

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES OBSTRUCTIVAS DEL CUELLO VESICAL

S. GIL VERNET

PUBLICADO EN
MEDICINA CLÍNICA

AÑO VIII - TOMO XIV - N.º 4

Págs. 211 a 280 - ABRIL 1950

REVISTA MENSUAL
BARCELONA

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES OBSTRUCTIVAS DEL CUELLO VESICAL

S. GIL VERNET

Tratamiento de las lesiones obstructivas del cuello vesical*

S. GIL VERNET

El orificio uretrovesical en estado de reposo es de forma variable, presentándose unas veces en forma de hendidura y otras en forma circular. Cuando el orificio vésicouretral está ampliamente abierto, toma la forma de un óvalo con la extremidad gruesa dirigida hacia atrás, y entonces, el cuello vesical en conjunto, adquiere la forma de un embudo en cuyo vértice, más o menos profundo, se insinúa el extremo superior del veru-montanum.

En el llamado cuello vesical incluimos, además de la porción supramontanal de la uretra prostática, un conjunto de formaciones musculares, unas destinadas a mantener cerrado el orificio en los intervalos de la micción y otras antagónicas que de modo activo abren el orificio vésicouretral en el momento de la micción.

Aparte estas formaciones anatómicas, nosotros creemos que debe incluirse entre los elementos integrantes del cuello vesical, la porción contigua de la glándula prostática, esto es, la porción supramontanal, llamada también próstata craneal, a expensas de la cual se desarrollan las neoformaciones benignas de la próstata y diversos procesos patológicos que producen el síndrome del prostatismo.

Debemos remarcar, de un modo especial, la importancia de la musculatura de la próstata en el acto de la micción. Todas las enfermedades de la próstata que ocasionan la destrucción de su musculatura determinan dificultades a la micción, pero el sitio habitual donde residen las causas del prostatismo radica en la región del cuello; a veces, por tumoraciones que dificultan el paso de la orina, otras veces, por destrucción de las fibras dilatadoras del cuello vesical; y otras, por pérdida de la elasticidad característica de la región, transformándolo en un tubo rígido.

LA PRÓSTATA.—Considerada desde todos los puntos de vista, esto es, morfológico, fisiológico y patológico, pueden admitirse en la glándula prostática la existencia de dos porciones distintas: una, situada por encima de un plano horizontal que pase por el centro del veru-montanum; es la próstata supramontanal, craneal o porción preespermática; y otra, situada por debajo de dicho plano, que constituye la próstata caudal, inframontanal o porción retroespermática.

La próstata craneal se encuentra en las primeras fases del desarrollo en ambos sexos, por lo que Mos-

KOWITZ la denomina próstata bisexual. En la ulterior evolución únicamente adquiere completo desarrollo en el hombre, quedando en la mujer en estado rudimentario. Dicho autor, ha demostrado en los hermafroditas femeninos, la existencia de la glándula craneal y a la vez ausencia de la porción caudal. En cambio, en los hermafroditas masculinos se encuentran bien manifestadas ambas porciones, caudal y craneal.

HUGGINS y WEBSTER han observado que la administración prolongada de estrógenos en el hombre, causa cambios degenerativos, mayores en la porción craneal de la próstata que en la caudal.

Según MOORE, el estroma de la próstata craneal reacciona a diferentes estímulos o más intensamente al mismo estímulo que la porción caudal.

Hemos examinado un caso de hermafroditismo masculino con una hipertrofia enorme de la glándula craneal. Esta hipertrofia creemos que es debida a la acción del ovario que actuó sobre esta zona, pues la glándula caudal de este individuo no presenta hipertrofia alguna. El examen de un corte horizontal que pasa por la porción craneal o preespermática da la impresión de una verdadera hipertrofia prostática tal como la observamos a veces en edades avanzadas.

Hemos podido comprobar en un caso la acción específica de los estrógenos sobre la uretra postática; se trataba de un enfermo afecto de cáncer de próstata en fase adelantada, a quien practicamos la orquiectomía subcapsular, seguida de la administración intensa de estrógenos durante tres meses, al cabo de los cuales se redujo considerablemente la próstata y permitió realizar una próstatovesiculectomía; en el examen de los cortes histológicos pudimos observar la vaginalización de la mucosa uretral supramontanal.

Este hecho, observado por otros autores, es de explicación lógica, si se recuerda que el epitelio que tapiza el seno urogenital es el que, por un fenómeno de invaginación, da lugar a los esbozos de la glándula prostática y a la vez al epitelio de la vagina.

Hemos encontrado con frecuencia, en fetos a término o en recién nacidos, la hipertrofia de la región preespermática de la próstata, hecho que viene a confirmar lo observado por otros autores y que dicen sería debida a la hiperfoliculinemia gravídica. Sin embargo, debemos hacer una distinción fundamental: esta hipertrofia lo mismo que la que hemos descrito en el hermafrodita, es una hi-

* Ponencia Oída del VIII Congreso de la Sociedad Internacional de Urología, Barcelona, septiembre 1949.

peritrofia propiamente dicha, sin que hayamos podido advertir en ningún caso el elemento específico del adenoma, o sea el esferoide.

Es muy difícil precisar, en el momento presente, cuál es el mecanismo de esta interrelación entre las glándulas genitales y la glándula prostática. Pero un hecho aparece claro; la realidad de esta conexión.

La patología también confirma la dualidad de la glándula prostática. En efecto, mientras que las neoplasias benignas de la próstata se desarrollan casi exclusivamente en la glándula craneal, el cáncer de la próstata lo hace casi siempre en la glándula caudal. Al sentar esta última conclusión, esto es, la poca frecuencia de cánceres originados en la próstata craneal, nos referimos naturalmente a la porción glandular, pues sabido es que un cáncer que nace en el cuello vesical, puede secundariamente invadir los elementos glandulares de esta región. Tampoco se puede negar la aparición de un núcleo canceroso primitivo en la glándula craneal, pues hemos observado ya varias veces que en enfermos diagnosticados de enfermedad del cuello, se comprobó un carcinoma de tipo escirroso iniciado en la glándula craneal con integridad de la caudal.

Desde varios puntos de vista los procesos inflamatorios que asientan en la glándula craneal tienen unas características que los distinguen claramente de los que se desarrollan en la porción caudal. En la fase aguda, cuando se localizan en la porción craneal, se traducen en acusados trastornos de la micción, llegando muchas veces a la retención aguda, cosa mucho menos frecuente y manifiesta si el proceso radica en la porción caudal.

Cuando se forma una colección purulenta en la glándula craneal, es difícilmente perceptible por palpación, porque se interpone el plano genital, y si no se interviene, su salida habitual es por el espacio intervésicogenital. Cuando la formación purulenta asienta en la región retroespermática, es perfectamente reconocible por la exploración rectal y tiene tendencia a abrirse espontáneamente en el periné o en el recto.

En los procesos inflamatorios crónicos es donde con más evidencia observamos el contraste entre los síntomas clínicos, según asiente el proceso en una u otra porción de la próstata. Si la prostatitis crónica esclerótica, por ejemplo, destruye los elementos glandulares y musculares de la región preespermática, da lugar a notables trastornos miccionales con toda la sintomatología propia del prostatismo, constituyendo la mayor parte de los enfermos llamados «prostáticos sin próstata». Si la prostatitis esclerótica radica únicamente en la región retroespermática, los trastornos de la micción son poco manifiestos y en cambio se presentan los de la eyaculación. Por analogía a este hecho nos explicamos la falta de disuria en la primera etapa del carcinoma de la próstata y la precocidad de los trastornos genitales.

Desde el punto de vista fisiológico se puede afir-

mar que la musculatura de la próstata craneal es de significación principalmente urinaria y que la de la próstata caudal es genital. La lesión o alteración de la musculatura prostática acarrearía, pues, alteración miccional o genital, según estén afectas la porción craneal o caudal respectivamente. Debemos tener en cuenta también que las lesiones musculares de la próstata caudal se asocian comúnmente con lesiones de la uretra membranosa, que hacen más evidentes las alteraciones de la función genital, esto es, la erección y la eyaculación.

Pero aunque existan elementos musculares afectos únicamente a cada una de estos dos funciones, la mayor parte de ellos intervienen a la vez en el desempeño de ambas, y con toda propiedad pueden llamarse elementos urogenitales. Así, por ejemplo, el esfínter interno de fibra lisa, sirve para el cierre del cuello vesical en el intervalo de las micciones, y durante la eyaculación se contrae espasmódicamente impidiendo el reflujo del semen a la cavidad vesical.

La complejidad estructural y dinámica de la región próstatocervical es enorme, y no nos debe sorprender tal hecho si nos imaginamos que en un espacio anatómico tan reducido radican dos funciones tan distintas como la urinaria y la genital.

Glándulas de la próstata craneal.—Hay que distinguir dos tipos de glándulas: unas situadas dentro del sistema esfinteriano y otras situadas fuera del esfínter. Hay que recordar que el sistema esfinteriano existe en la mayor parte del trayecto de la uretra supramontana. Únicamente en la porción contigua al verum, en unos tres a cuatro milímetros, no existe el sistema esfinteriano.

Las glándulas intraesfinterianas son unas formaciones minúsculas sólo observables a la lupa o al microscopio; aparecen bajo la forma de glándulas simples, en forma de pequeños fondos de saco, que se hunden en el corion de la mucosa uretral sin alcanzar el sistema esfinteriano. Su sitio de predilección es el labio posterior del orificio vésico-uretral y las paredes posterior y laterales del cuello. Excepcionalmente se ven en el tercio anterior del trigono.

La disposición habitual de las glándulas extraesfinterianas es en forma de tres lóbulos, uno central, situado en la pared posterior del cuello, por encima de los conductos eyaculadores, que constituye el clásico lóbulo medio preespermático de la próstata. Los conductos excretores de este lóbulo se dirigen hacia adelante contorneando el borde inferior del esfínter y desembocan en la fosa supramontana.

Los otros lóbulos están dispuestos simétricamente a los lados del cuello vesical, estableciendo contacto en su parte posterior con el lóbulo medio. Por su parte anterior, avanzan hacia la línea media pero sin alcanzarla, por lo cual la pared anterior de la uretra supramontana está desprovista de glándulas, estando ocupada por formaciones mus-

culares cuyo conjunto constituye la comisura muscular anterior, dispuesta a modo de mediastino entre ambos lóbulos subesfinterianos.

Por fuera, los lóbulos subesfinterianos están en relación con los acinis anexos a los conductos colectores ascendentes de la región retroespermática de la próstata. Por dentro, están separados de la mucosa uretral por el sistema esfinteriano, excepto en el segmento más inferior desprovisto de esfínter, donde se pone en contacto con las fibras longitudinales de la uretra y el corion de la mucosa uretral.

Pero la relación más importante de estos lóbulos es la que presentan con las fibras musculares del gran arco subesfinteriano; estas fibras, en su trayecto descendente, atraviesan los acinis del lóbulo que estamos estudiando, y dada la trascendencia de esta disposición, creemos deben llamarse lóbulos subesfinterianos. En efecto, al hipertrofiarse los lóbulos, darán por resultado interrumpir o desviar el trayecto normal de estos haces musculares, con la consiguiente perturbación de la micción.

Los conductos excretores de los lóbulos subesfinterianos van a desembocar por varios orificios en las partes laterales del conducto uretral, un poco por encima del veru-montanum o a veces al mismo nivel.

