fin de recoger mejor la orina.

El enfermo tomará un purgante al tercer día después de la operación, y desde entonces evacuará diariamente por medio de enemas dados con una sonda rectal larga y muy blanda.

Se practicarán dos lavados diarios, con el fin de que no se obstruya la sonda, uno de ellos con solución de protargol o nitrato de plata.

El apósito exterior será cambiado al día siguiente, con el fin de dejar en perfectas condiciones de limpieza al enfermo. El taponamiento y tubo de drenaje perineal serán retirados al cuarto día, irrigando previamente la región con agua oxigenada. Un pequeño tubo de drenaje se colocará en el sitio que ocupaba el anterior, y la curación de la herida operatoria se realizará entonces diariamente o cada dos días, según el aspecto de la misma.

Si hemos colocado una sonda Pezzer perineal, se retirará a los siete u ocho días, dejando entonces la sonda uretral. Esta será retirada definitivamente a los quince días, a no ser que haya salida de orina por el periné, en cuyo caso se dejará durante más tiempo.

Procuraremos sostener el estado general, evitar las congestiones hipostáticas, vigilar el corazón, los riñones y el funcionamiento del tubo digestivo, en la forma que indicaremos al hablar de la prostatectomía transvesical.

G. — COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

1.º *Hemorragia.* — Pocas veces se presenta, si se ha realizado una operación correcta y hemos dejado un taponamiento perfecto en el acto operatorio. Si la hemorragia persiste, se aplicará un taponamiento complementario, con mechas empapadas con agua oxigenada y, en caso de necesidad, trasladaremos el enfermo a la mesa de operaciones, sacaremos

el taponamiento anterior y se aplicará un nuevo taponamiento en perfectas condiciones.

2.º *Orqui-epididimitis*. — Estas son evitadas mediante la ligadura sistemática de los conductos deferentes.

3.º *Fistulas urinarias*. — Si una vez cicatrizada la herida operatoria persiste la salida de orina por el periné, se dejará más tiempo la sonda permanente y se harán dilataciones con beniqué. Si con estos medios no se cierra la fistula, se practicarán cauterizaciones por medio de un estilete al rojo introducido por el orificio fistuloso o bien se avivará más profundamente el trayecto fistuloso por medio de la cauterización con el termo-cauterio. En caso de necesidad, practicaremos la extirpación del trayecto, seguido de sutura del mismo y derivación por vía hipogástrica.

4.º *Incontinencia de orina*. — Puede ésta presentarse cuando se ha desgarrado el esfínter que rodea a la uretra membranosa o bien se han seccionado los nervios que van a distribuirse por este músculo. Practicando la enucleación lejos de la uretra membranosa puede evitarse este accidente. Debemos evitar también las rasgaduras del esfínter vesical.

5.º *Fistulas rectales secundarias*. — Se presentan éstas como consecuencia de haber efectuado un despegamiento próstato-rectal por detrás de la zona despegable, en forma que ha quedado la pared del recto muy delgada y sin nutrición: por el esfacelo ulterior de un trozo de pared rectal se engendra la fistula.

Cuando la fistula rectal está formada, debemos esperar su cierre espontáneo por cicatrización de la herida perineal. Si esto no ocurre, abriremos la herida, separando el recto del conducto uretral, hasta encontrar el orificio fistuloso, suturándolo en dos planos.

6.º *Persistencia de la retención*. — En algunos casos puede evacuarse incompletamente la vejiga. La causa de estas retenciones incompletas son los adenomas que se han dejado olvidados, especialmente los de la zona retro-cervical o aquellos pequeños adenomas incluidos en el espesor del esfínter interno.

II. — Prostatectomía perineal extra-capsular

A. — INDICACIONES

Está indicada en el tratamiento de las neoplasias malignas de la próstata. Un cáncer de la próstata debe ser operado desde el momento en que se sospecha o está plenamente probado y el estado general lo permita,

Cuando la neoplasia ha traspasado los límites de la próstata, encontrándose induraciones en las vesículas seminales o extendiéndose hacia las paredes pelvianas, no puede surtir efecto la operación de Young.

B. — INSTRUMENTAL

El mismo que hemos indicado en la prostatectomía perineal sub-capsular (véase página 536).