Si se examina un corte horizontal que pase por la porción media de la uretra supramontanal, se verá que los tres lóbulos extraesfinterianos, es decir, el lóbulo medio preespermático y los lóbulos subesfinterianos, están dispuestos de tal modo que forman una media luna de concavidad anterior que abraza la pared posterior y laterales de la uretra supramontanal.

Glándula caudal.—En ella hay que estudiar lo que clásicamente se describe con el nombre de lóbulo anterior, lóbulo posterior y lóbulos laterales.

Lóbulo anterior: Este lóbulo es constante, se desarrolla en la parte anterior del conducto uretral, en frente del veru-montanum, y sus conductos excretores siguiendo un trayecto descendente, desembocan en la pared anterior de la uretra inframontanal. Este lóbulo tiene poca importancia y jamás hemos observado en él neoformaciones benignas de la próstata.

Lóbulos posterior y laterales retroespermáticos: Por el estudio que hemos hecho, tanto en estado normal como patológico, hemos llegado a la conclusión de que solamente existen dos lóbulos situados simétricamente a cada lado de la línea media, fusionándose en la cara posterior, en una altura mayor o menor según los individuos, resultando de ello la formación del surco medio posterior de la próstata; surco que cuando es muy acentuado, hace que la cara posterior de la próstata tome el aspecto de V abierta hacia arriba, cuyo vértice corresponde al pico de la próstata.

Los grandes conductos colectores de los lóbulos posterolaterales vienen a desembocar, los más su-

periores, en las paredes laterales del verum y en los canales situados a los lados del mismo, en la pared posterior de la uretra. Los conductos colectores medios desembocan a los lados del segmento inferior del verum y los más inferiores a los lados de la porción inicial de la cresta uretral.

Los conductos colectores más superiores se dirigen hacia arriba y hacia afuera, describiendo arcos de concavidad súperointerna, que rodean los lóbulos subesfinterianos; sus acinis secretores alcanzan la base de la próstata, poniéndose en contacto con el lóbulo medio preespermático.

Los conductos colectores medios toman una dirección que se va acercando a la horizontal, dirigiéndose hacia afuera y adelante, tendiendo a formar arcos de concavidad anterointerna, adquiriendo, en conjunto, cuando se examina un corte horizontal que pase por esta región, la forma de media luna de concavidad anterior que abraza las paredes anterior y laterales del conducto uretral. Los extremos de esta media luna raramente se fusionan en la línea media, en cuyo caso forman un anillo completo alrededor del conducto uretral. Casi siempre existe entre los extremos de la media luna un espacio mayor o menor ocupado por el lóbulo medio y por diversas formaciones musculares.

Los conductos colectores más inferiores siguen un trayecto ligeramente oblicuo hacia abajo y hacia afuera y recogen los acinis de la porción apical de la próstata.

Si hacemos un resumen de la disposición que presentan los diferentes lóbulos que hemos descrito en la próstata, deduciremos que los grandes conductos colectores de la región retroespermática resumen el parénquima glandular de la región inframontanal. Pero además, y esto es muy importante, invaden la porción supramontanal ocupando la parte periférica de la misma, formando en conjunto, una especie de embudo que contiene en su interior los lóbulos de la porción preespermática o craneal, en especial los lóbulos subesfinterianos. Consecuencia de esta disposición es que al hipertrofiarse, como es habitual, estos lóbulos subesfinterianos rechazan hacia la periferia, hacia abajo y hacia afuera, las paredes del embudo formadas por la parte más alta de la porción retroespermática de la próstata. En los casos muy avanzados, y en las fases finales de la hipertrofia de los lóbulos preespermáticos, éstos emergen herniándose al exterior en la base de la próstata, desviando hacia abajo y hacia afuera los restos de los acinis anexos a los grandes conductos colectores de la región retroespermática (figura 1).

Por ello, cuando en estas fases se examina un corte transversal que pase por la base de la próstata, la totalidad de la glándula aparece afectada de la transformación adenomatosa, sin que exista en su periferia ni siquiera vestigios de acinis atrofiados. Estos aparecen cuando examinamos cortes más inferiores a medida que nos acercamos al pico de la próstata. Por muy voluminoso que sea el ade-

noma de la próstata, siempre quedan restos o vestigios de la glándula retroespermática, cuando nos acercamos al extremo apical.

Este fenómeno que acabamos de señalar, o sea, que la parte alta de la próstata en las fases finales de la hipertrofia, afecta a la totalidad del órgano, en parte es debido al mecanismo citado. Pero debemos añadir otro hecho: cuando el factor etiológico que ha determinado la hipertrofia de la glándula craneal adquiere su máximo influjo, éste parece que actúa o se propaga a la porción contigua de la glándula caudal, de lo cual se desprende que el crecimiento de los grandes adenomas se realiza principalmente por la hipertrofia de la glándula craneal, pero también se suma a la misma la aparición de esferoides en la parte vecina de la glándula retroespermática. Si tenemos en cuenta que también hemos observado algunas veces la aparición de esferoides en plena glándula caudal, habremos de reconocer que no existe una diferenciación absoluta entre los dos grandes grupos glandulares que hemos descrito, por lo menos en lo que hace referencia al hecho biológico de su reacción ante los factores hormonales, que son los causantes de la hipertrofia.

Hecha esta salvedad siempre queda de un modo muy manifiesto una diferencia fundamental entre ambas glándulas. Lo corriente, lo habitual, es la hipertrofia exclusiva del segmento craneal. Únicamente como hecho excepcional y en las fases finales de las grandes hipertrofias de la próstata, cuando la disfunción hormonal alcanza su grado máximo, repercute a veces, pero siempre de un modo muy discreto, sobre la porción contigua de la glándula caudal. Esto, aunque en mínima parte, viene a confirmar la opinión de CHEVASSU, que admite la posibilidad de formar adenomas en todos los lóbulos de la próstata.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LAS LESIONES OBSTRUCTIVAS DEL CUELLO VESICAL. — En éstas como en otras enfermedades, el conocimiento lo más exacto posible de las lesiones, es la base fundamental para un tratamiento adecuado. Sin pretender hacer un estudio analítico detallado de estas lesiones, ya que ello equivaldría a pasar revista a casi toda la patología próstatocervical, intentaremos hacer un resumen esquemático, empezando por las que se presentan con más frecuencia y se conocen con el nombre genérico de hipertrofia de la próstata.

HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA. — Estableceremos una primera división basada en la topografía de las lesiones. Desde este punto de vista, estudiaremos: primero, lesiones intraesfinterianas; segundo, lesiones extraesfinterianas; y tercero, lesiones a la vez intra y extraesfinterianas.

Lesiones intraesfinterianas. — La lesión inicial aparece en forma de infiltración histiocitaria difusa, que aparece en uno o varios puntos en el corion de la mucosa uretral. Es creencia general que esta infiltración es de origen linfocitario, pero nuestros es-

tudios nos han convencido de este error. Nuestro colega el histopatólogo profesor SÁNCHEZ LUCAS lo confirma al examinar las preparaciones. «Se aprecia en ellos una evidente neoformación capilar, con endotelios gruesos y luz vascular muy estrecha. Los vasos están rodeados, muchas veces concéntricamente, por muy abundantes células de núcleos ovoides o alargados, de crematina clara, que deben ser interpretados como histiocitos o células mesenquimales indiferenciadas perivasculares en activa proliferación. Muchos núcleos aparecen esféricos, simulando linfocitos, porque han sido seccionados según su menor diámetro».

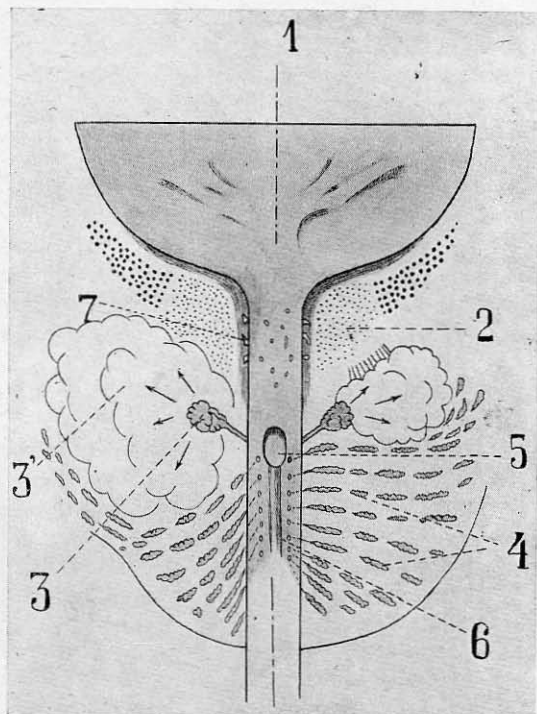


FIG. 1: 1. Trígono vesical. — 2. Sistema esfinteriano. — 3. Lóbulo subesfinteriano. — 3'. Fases finales de su hipertrofia. — 4. Conductos colectores retroespermáticos. — 5. Verumontanum. — 6. Cresta uretral. — 7. Glándulas intraesfinterianas.

A parte de estos argumentos de orden citológico, es más lógico que se trate de una infiltración de células mesenquimatosas embrionarias, por cuanto el «seno urogenital, a expensas del cual se desarrolla la porción supramontanal de la uretra, tiene significación genital, ya que de él se origina el epitelio vaginal y la glándula prostática. Son los elementos histológicos de esta región, los que reaccionan específicamente a los estrógenos, como lo demuestran los experimentos de MOORE y otros, al comprobar que los injertos oculares de fragmentos de próstata compuestos principalmente de musculatura lisa, aumentan de tamaño después de la inyección de estrógenos, cosa que no ocurre cuando el transplante se ha hecho con trozos de musculatura de otros órganos.



FIG. 2: 1. Conductos eyaculadores. — 2 y 2'. Glándula retroespermática. — 3. Lóbulo subesfinteriano. — 4. Infiltración histiocitaria intraesfinteriana englobando las fibras longitudinales laterales y posteriores. — 5. Uretra. — 6. Fibras longitudinales anteriores normales. — 7. Esfínter estriado. — 8. Nódulo miomatoso. — 9. Esfínter liso.

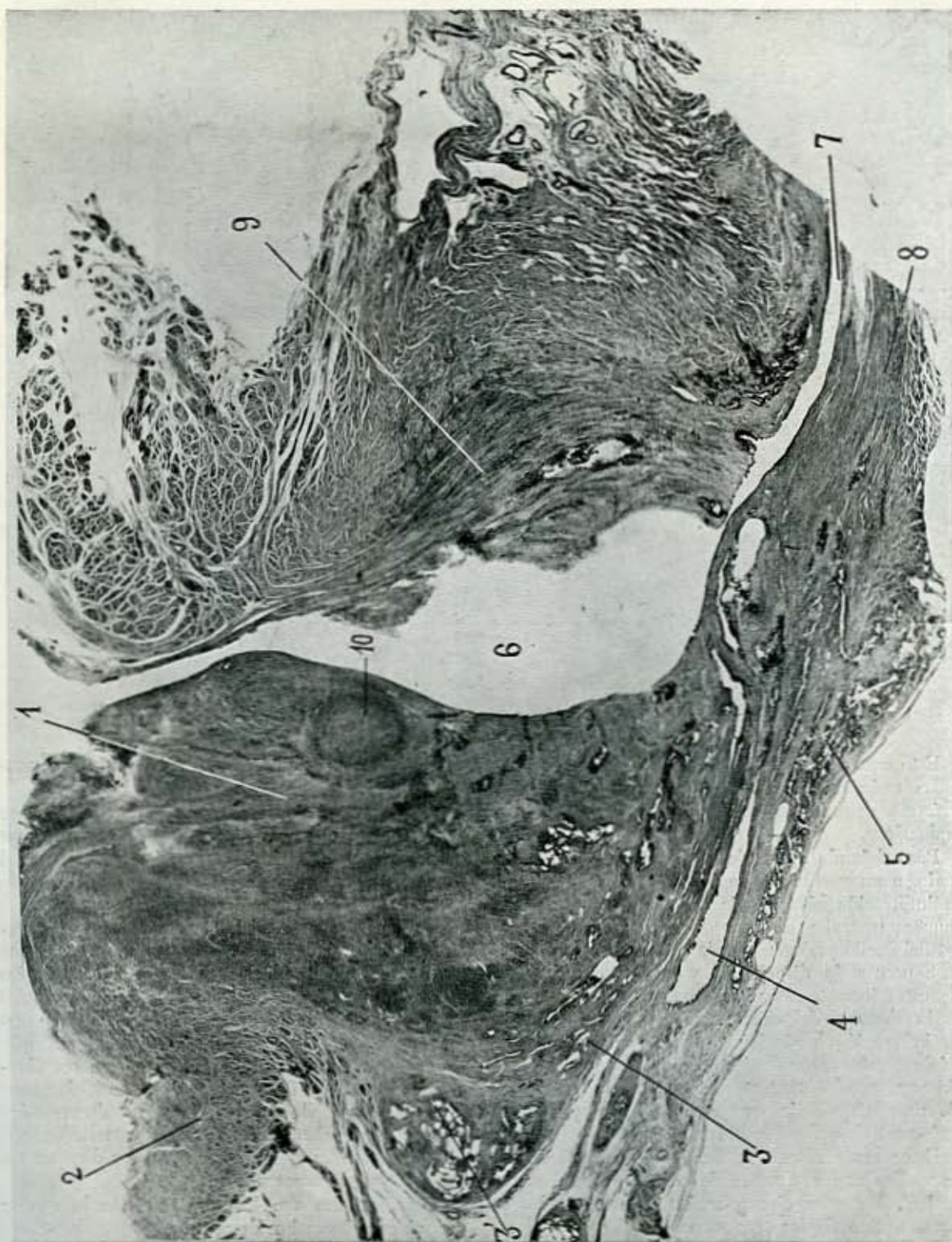


FIG. 3: 1. Lóbulo medio patológico mostrando algunas fibras longitudinales englobadas en la infiltración histiocitaria. — 2. Trigono vesical. — 3. Lóbulo medio de la glándula preespermática; y 3'. Esferoide de dicho lóbulo. — 4. Conducto eyaculador. — 5. Glándula retroespermática. — 6. Uretra supramontanal. — 7. Uretra inframontanal. — 8. Haz muscular próstato-uretral. — 9. Fibras vésico-prostáticas laterales. — 10. Núcleo fibromiomaso.

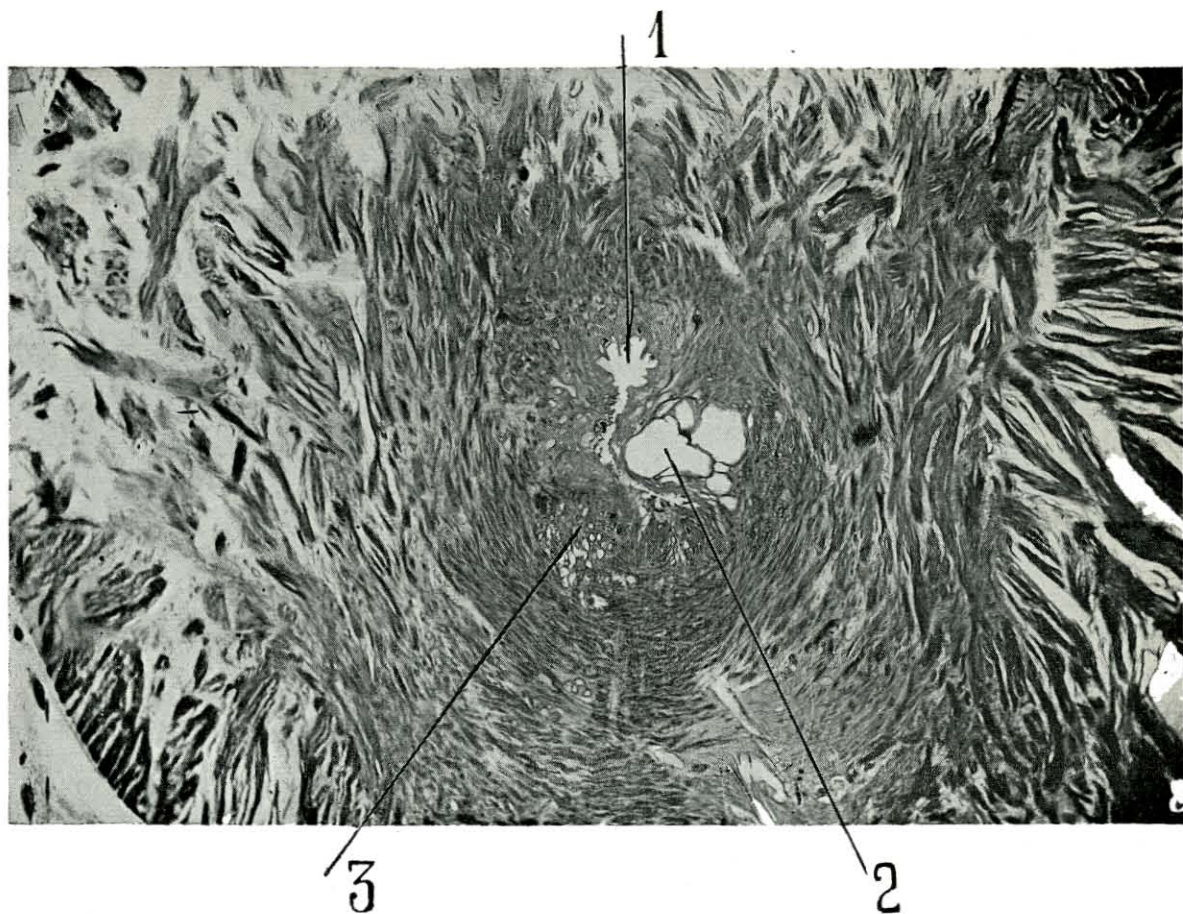


FIG. 4: 1. Orificio vesiculouretral. — 2. Quistes glandulares. — 3. Hipertrofia simple glándulas periuretrales.

Esto concuerda con las ideas que hoy son aceptadas unánimemente, de que la hipertrofia de la próstata es un proceso originado por trastornos endocrinos.

Pero dejando aparte la causa que la haya originado, a nuestro modo de ver la lesión primaria es la infiltración histiocitaria difusa del corion de la mucosa uretral y de la capa de fibras longitudinales del cuello vesical; ello da por resultado, en esta fase precoz, la disociación y aun la desaparición de estas importantes fibras cuya función específica es la abertura del cuello vesical. En ciertos casos, la infiltración histiocitaria sola o acompañada de núcleos miomatosos microscópicos, puede persistir durante mucho tiempo, determinando fenómenos de prostatismo, sin que sea posible apreciar las lesiones típicas de la hipertrofia prostática. (Fig. 2).

Estos casos entran de lleno en el grupo de los conocidos con el nombre de enfermedad del cuello vesical. En estas circunstancias, el diagnóstico se basa, aparte de los trastornos disúricos, en el resultado negativo de una minuciosa exploración. Únicamente a veces es posible al practicar la uretrocistoscopia, encontrar el labio posterior del cuello en forma de un rodete convexo más o menos saliente como ha indicado MARION. Es posible también encontrar un ligero aumento en la longitud

de la uretra montanal, hecho señalado por HEITZ-BOYER.

Un hecho práctico se desprende de ello y es que en este momento no existe espacio despegable que permita la enucleación, de lo cual se deduce que el tratamiento racional de estas lesiones, ha de consistir en la resección endoscópica de las mismas.

En una fase más adelantada del proceso aparecen núcleos miomatosos que, secundariamente, son invadidos por el epitelio de los acinis o de los conductos excretores de las glándulas periuretrales o centrales, dando lugar a la formación de las lesiones características de la hipertrofia de la próstata, o sean los esferoides. Estos pueden ser fibrosos, miomatosos, fibroadenomatosos o únicamente adenomatosos; ello depende de la fase de evolución del proceso. Estos hechos bien estudiados por REISCHAUER han sido confirmados por diversos autores y por nosotros mismos.

Estas lesiones son las que originan lo que se conoce con el nombre de adenoma intraesfinteriano, que puede percibirse al examen endoscópico y que a veces ocasiona trastornos notables de la micción, acusables, no al tamaño del tumor, sino a la destrucción de las fibras dilatadoras del cuello vesical. En esta fase ya es posible la enucleación por existir espacio despegable alrededor de los esferoides.