C. — MANUAL OPERATORIO (Procedimiento de Young)

1.º *Incisión.* — Preparado el enfermo en la forma indicada en la página 538, introducida una gruesa sonda bequille en la vejiga y colocado el enfermo en posición de talla perineal (página 538), se traza una incisión en el periné en forma de V invertida. El vértice de la V corresponde al bulbo uretral, y las ramas, ligeramente curvas hacia dentro, se extienden hasta las tuberosidades isquiáticas.

Puede servirnos también la incisión descrita en la página 539, en forma de arco muy pronunciado, con las extremidades extendiéndose bastante hacia atrás.

2.º *Abertura del espacio próstato-rectal y descubrimiento de la cara posterior de la próstata.* — La sección de los rafe musculares superficial y profundo, el descubrimiento de la uretra membranosa y del músculo recto-uretral después y la sección de éste, se realizarán siguiendo la técnica descrita en la página 540. Una vez abierto el espacio próstato-rectal, podrá descubrirse la cara posterior de la próstata en toda su extensión, separándola del recto. La abertura de este espacio debe extenderse hasta la parte más alta del mismo, con el fin de descubrir la cara posterior de las vesículas seminales en toda su extensión y la terminación de los conductos deferentes. Lateralmente será agrandado por medio de los dos dedos pulgares, sin seccionar, no obstante, los músculos elevadores del ano.

Abierto ampliamente el espacio, se colocará una larga valva (figura 309).

3.º *Introducción del desenclavador.* — En la uretra membranosa se practica una incisión longitudinal que empiece en el vértice de la próstata. Por esta incisión se introducirá el pico del desenclavador de Young estando completamente cerrado. En caso de necesidad, se practicarán además dos pequeñas incisiones laterales a nivel del extremo superior de la

incisión longitudinal, dejando intacta la pared anterior de la uretra membranosa.

Abierto el desenclavador en el interior de la vejiga y colocadas sus ramas en sentido transversal, se puede descender la próstata y hacer más

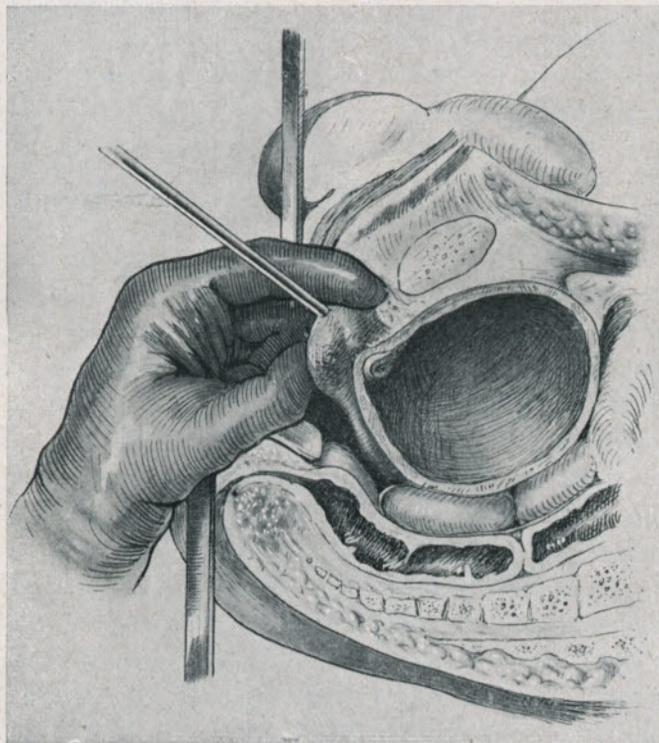


Figura 315

Aislamiento de la cara anterior de la próstata (en corte sagital). Colocada una valva en el recto y el desenclavador en la vejiga, una vez seccionada la uretra, se despega con el dedo índice la cara anterior de la próstata

visible su cara posterior, mediante los movimientos imprimidos a su mango.