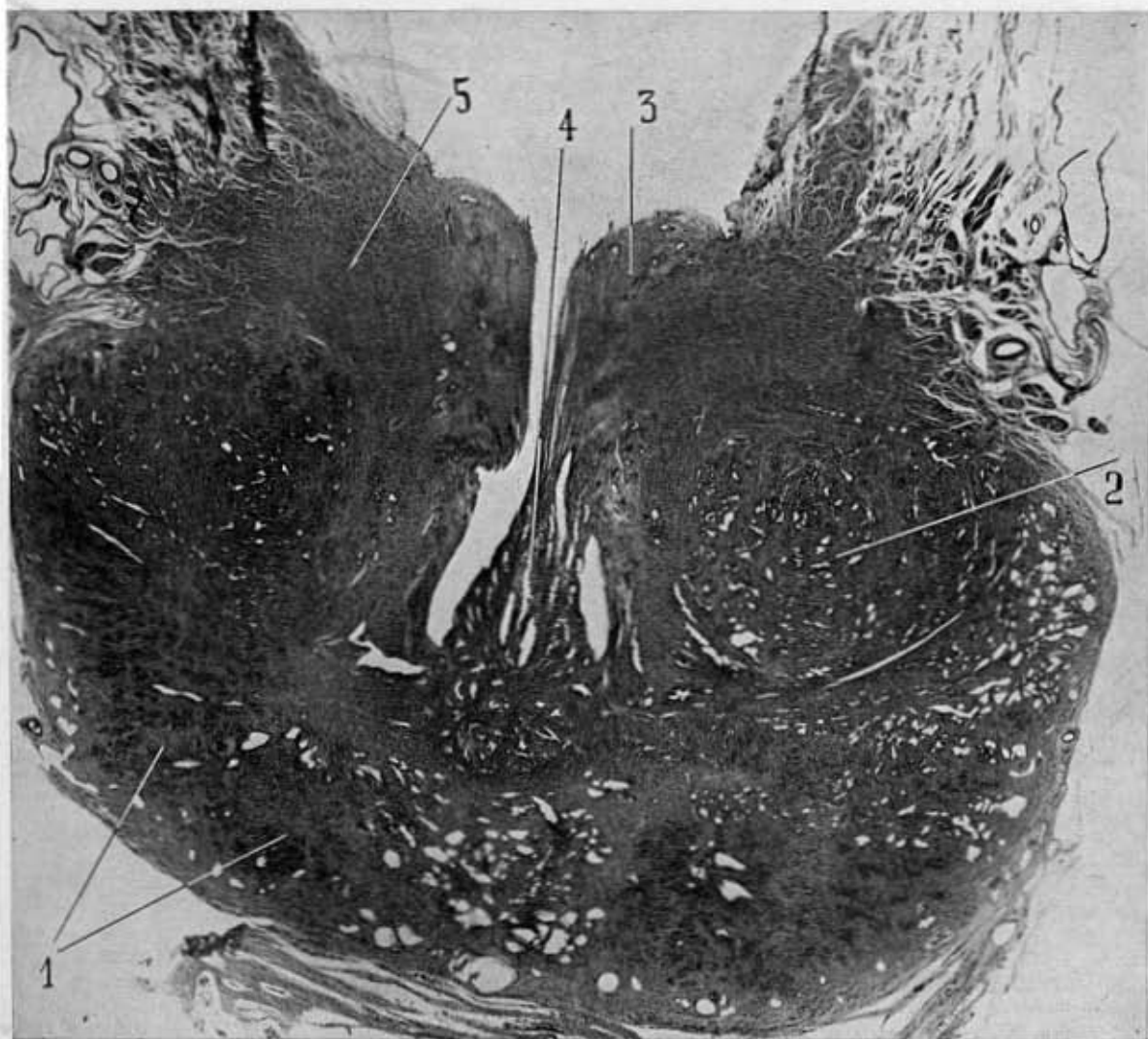


Fig. 5: Corte frontal rasando el labio posterior del cuello: 1. Porción retroespermática. — 2. Lóbulos subesfinterianos en fase de hipertrofia inicial.—3. Labio posterior del cuello.—4. Utrículo y conductos eyaculadores.—5. Asa de Hesse.

Ocurre con frecuencia que las neoformaciones intraesfinterianas adquieren un desarrollo considerable, formando el denominado lóbulo medio patológico; al crecer tiene tendencia a manifestarse al interior de la vejiga, adquiriendo en algunos casos proporciones enormes (Fig. 3).²

Cuando el lóbulo medio patológico se presenta de un modo independiente, es decir, con integridad del resto de la próstata, creemos que la vía de elección para su extirpación es la vía transvesical, dado que esta neoformación adquiere los caracteres de ser un proceso vesical, a pesar de su origen cervical.

Es un hecho de observación frecuente que el lóbulo medio patológico determina grandes trastornos de la micción y la causa hay que buscarla en su topografía, ya que se desarrolla en un punto estratégico, donde confluyen las fibras dilatadoras del cuello; y es bien sabido que la abertura del cuello se realiza principalmente a expensas del labio posterior.

A veces también es posible observar la hipertrofia de las glándulas centrales o submucosas, sin que existan señales de infiltración histiocitaria ni núcleos mómotosos. La hipertrofia simple de estas glándulas da origen, en ocasiones, a la formación de pequeños quistes, que insinuándose entre las fibras longitudinales las disocia y las engloba, dificultando la abertura del cuello vesical. En estos casos tampoco existe espacio despegable, y teniendo en cuenta su situación superficial y su escaso volumen, la terapéutica más adecuada consiste en su ablación por vía endoscópica (Fig. 4).

Lesiones extraesfinterianas.—Estas lesiones radican en las glándulas que hemos descrito, constituyendo la porción craneal. Pueden afectar únicamente los lóbulos subesfinterianos que es lo habitual, o bien, dichos lóbulos y a más el lóbulo medio preespermático. En ambos casos la hipertrofia puede ser simple formando el adenoma prostático puro, o bien puede ir acompañada de infiltración histio-

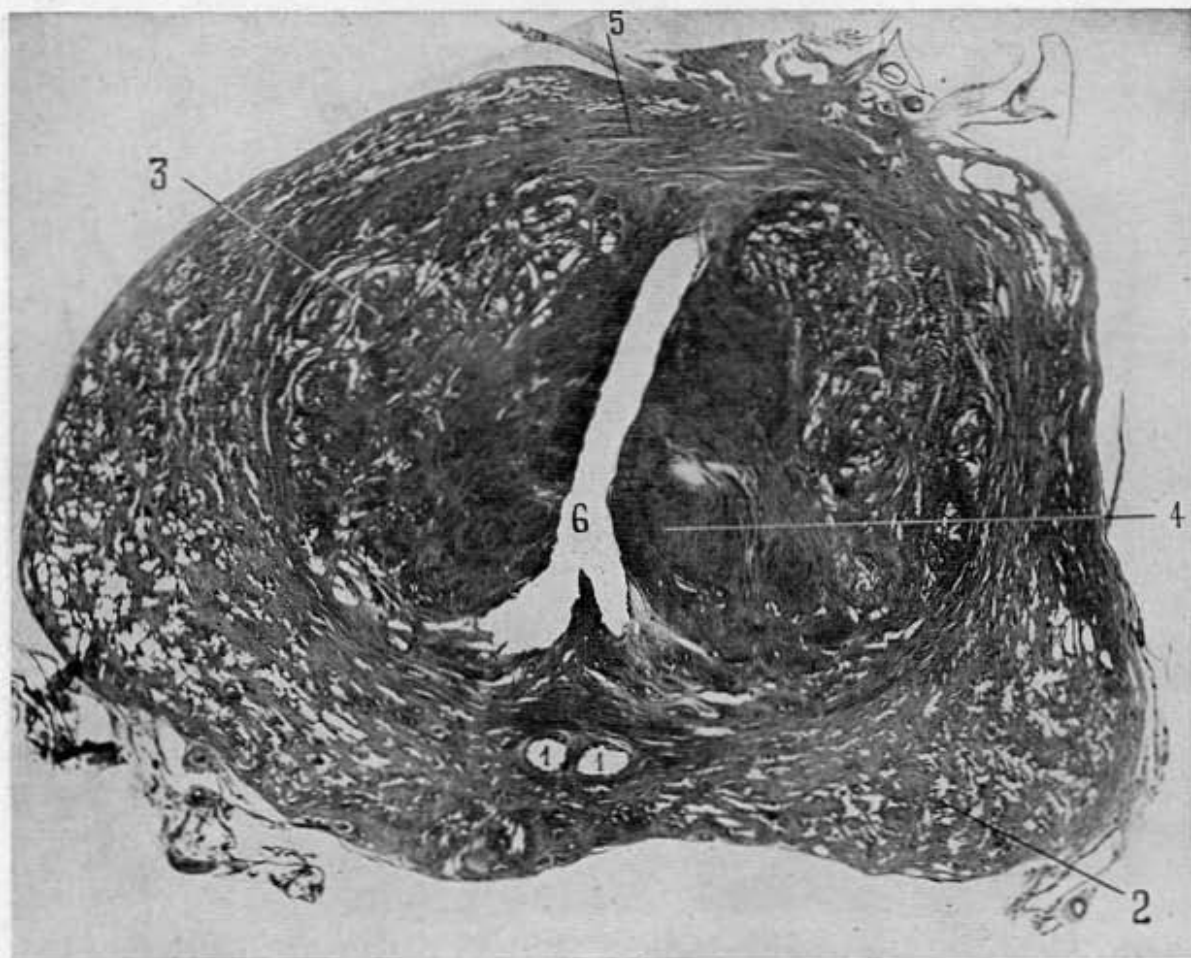


FIG. 6: 1. Conductos eyaculadores. — 2. Porción retroespermática. — 3. Lóbulos subesfinterianos adenomatosos. — 4. Infiltración histiocitaria y nódulos fibromiomatosos desarrollados en el corion de la mucosa uretral. — 5. Comisura muscular anterior.

citaria con formación de miomas constituyendo la forma mixta o sea el adenomioma.

Habitualmente existe hipertrofia de ambos lóbulos subesfinterianos, constituyendo los llamados lóbulos patológicos laterales (Fig. 5).

La hipertrofia aislada del lóbulo medio es poco frecuente y cuando ocurre acostumbra a ocasionar pocos trastornos miccionales.

Cuando se presenta únicamente hipertrofia de la glándula craneal con integridad del corion de la mucosa uretral y de las fibras longitudinales vesicoprostaticas, aparecen pocos trastornos miccionales, salvo en los casos muy avanzados que adquieren grandes dimensiones y aun así presentan poco residuo vesical. Ello viene a constituir una explicación de la observación antigua y cotidiana de la desproporción que existe entre el tamaño del adenoma y los trastornos miccionales que provoca. En efecto, es la destrucción o disociación de las fibras dilatadoras del cuello vesical, situadas entre el sistema esfinteriano y la mucosa uretral la que determina principalmente la disuria.

Al principio de la hipertrofia de los lóbulos sub-

esfinterianos, tampoco existe espacio despegable; éste aparece en fases adelantadas, haciéndose más marcado en las fases finales. De ello se desprende la conveniencia de no intervenir precozmente.

Cuando la hipertrofia simple de los lóbulos subesfinterianos se manifiesta clínicamente, ha alcanzado ya un volumen considerable, constituyendo siempre una tumoración intraprostática, por todo lo cual consideramos que las vías más adecuadas para efectuar su extirpación son la perineal y la retropúbica.

Lesiones intra y extraesfinteriana.—Es de observación frecuente la existencia de núcleos miomatosos y adenomiosomatosos desarrollados en los lóbulos subesfinterianos de un modo independiente a las neoformaciones similares intraesfinterianas.

Otras veces la infiltración histiocitaria y los nódulos miomatosos aparecen primitivamente en el corion de la mucosa uretral, dando la impresión que al ponerse en contacto con los lóbulos subesfinterianos, inmediatamente por debajo del esfínter interno, estimularían la hipertrofia de dichos lóbulos. En esta variedad, que es muy frecuente, cuan-