4.º *Aislamiento de la próstata.*—Bien visible en toda su extensión y bastante exteriorizada la cara posterior de la próstata, se practican dos incisiones en los sitios de unión de esta cara con las laterales. Estas incisiones van desde el vértice de la próstata hasta su base e *interesan solamente la cápsula fibrosa.*

Imprimiendo con el desenclavador ciertas posiciones a la próstata, se van aislando, mediante la sonda de bocio de Kocher o bien la punta de unas tijeras romas, las caras laterales de la próstata; pasaremos por la cara

interna de la cápsula fibrosa prostática, con el fin de conservar los nervios destinados al esfínter externo, al igual que los plexos arteriales y venosos de dicha región. El aislamiento de la próstata en la cara posterior es, pues, extra-capsular e intra-capsular en las caras laterales y anterior.

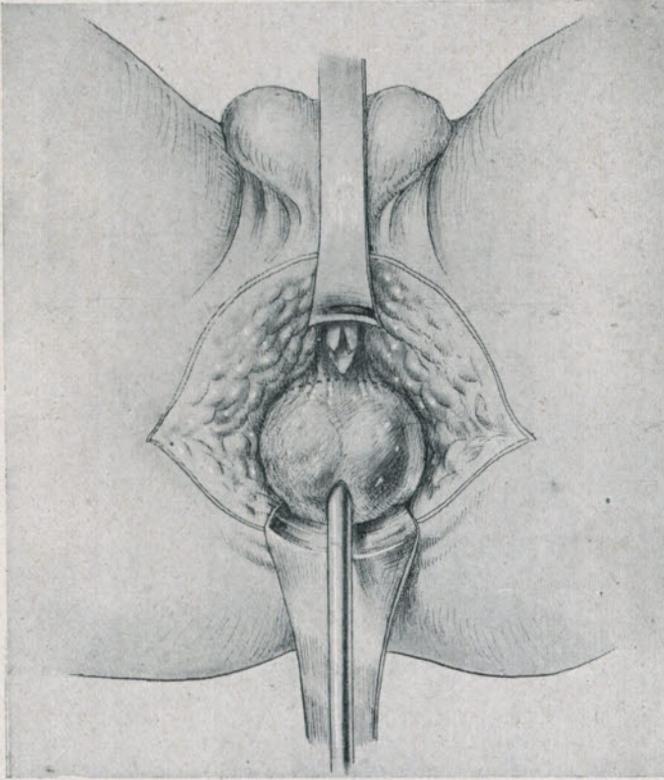


Figura 316

Aislada la cara anterior de la próstata y exteriorizada ésta por medio del desenclavador, se procede a la sección de la pared anterior de la uretra, siguiendo la dirección de la línea punteada

5.º *Sección de la uretra y descenso de la próstata.*—La sección de la pared superior de la uretra membranosa se completa en la forma dibujada en la figura 316. Desde entonces, inclinando el mango del desenclavador hacia abajo, se va disecando con el dedo índice la cara anterior de la próstata hasta conseguir que quede completamente aislada y exteriorizada. El despegamiento debe seguir en cierta extensión por la cara anterior de la vejiga.

Si el cáncer no ha invadido el trigono vesical, puede seguirse el des-

pegamiento entre la base de la próstata y la vejiga, hasta el orificio del cuello vesical (Geraghty).

6.º *Inciación peri-cervical de la vejiga.* — A un centímetro por encima de la base de la próstata se practica una incisión completa de la pa-

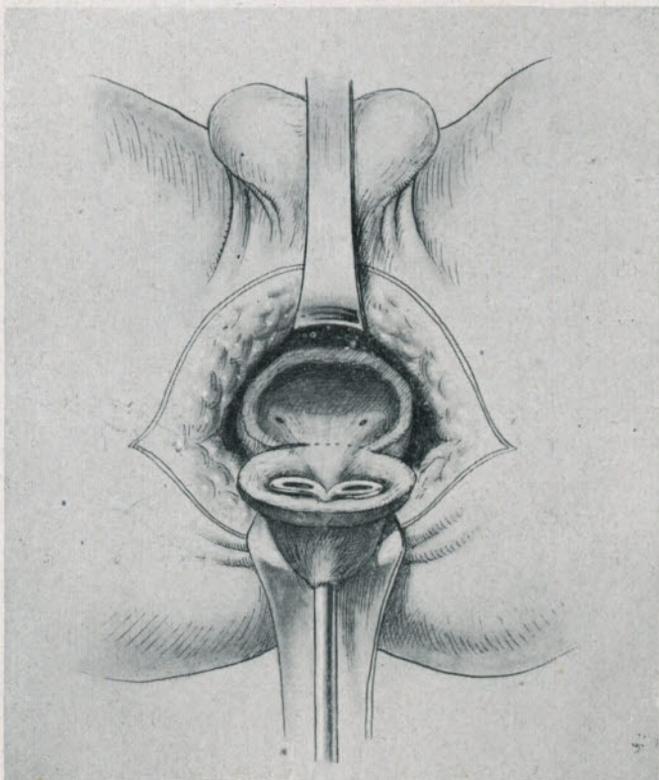


Figura 317

Abierta la vejiga, se completa la sección peri-cervical mediante una incisión que pasa por debajo de los uréteres, línea punteada. (Según Young)

red vesical anterior. La cavidad vesical queda entonces abierta, pudiéndose observar el estado del trigono vesical y la situación de los uréteres.

En la superficie interna de la vejiga se practica una incisión arqueada por debajo de los orificios ureterales y lo más alejada posible de la zona invadida por la neoplasia. Lateralmente esta incisión se une con la anterior, quedando completada la sección peri-cervical de la vejiga (fig. 317).

La próstata, completamente aislada de la vejiga, queda sostenida exclusivamente por las vesículas seminales y conductos deferentes.

7.º *Liberación de las vesículas seminales y conductos deferen-*

tes. — Ligando previamente el pedículo vascular que lateralmente aborda cada vesícula seminal, se van aislando después las vesículas, despegándolas de la cara posterior de la vejiga. Aisladas las vesículas seminales, queda sostenida la masa total por los conductos deferentes, que siguen

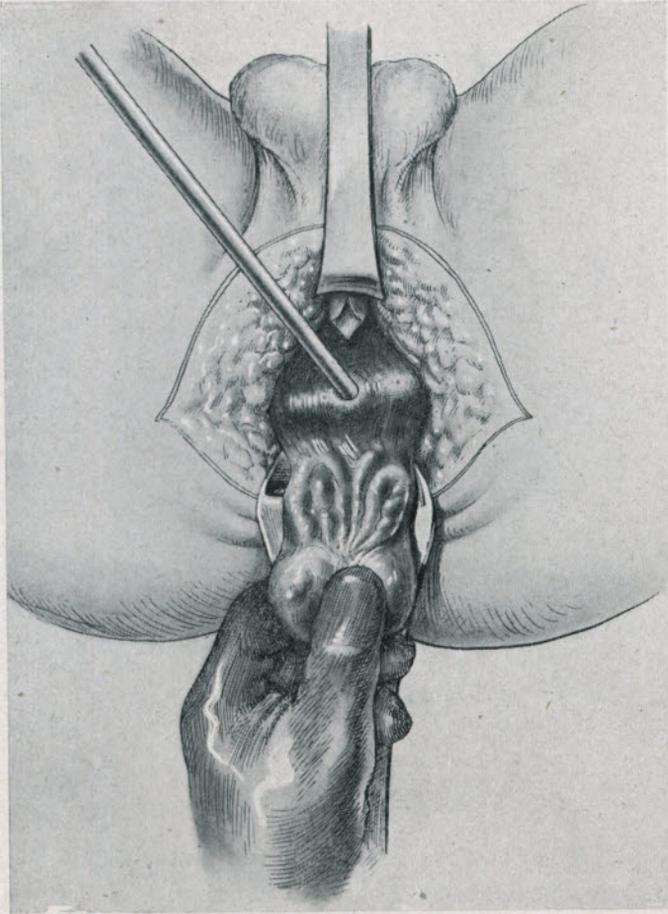


Figura 318

Aislamiento de las vesículas seminales y conductos deferentes. La próstata ha sido despegada del trigono, hasta el cuello. (Según Geraghty)

hacia la cara posterior de la vejiga urinaria. Tirando de cada uno de ellos, con el fin de atraer hacia la herida la mayor extensión del mismo, se practica una ligadura seguida de la sección del conducto por debajo de la ligadura. Entonces queda completamente liberada la masa formada por la próstata, vesículas seminales y terminación de los conductos de-

ferentes, juntamente con la uretra, cuello de la vejiga y porción inmediata del trigono.