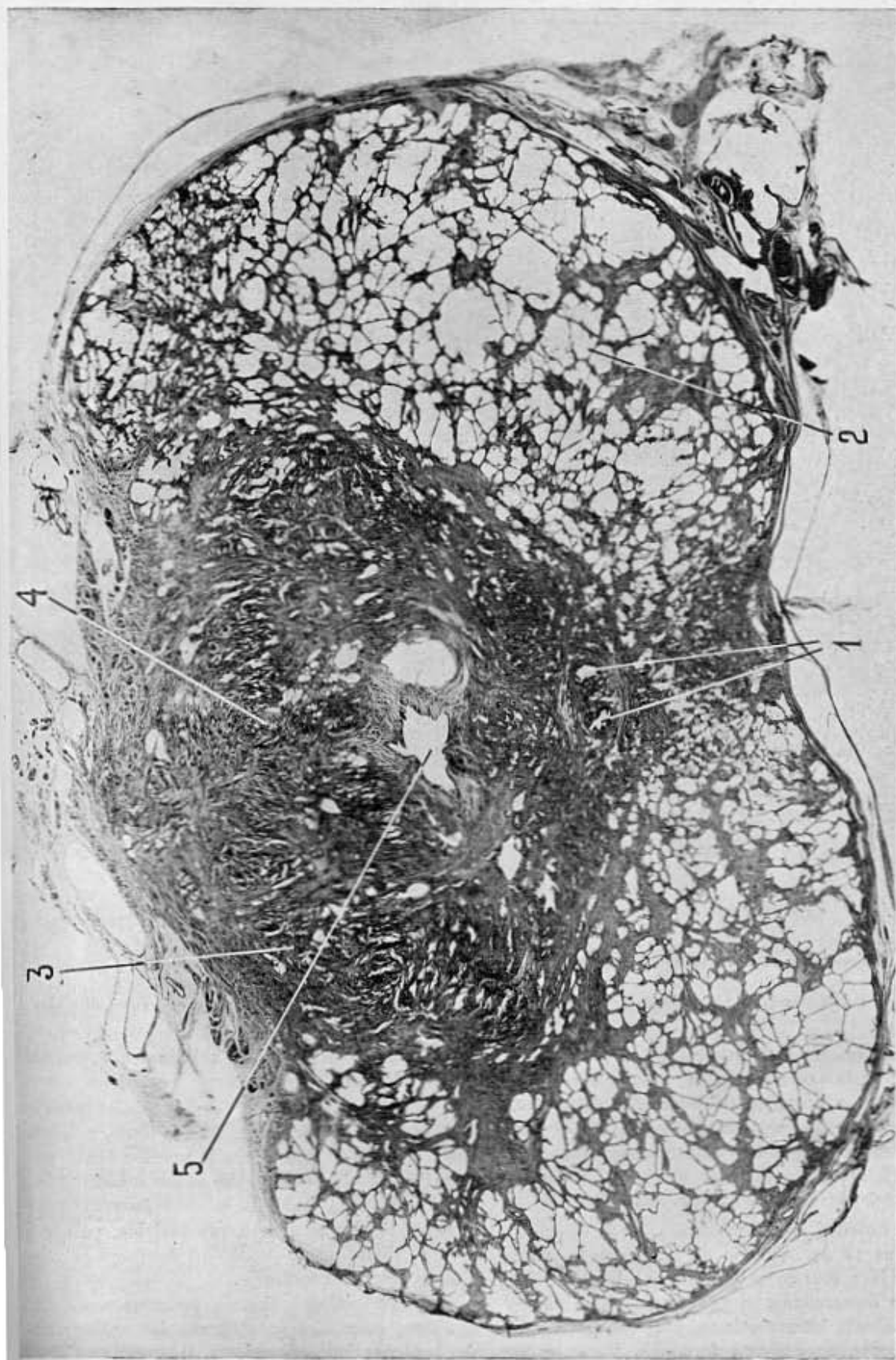


Fig. 7: 1. Conductos eyaculadores. — 2. Próstata caudal. — 3. Próstata craneal (lóbulo subesinterlobular). — 4. Comisura muscular anterior disecada por acinis glandulares. — 5. Uretra prostática supramontana.

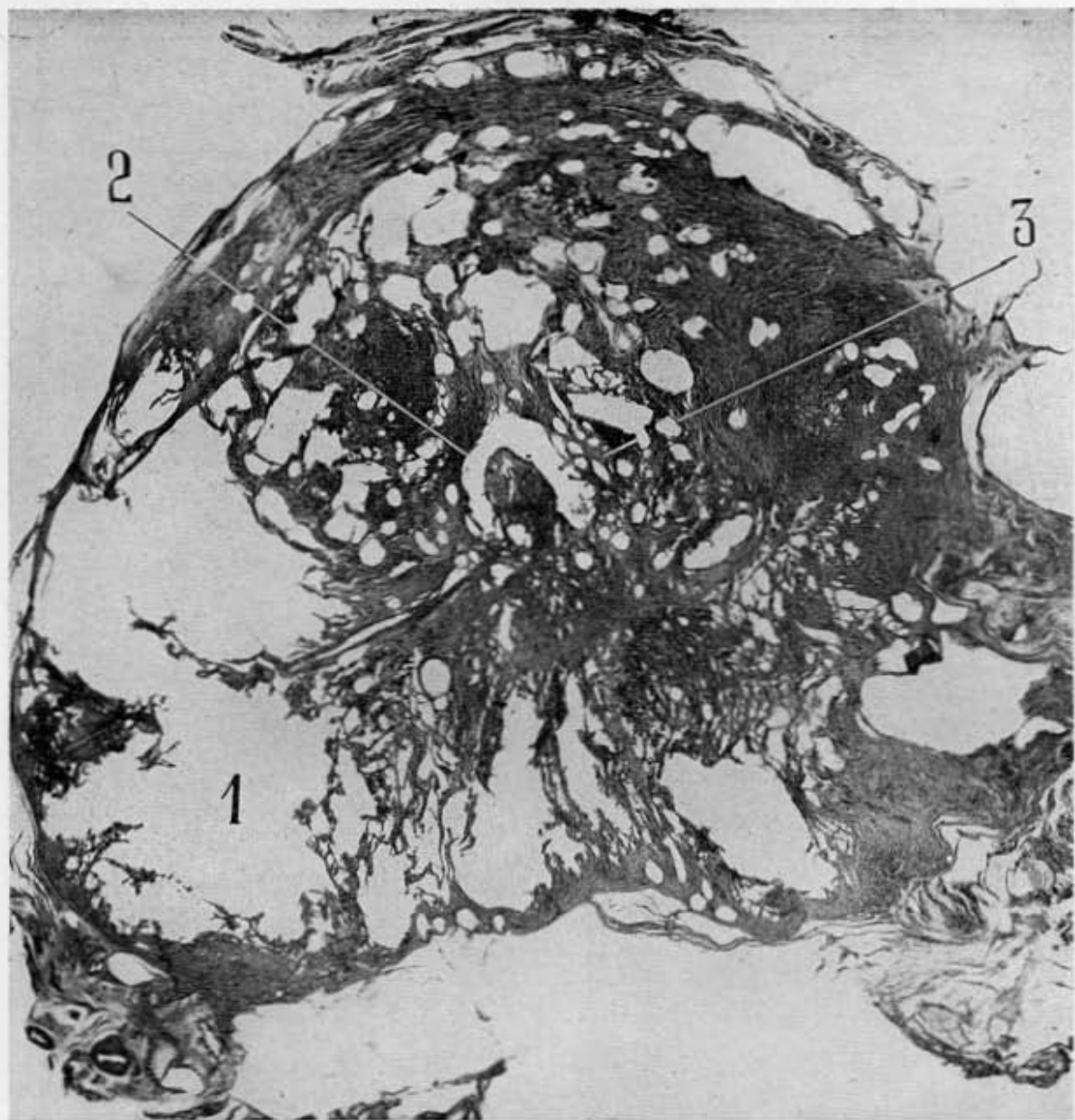


FIG. 8: 1. Porción caudal de la próstata destruida en gran parte. — 2. Uretra inframontanal. — 3. Vasos dilatados.

do se examina un corte horizontal que interesa la totalidad de la próstata (fig. 6), se ve en las paredes laterales y posterior del conducto uretral una masa densa fibromiomatosa, en la que han desaparecido completamente las fibras longitudinales vesicoprostaticas y por fuera se observan los lóbulos subesfinterianos de aspecto adenomatoso.

En la variedad mixta que acabamos de describir, cuando no va acompañada de lóbulo medio patológico o bien cuando en caso de existir se encuentra poco desarrollado, el proceso continúa siendo exclusivamente intraprostático, y al extirparlo quirúrgicamente, se presenta formando los llamados lóbulos laterales patológicos. En estos casos creemos

que la vía indicada para su ablación es la perineal o la retropúbica.

A veces ocurre que entre los dos lóbulos laterales patológicos se desarrolla un tercer lóbulo, el lóbulo medio patológico, que ocupa la porción media posterior, estableciendo la unión de los mismos y formando una pieza única. La proporción volumétrica de estos lóbulos es sumamente variable, ya que a veces el lóbulo medio predomina sobre los laterales y otras ocurre lo contrario.

Resumen.— Como síntesis podemos sentar las siguientes conclusiones: Primera, las neoformaciones benignas intraesfinterianas al crecer se dirigen hacia la vejiga, constituyendo el lóbulo medio pato-

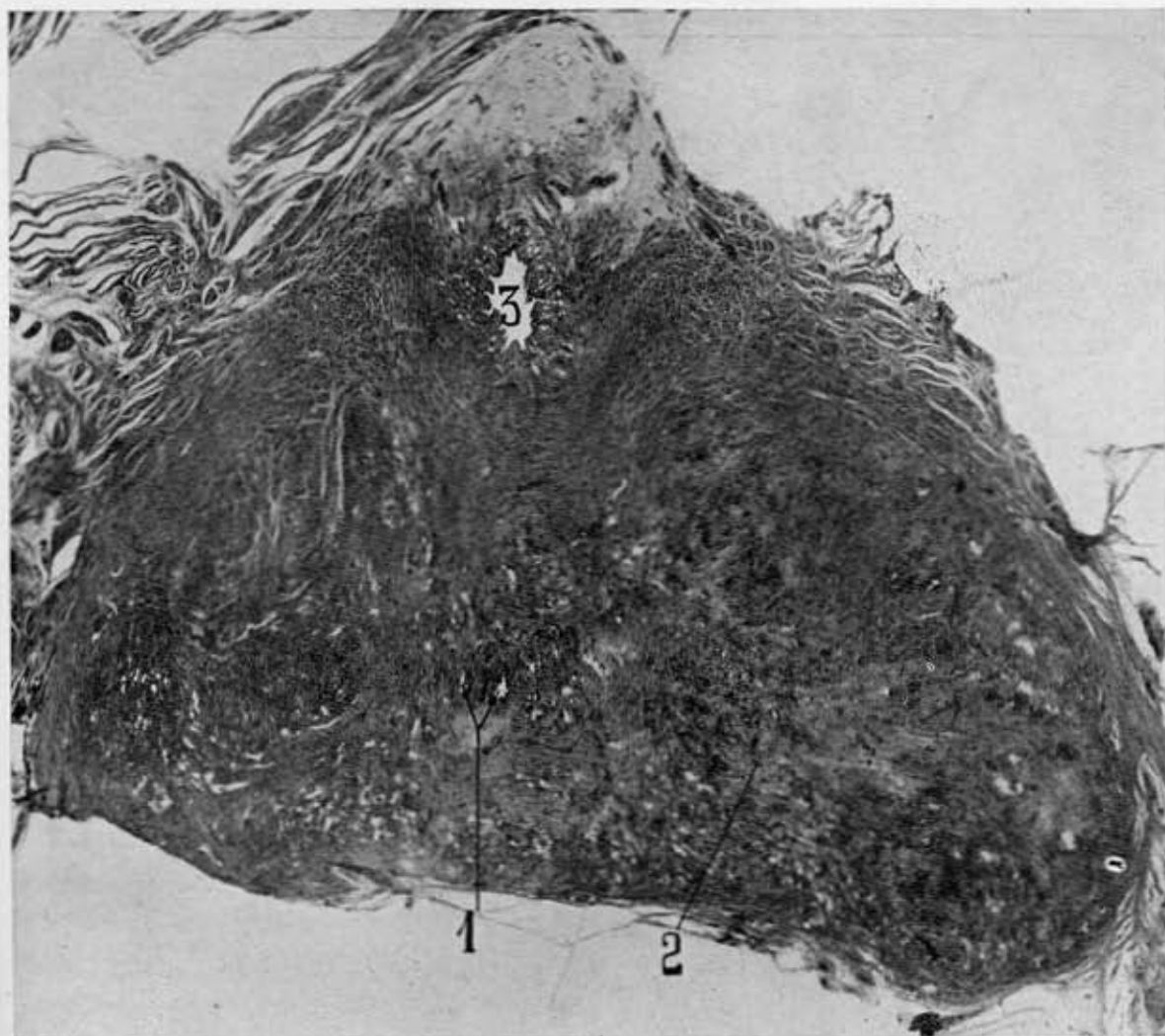


Fig. 9: 1. Conductos eyaculadores en vías de atrofia y obliteración. — 2. Lóbulo derecho de la próstata mostrando la desaparición casi completa del tejido glandular y muscular y su sustitución por tejido fibroso. — 3. Cuello vesical.

lógico. Son de evolución vesical y en principio deben extirparse por vía endoscópica en las fases iniciales o poco adelantadas, y por vía transvesical en los grandes lóbulos medios patológicos.