8.º *Anastomosis uretro-vesical.* — Para restablecer la continuidad del conducto uretro-vesical, debe anastomosarse la uretra membranosa con la línea de sección vesical. Como la abertura de la vejiga es muy

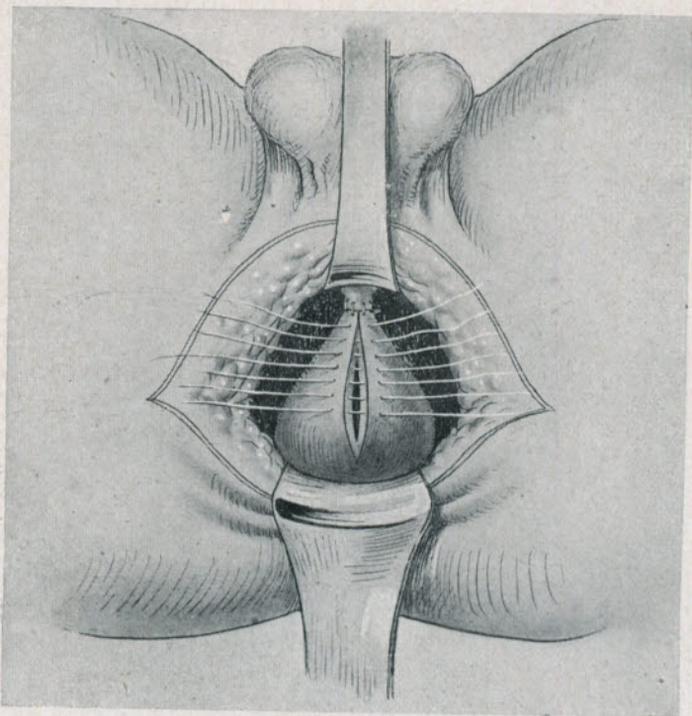


Figura 319

Anastomosis uretro-vesical

grande, debe estrecharse previamente por medio de una serie de puntos de sutura entrecortada, con catgut, en forma que unan de abajo arriba los bordes laterales de la incisión vesical; en este sitio queda una abertura circular que será suturada a la uretra membranosa. La abertura vesical toma entonces la forma de una raqueta (fig. 319).

Introduciendo una sonda bequille en la vejiga, se practica la anastomosis uretro-vesical mediante una serie de puntos de sutura entrecortada, con catgut, en la forma que describiremos al hablar de la «uretrorrafia circular» (véase más adelante).

9.º *Sutura cutánea y drenaje.* — El fondo de la cavidad operatoria se tapona con gasa yodofórmica, suturando después los músculos eleva-

dores del ano. Los extremos de la incisión cutánea son acortados mediante puntos de crin o lino, quedando solamente en el centro una abertura por la que sale el drenaje.

El desagüe de la vejiga queda asegurado por medio de una sonda bequille a permanencia.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Son poco más o menos los mismos que los de la prostatectomía perineal sub-capsular (véase página 553).

III. — Prostatotomía

A. — INDICACIONES

La incisión de la próstata por vía perineal se encuentra indicada: 1.º Para la abertura de abscesos prostáticos. 2.º Para la extracción de cálculos intra-prostáticos. 3.º Para la extracción de los cálculos alojados en la uretra prostática, al igual que para extraer los cálculos uretro-vesicales.

B. — INSTRUMENTAL

En esta operación, como en toda operación sobre la próstata por la vía perineal, hacen falta los instrumentos descritos en la prostatectomía perineal sub-capsular (véase página 535). De algún instrumento, no verdaderamente necesario para esta operación, podrá, sin embargo, prescindirse.

C. — MANUAL OPERATORIO

Es diferente según se haya de abrir un absceso o bien tengamos que extraer cálculos prostáticos.

a) *Abertura de los abscesos prostáticos.*

1.º *Abertura del espacio próstato-rectal.* — Colocado el enfermo en posición de talla perineal (página 538) y practicada la incisión pre-anal bi-isquiática (figura 539) o bien una incisión longitudinal media del periné, llegaremos al espacio próstato-rectal en la forma descrita en la página 543.

2.º *Descubrimiento de la cara posterior de la próstata.* — Cuando no existan fenómenos de peri-prostatitis, se podrá descubrir rápida-

mente la cara posterior de la próstata, en igual forma que en la prostactomía perineal. Sin embargo, cuando la inflamación prostática ha traspasado los límites de la cápsula, fusionando las paredes del espacio próstato-rectal, la abertura del mismo se hace con dificultad. Ocurre en ocasiones que tan pronto como se empieza a despegar el espacio próstato-

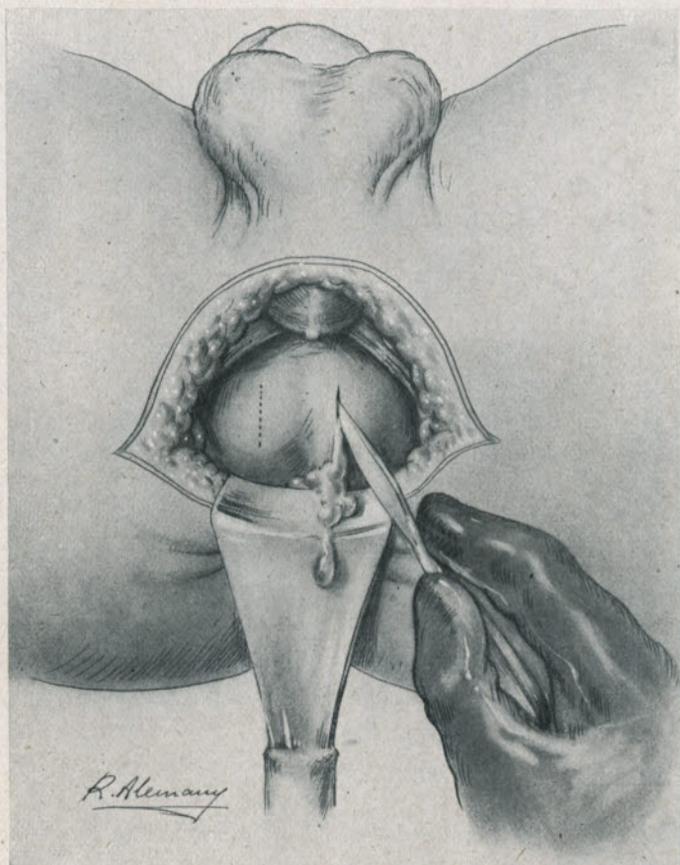


Figura 320

Abertura de un absceso de la próstata. Una incisión longitudinal se practica en la cara posterior de cada lóbulo

rectal, brota ya el pus de alguna cavidad prostática; en este caso, introduciremos el índice en dicha cavidad, dilatando las otras cavidades del absceso sin continuar el despegamiento próstato-rectal.

Si la cara posterior de la próstata se ha podido descubrir en toda su extensión, se colocará la valva de Proust en la cara anterior del recto con el fin de protegerla al incindir la próstata.

3.º *Abertura del absceso prostático.* — En la cara posterior de cada lóbulo prostático se hundirá profundamente el bisturí, con lo cual se dará salida al pus contenido en la cavidad del absceso (fig. 320). No incidiremos en la línea media, con el fin de conservar los conductos éyacuadores, los cuales forman, junto con la uretra prostática, en algunas ocasiones, un verdadero tabique, que aísla completamente la cavidad de un lóbulo de la que excava el otro lóbulo.

No debe considerarse vaciado completamente un absceso de la próstata con la abertura de un lóbulo prostático.

4.º *Regularización de las cavidades del absceso.* — Con el dedo índice agrandaremos primeramente la abertura de la cavidad en cada uno de los lóbulos de la próstata, con el fin de dar mejor salida al pus. Después, con el dedo índice también, romperemos las bridas o tabiques fibrosos que tabican las cavidades del absceso y, en algunas ocasiones, mantienen cerrada alguna cavidad purulenta al lado de la que hemos abierto. Iguales maniobras efectuaremos en la otra cavidad prostática, procurando no traspasar de la cavidad de un lóbulo a la del otro.