Segunda. Las neoformaciones que se originan en la glándula craneal formando los llamados lóbulos laterales patológicos, son siempre tumores intraprostáticos y al crecer emergen por el único sitio que pueden, es decir, por el espacio intervésicogenital comprendido entre el extremo superior del conducto eyaculador y la inserción de la cinta longitudinal posterior del músculo detrusor. Como regla terapéutica debe recomendarse su ablación por vía retropúbica o perineal.

Tercera. En los casos mixtos, cuando coexisten lesiones intra y extraesfinterianas constituyendo el tipo habitual formado por dos lóbulos laterales patológicos unidos ambos por el lóbulo medio patológico, casi siempre debe intervenir por vía perineal o retropúbica. Sólo en casos excepcionales, en que el lóbulo medio patológico adquiera un volu-

men extraordinario, coincidiendo con un desarrollo exiguo de los lóbulos laterales patológicos, estará indicada la vía transvesical.

EVOLUCIÓN DE LA HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA. — Se considera que la evolución del adenoma sigue una marcha progresiva; esto ocurre habitualmente, pero no siempre.

No se puede hablar de curación espontánea de esta lesión por reabsorción de sus elementos anatómicos. Pero tanto desde el punto de vista clínico como anatomopatológico existen casos en los cuales parece que se detiene la evolución del proceso, quedando estacionario o siguiendo un curso sumamente lento. Todos podemos presentar casos de enfermos diagnosticados de hipertrofia de próstata, en la primera fase del prostatismo y que examinados 10 ó 15 años después presentan a poca diferencia el mismo cuadro clínico.

Es muy posible que el crecimiento del adenoma de la próstata, de modo análogo al mioma uterino,

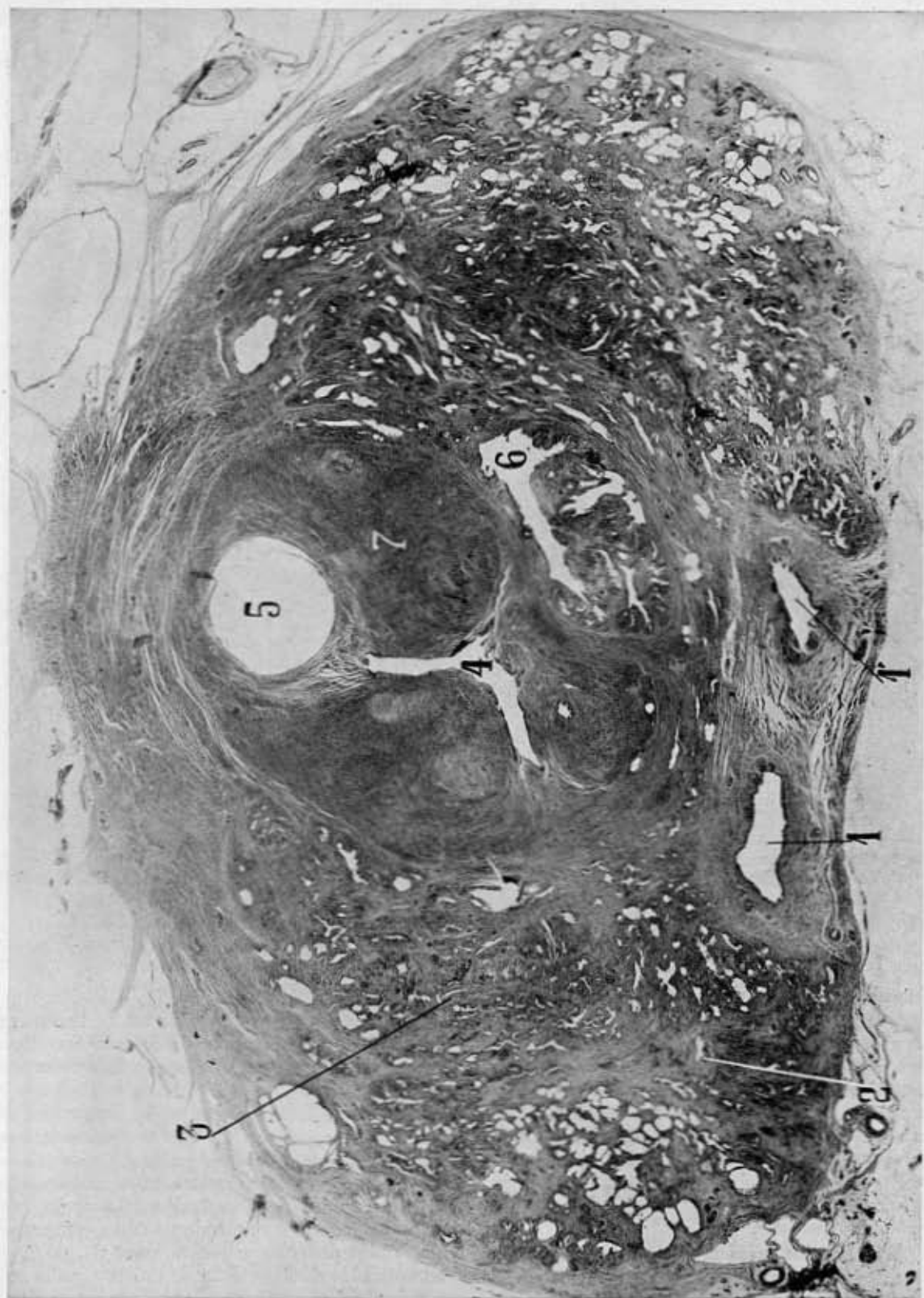


FIG. 10: 1 y 1'. Conductos eyaculadores. — 2. Porción retroespermática, de la próstata. — 3. Lóbulos subesfinterianos. — 4. Conducto uretral. — 5. Quiste seroso. 6. Hipertrofia glándulas extraesfinterianas. — 7. Infiltración histiocitaria con inicio de nódulos fibromiomatosos.

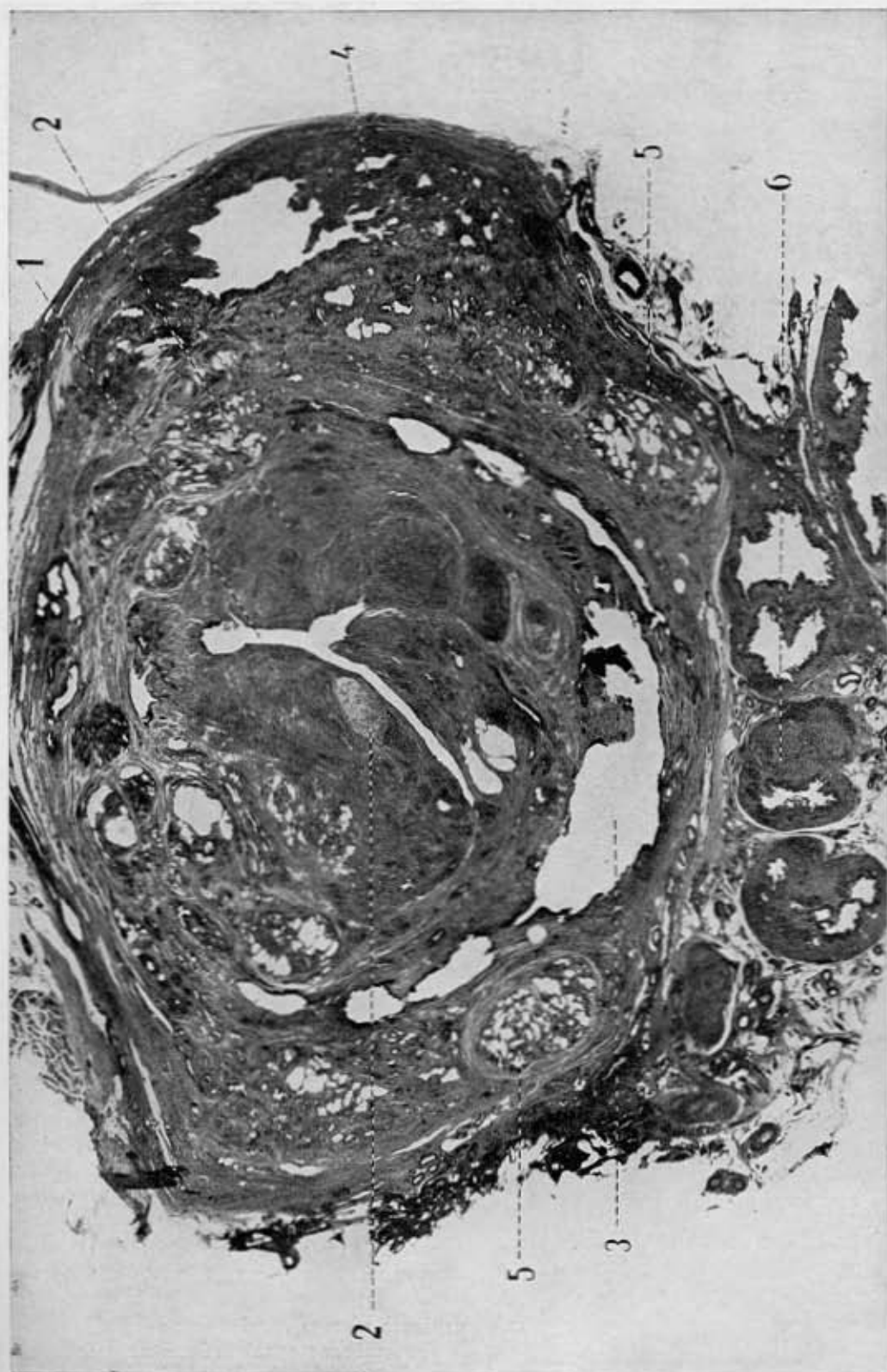


FIG. 11. 1. Conducto uretral. — 2. Nódulos miomatosos. — 3. Cavidades que ocupaban los cálculos. — 4. Foco de pros. tatis supurada. — 5. Esteroides. — 6. Vesículas.

experimente una detención o hasta cierto retroceso como consecuencia de variaciones en el estado funcional de la glándula genital y otras glándulas de secreción interna. En la mujer afecta de mioma

uterino, cuando entra en la menopausia, generalmente mejoran sus molestias y fenómenos patológicos, por lo que no necesita muchas veces su ablación.

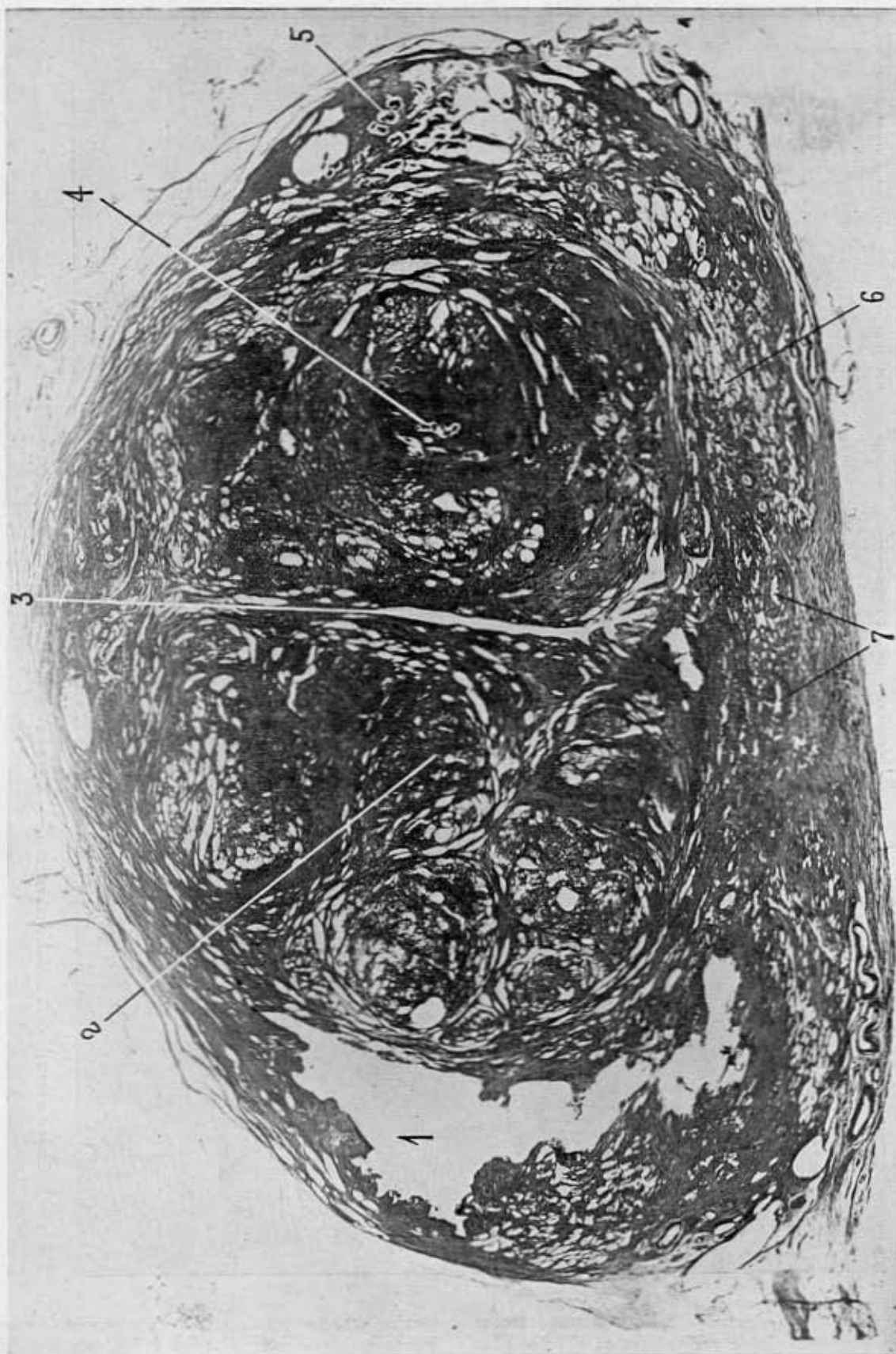


FIG. 12: 1. Caverna tuberculosa de la glándula retroespermática. — 2. Lóbulo adenomatoso. — 3. Conducto uretral. — 4. Adenitis tuberculosa. — 5. Foco tuberculoso de la glándula retroespermática. — 6. Glándula retroespermática normal. — 7. Conductos eyaculadores.

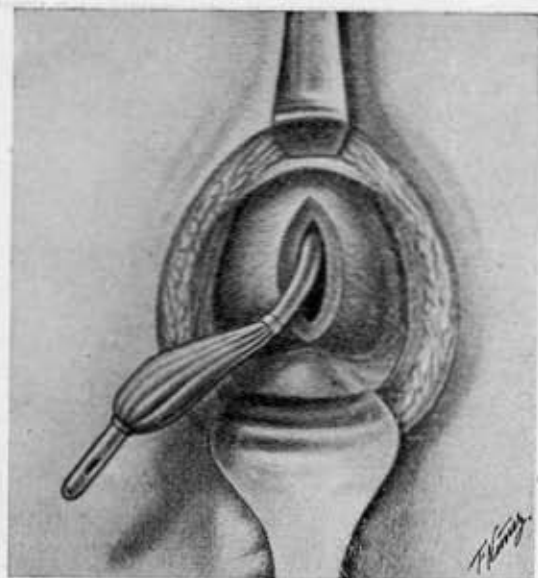


FIG. 13

En realidad, poco sabemos del climaterio masculino, pero en nuestros estudios hemos observado que la involución de la glándula genital ofrece variaciones sumamente notables. Hemos visto individuos que alrededor de los cincuenta años presentan ya lesiones manifestas de involución en forma de esclerosis en la pared propia, disminución de la altura del epitelio germinativo, tendencia a la uniformidad celular y ausencia de espermatozoides.

En contraste con esto, hemos visto en individuos de 75 y hasta de 80 años, el tubo seminífero conservando un aspecto sorprendente por la riqueza

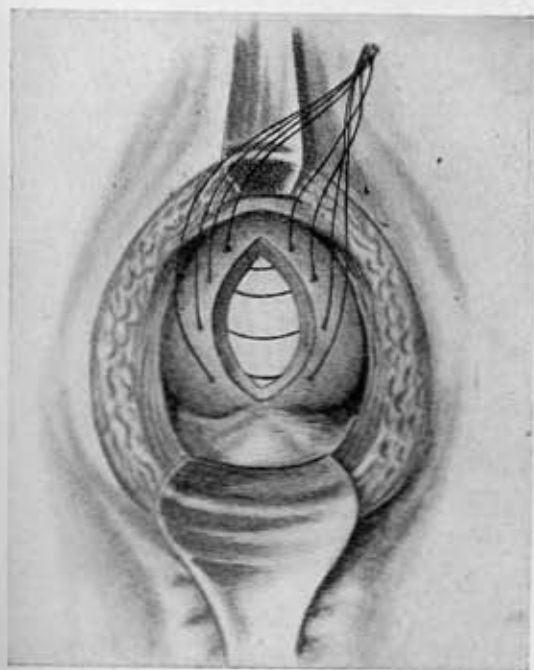


FIG. 14

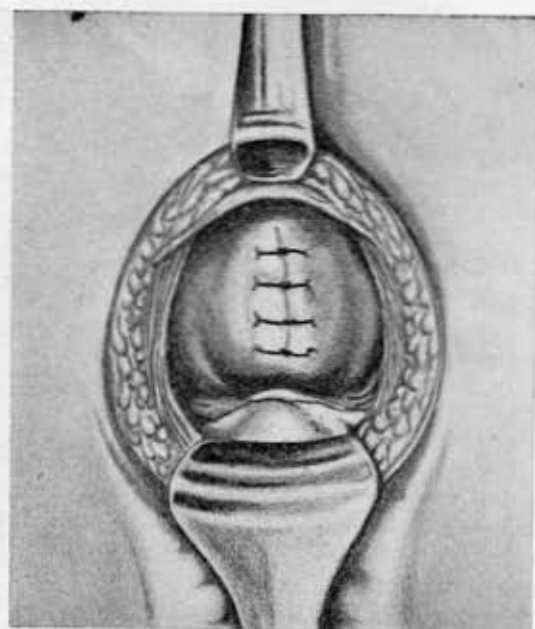


FIG. 15

celular, buena afinidad tintórea y presencia de cabezas de espermatozoides.

Ello nos induce a pensar en la conveniencia de no tener un criterio demasiado exclusivista y radi-



FIG. 16

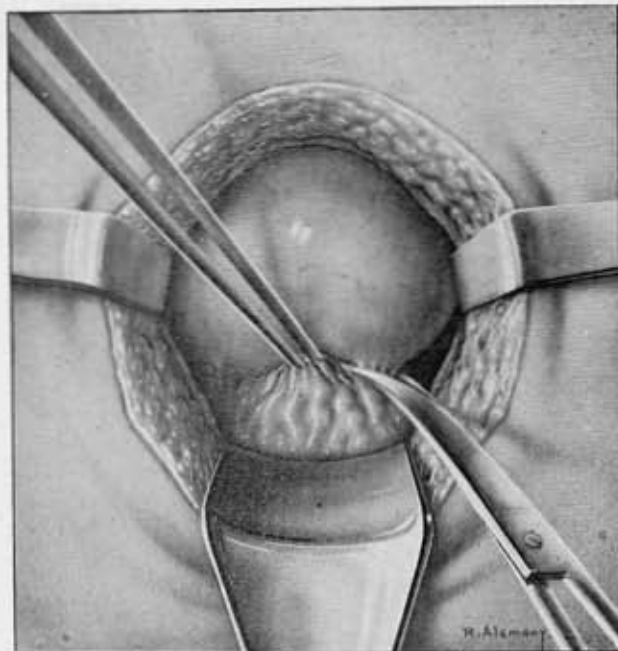


FIG. 17

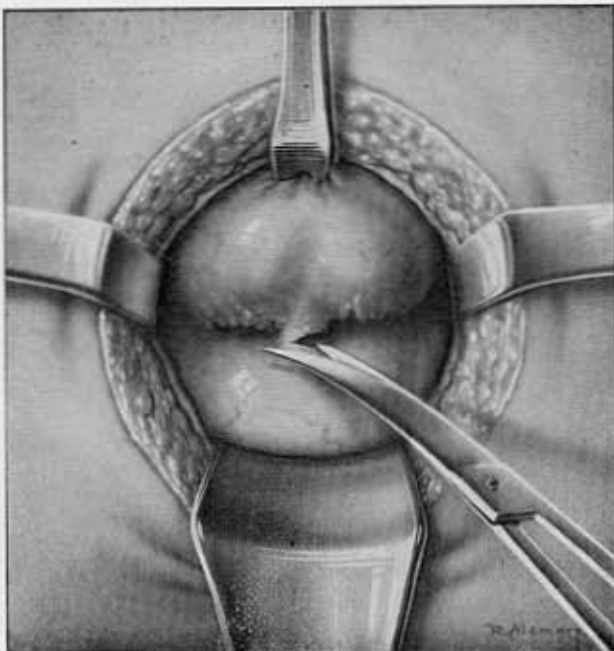


FIG. 19

cal, en el sentido de aconsejar precozmente la extirpación quirúrgica de la hipertrofia de la próstata.