Regularizadas las cavidades del absceso y evacuado el pus, es conveniente efectuar un lavado antiséptico, introduciendo la cánula de cristal en la cavidad de cada absceso.

5.º *Drenaje.* — En la cavidad de cada absceso implantaremos un tubo de drenaje. Ambos tubos saldrán por el centro de la herida perineal, quedando fijados, mediante un crin de Florencia, al labio anterior de la herida cutánea. Si la herida operatoria sangra algo, rodearemos estos tubos con un taponamiento de gasa.

b) *Extracción de cálculos prostáticos.*

1.º *Descubrimiento de la cara posterior de la próstata.* — Utilizando la incisión bi-isquiática, llegaremos al espacio próstato rectal, de la misma manera que para abrir un absceso de la próstata, en la forma que hemos descrito en la página 538.

El despegamiento del espacio próstato-rectal ofrece a veces algunas dificultades a causa de los fenómenos de peri-prostatitis que pueden encontrarse. En este caso, el despegamiento se hará buscando la zona despegable, más cerca de la cara posterior de la próstata que del recto, con el fin de evitar la abertura de éste.

2.º *Incisión de la próstata.* — Si el cálculo se encuentra en la uretra prostática, practicaremos una incisión en la línea media, apoyando el escalpelo encima del cálculo. Si éste forma prominencia en uno de los ló-

bulos laterales, trazaremos una incisión longitudinal en dicho sitio hasta descubrir el cálculo. Los cálculos múltiples y diseminados en el espesor de la próstata deben ser extraídos mediante dos incisiones longitudinales practicadas en cada uno de los lóbulos de la próstata.

3.º *Extracción del cálculo.* — Los cálculos de la uretra prostática serán extraídos mediante una pinza de cálculo renal o bien una pinza de disección ordinaria, y en algunos casos utilizando una cucharilla estrecha. Si el cálculo es alargado, se hará salir primeramente un extremo del mismo, con el fin de no ocasionar grandes destrozos a la uretra prostática, terminando luego la extracción sirviéndose de la misma cucharilla o una pinza.

Si el cálculo de la uretra prostática ofrece una prolongación hacia el interior de la vejiga, pasaremos la cucharilla, una sonda de bocio de Kocher o bien unas tijeras curvas cerradas, entre el cuello y el cálculo, a nivel de la estrechez que ofrece en dicho sitio, y manejando luego estos instrumentos en forma de palanca, procuraremos extraer el resto del cálculo lo más íntegramente posible. Si esta prolongación es muy voluminosa, no habrá más remedio que fragmentarla, extrayendo luego los fragmentos aisladamente o bien practicando la litotricia por el periné. Podemos acudir también, para completar la extracción, a la talla hipogástrica. En caso de fragmentación es imprescindible un gran lavado intravesical a fin de arrastrar los pequeños fragmentos.

Los cálculos únicos situados en el espesor de la próstata serán extraídos en la misma forma que los intra-uretrales.

Cuando los cálculos intraprostáticos son múltiples y pequeños, encontrándose alojados en cavidades diversas, deben romperse los tabiques que separan dichas cavidades, extrayendo sucesivamente los cálculos de cada una de ellas. Al final de la operación cada lóbulo prostático debe quedar convertido en una celda única y lo más regular posible. Entonces debe practicarse un lavado, con alguna fuerza, mediante un tubo de caucho implantado en cada cavidad, con el fin de arrastrar los pequeños cálculos o sus fragmentos.

4.º *Drenaje.* — Si el cálculo de la uretra prostática ha ocasionado pocos trastornos y la infección de la orina no es muy intensa, puede suturarse la incisión de la uretra prostática, dejando un tubo de drenaje, de seguridad, retro-prostático rodeado de gasas.

En los demás casos hay que colocar un tubo de drenaje en la cavidad de cada lóbulo, en igual forma que después de la abertura de los abscesos prostáticos.

Si la orina se encuentra infectada y la uretra ha sido rota, es conveniente introducir una sonda Pezzer en la vejiga, con el fin de asegurar el drenaje de la misma por el periné y prevenir la infección de la herida perineal por la orina purulenta.

D. — CUIDADOS POST-OPERATORIOS

En los casos de absceso prostático se practicarán todos los días lavados con agua oxigenada diluída, de las cavidades prostáticas, por los tubos de drenaje. Estos serán retirados a los tres o cuatro días, siendo substituídos por otros de menor calibre o bien retirados definitivamente; se harán desde entonces lavados de la herida perineal, al mismo tiempo que, en cada curación, aseguraremos la salida del pus que pueda detenerse en las cavidades de la próstata, por medio de la presión sobre ésta con el dedo índice introducido en el recto.

Si la orina sale por la herida operatoria, es conveniente colocar, pasados ocho o diez días, la sonda permanente, con el fin de acelerar el cierre de la herida perineal y evitar su fistulización.

Los cuidados post-operatorios, después de las operaciones por cálculo, son los mismos que los que deben practicarse después de la abertura de los abscesos de la próstata. Siempre se procurará que las cavidades de la próstata queden ocluidas por granulaciones, a fin de evitar que quede una cavidad peri-uretral en comunicación con la uretra, que serviría de nido para la formación de nuevos cálculos.

IV. — Prostatectomía transvesical por adenoma

I.—PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL EN UN TIEMPO

A. — INDICACIONES

Detalladas anteriormente las indicaciones de la prostatectomía perineal sub-capsular, es decir, por adenoma, describiremos aquí las indicaciones y contraindicaciones generales de la prostatectomía por adenoma, así como los casos en que debe realizarse la prostatectomía transvesical en dos tiempos.

a) *Indicaciones y contraindicaciones generales de la prostatectomía transvesical.*

1.º *Según el estado de la próstata.* — Puede realizarse la prostatectomía transvesical aunque haya en su espesor nódulos de prostatitis

crónica, al igual que si en su espesor se encuentra algún nódulo de degeneración epiteliomatosa muy limitado. En cambio, si la degeneración epitelial es difusa, se encuentra contraindicada. Está contraindicada también en los casos de inflamación aguda de la próstata, así como cuando se ha formado un absceso.

2.º *Según el estado del aparato urinario.*— Por parte de la vejiga, no es una contraindicación la flacidez de sus paredes, como en otro tiempo se había dicho, pues ha podido comprobarse que las vejigas en estas condiciones recuperan su contractibilidad cuando se ha suprimido el adenoma prostático.

Si hay infección vesical, es conveniente realizar la prostatectomía en dos tiempos. Y desde este punto de vista es conveniente practicar, antes de la prostatectomía, un examen bacteriológico de la orina, con el fin de ver si se encuentran estreptococos o estafilococos; si esto ocurre, se seguirá la desinfección vesical durante más tiempo.

Los riñones deben ser examinados muy minuciosamente antes de someter al enfermo a la extirpación del adenoma prostático, con el fin de ver si existen complicaciones pielonefritis que puedan trastornar el funcionalismo renal.

Los trastornos en el funcionalismo renal pueden ser reconocidos estudiando las alteraciones que se encuentran en la función ureica y en la función acuosa.

Los mejores medios para reconocer el estado de la función ureica son el examen de la urea de la sangre y el estudio de la Constante de Ambard. Es conveniente no practicar la prostatectomía cuando en la sangre se encuentra una cifra de urea superior a 0,50 por 1.000. Con respecto a la Constante de Ambard, el límite superior de Constante que permite la operación oscila entre 0,150 y 0,200. Entre estos límites podremos decidirnos, según el estado general y las demás circunstancias en que se encuentre el enfermo, por una cifra mayor o menor, pero es conveniente no ejecutar la prostatectomía cuando la cifra de la constante es superior a 0,200.

El examen de la función acuosa puede efectuarse sometiendo al enfermo al estudio de la poliuria experimental global. Si el enfermo no responde a la poliuria en el primer examen, debe repetirse varias veces, pues es frecuente que, por alteraciones digestivas, no responda el enfermo a la poliuria, a pesar de no haber ningún trastorno en la eliminación acuosa. En todo caso, no debemos ejecutar la prostatectomía en los casos de retención clorurada intensa, especialmente si va acompañada de retención ureica.