Nadie puede en las fases iniciales del proceso hacer un pronóstico sobre la evolución del mismo. Por ello lo prudente es esperar su desenvolvimiento. De otra parte, salvo casos excepcionales, la ablación en los inicios no tiene tanta garantía de perfecta enucleación por la ausencia del espacio despegable antes citado. Ello puede ser causa de recidivas, sea por la incompleta ablación de las lesiones o por

la posible hiperplasia de la glándula restante. La recidiva, que incluso puede ocurrir cuando se opera en edades avanzadas, es más factible que ocurra si se interviene precozmente en individuos relativamente jóvenes.

Otro factor a tener en cuenta es la posibilidad de un error diagnóstico, ya que los trastornos iniciales del prostatismo pueden ser simulados por causas independientes de la lesión prostática.

Este criterio de no intervención precoz no quiere

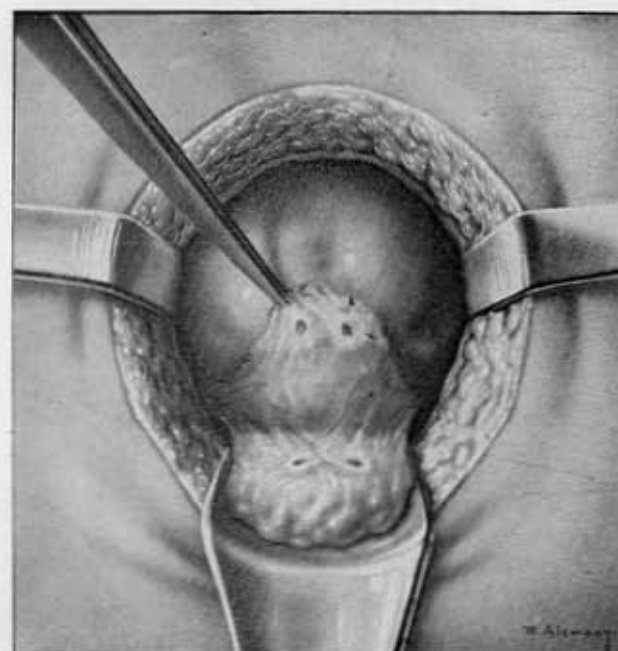


FIG. 18

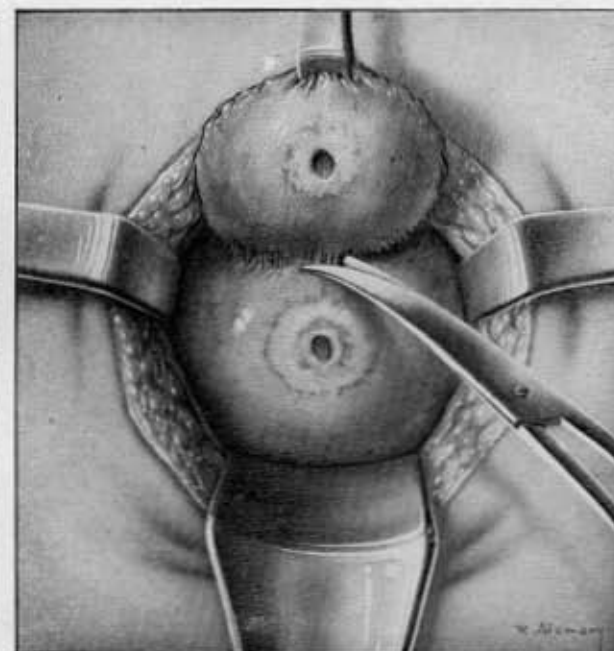


FIG. 20

decir que creamos en la eficacia curativa del tratamiento hormonal ni de otros medicamentos. Vigilar la evolución del proceso, aconsejando las reglas higiénicas habituales en esta clase de enfermos, que en definitiva consiste en evitar todas las causas de congestión pelviana, permiten esperar en la gran mayoría de los casos a que el adenoma madure y se haga extirpable en buenas condiciones.

En todo caso, de intervenir en las fases iniciales, la vía más indicada es la transuretral.

Incluso en la variedad que hemos descrito de infiltración histiocitaria localizada en el corion de la mucosa uretral, creemos que la electrocoagulación o resección intraesfinteriana precoz de estas neoformaciones, podrían actuar en cierto modo como tratamiento profiláctico. Naturalmente que esto no de un modo absoluto, porque la lesión ya existe; pero si tenemos en cuenta que estos focos intraesfinterianos originan el lóbulo medio patológico y que por debajo del esfínter actúan excitando la hipertrofia de los lóbulos subesfinterianos, se comprenderá que una simple resección de esta zona podrá a veces detener la evolución del proceso.

Al sentar este criterio, en modo alguno queremos significar que debemos esperar las fases finales del proceso. Prescindiendo de que esto sería un absurdo clínico, por cuanto sabemos que al entrar en la fase de retención crónica incompleta repercute sobre el funcionalismo renal y acaba por destruir el riñón. Pero desde el punto de vista puramente local, no es conveniente esperar la formación de grandes masas mioadenomatosas o fibroadenomatosas, porque entonces la intervención es más peligrosa, sea cual sea el método que se emplee, por los siguientes motivos: 1) porque debido a la hipertrofia de los vasos arteriales, destinados a la irrigación de estas enormes masas, la hemorragia será mayor; 2) su ablación en vez de hacerse en un solo bloque, como es lo conveniente, nos veremos forzados a hacerlo fragmentariamente, lo cual alarga y aumenta el traumatismo operatorio; 3) la atrofia enorme que experimenta la porción retroespermática de la próstata con la desaparición de los elementos musculares de la misma, ocasiona una vez efectuada la enucleación, la formación de una gran cavidad que tiene poca tendencia a la retracción, lo cual da lugar a la formación de lo que se denomina antevejiga.

Se ha dicho que esto ocurre como consecuencia de la aplicación de grandes taponamientos o de sacos elásticos. A nuestro modo de ver, esto es una interpretación errónea, pues no creemos que la distensión de la celda prostática durante 48 horas después del acto operatorio sea la causa determinante de la falta de retracción de sus paredes. Resultaría chocante que una dilatación que se ha realizado durante años, pueda estar influenciada por la distensión de la misma durante 48 horas después de la intervención. En realidad, cuando esto ocurre, es debido a la desaparición de los elementos musculares intrínsecos de la próstata y a la trans-

formación de la celda prostática, en una pared delgada y fibrosa que no tiene ninguna tendencia retráctil.

Por todo ello opinamos que cuando se interviene en las fases finales, la vía preferible es la transvesical y en ello creo que estamos de acuerdo casi todos. Los reseccionistas consideran que no es prudente la prostatectomía transuretral en las grandes hipertrofias, porque el acto operatorio al prolongarse más de una hora se hace peligroso y muchas veces es preciso practicar una segunda resección, cosa no recomendable.

Nosotros no creemos aconsejable tampoco la vía vía perineal, porque estas enucleaciones laboriosas son las que determinan la elongación de los nervios y hasta la posible lesión del esfínter externo, determinando incontinencia pasajera e impotencia postoperatoria.

En cuanto a la vía retropúbica, aunque tenemos poca experiencia personal, nos da la impresión de que algo análogo ocurre a lo que acabamos de decir respecto a los inconvenientes de la vía perineal.

La vía transvesical es la que ofrece menos peligros de lesionar el esfínter y los nervios que lo inervan, y es además la que en caso de hemorragia importante permite de un modo más seguro realizar la hemostasia, sea por medio de taponamiento con gasa corriente o reabsorbible, por medio de balones hemostáticos, en especial el de Foley.

No queremos con ello significar que no tenga inconvenientes la aplicación del Foley o del taponamiento, ya que ello ocasiona a veces estados espasmódicos que obligan a la administración de medicamentos que pueden paralizar la musculatura intestinal. Sin negar que esto pueda ocurrir, y recomendando por ello reducir al mínimo la aplicación de antiespasmódicos, creemos, sin embargo, que muy excepcionalmente ocasionará resultados irreparables. Hay que tener también en cuenta que los espasmos que aparecen después del acto operatorio dependen principalmente de la reacción individual del individuo. Todos hemos visto casos de enfermos en los que la simple colocación de la sonda permanente provoca espasmos violentos que la hacen intolerable. Igualmente se observa a veces que en enfermos cistostomizados la sonda de Petzer se hace intolerable por las contracciones violentas que provoca en el músculo vesical.

Hipertrofia esencial de la próstata.—Hasta principios de siglo se creía que la hipertrofia de la próstata era debida a una hipertrofia de todos sus elementos. De los estudios de METZ, PEREARNAU, ALBARRAN, TANDLER y ZUCKERKANDL y otros muchos autores, hasta llegar a los tiempos actuales con las aportaciones de REISCHAUER confirmadas por MOORE, DENIS, LEDUC, etc., se ha llegado a la conclusión que lo que se llama habitualmente hipertrofia de la próstata, es debido a las neoformaciones benignas desarrolladas en el corion de la mucosa uretral y en el estroma de las glándulas preespermáticas

de la próstata, que al desarrollarse rechazan hacia la periferia la glándula retroespermática, produciendo su atrofia progresiva.

Ya hemos expuesto nuestro criterio sobre este punto que confirma, salvo algunas diferencias referentes al origen y evolución del proceso, las ideas hoy día consideradas como clásicas.

Sin embargo, no corresponde a la realidad el negar rotundamente la existencia de la verdadera hipertrofia prostática, ya que hemos podido comprobar que el cuadro del prostatismo puede ser originado por la simple hipertrofia total de la próstata, que creemos debe denominarse hipertrofia esencial de la próstata.

Al examinar por el método de los cortes seriados estas próstatas voluminosas, que a veces adquieren grandes dimensiones, se pueden observar a poco aumento y aun macroscópicamente al cortar la pieza, la existencia de dos porciones de aspecto distinto. Una porción central periuretral, que desde la región del verum asciende hasta el esfínter y que presenta un aspecto uniforme macizo o carnososo. Y una segunda porción, dispuesta concéntricamente alrededor de la periuretral, formando a veces círculos completos, que presentan un aspecto alveolar que asemeja un panal de abejas.

Al examinar al microscopio a mediano aumento (fig. 7) se aprecia en primer lugar la integridad del corion y de las fibras longitudinales de la uretra supramontana, así como las glándulas centrales y submucosas.

La porción periuretral maciza está formada por la hipertrofia de los tres lóbulos que constituyen la porción preespermática o craneal de la próstata, pero con la ausencia absoluta de esferoides y de infiltración histiocitaria. Existe únicamente hipertrofia de los acinis glandulares, que al crecer disocian mecánicamente las fibras musculares pertenecientes al gran arco subesfinteriano, así como a otros elementos musculares que proceden de la vejiga, ocasionando con ello dificultades a la micción.

La porción periférica o retroespermática, presenta un aspecto normal con ausencia de esferoides. Pero la enorme hiperplasia que experimenta, sobre todo al invadir la comisura muscular anterior, que en estado normal se interpone entre ambos lóbulos pósterolaterales, determina la disociación de estos haces musculares que desempeñan un papel importante en el acto de la micción, contribuyendo con ello a la disuria.

De ello se desprende que no existen nódulos patológicos y que por tanto no se puede hablar de ablación quirúrgica de los mismos, como se hace habitualmente, por no existir espacios despegables.

En estas circunstancias, si la disuria aumenta y hace necesaria una intervención curativa, creemos que el método de elección es la resección endoscópica, para los que dominan a la perfección esta técnica; o bien la vía transvesical, con amplia abertura de la vejiga y colocación del separador de Jolly, exponiendo bien la región del trigono y cuello

vesical; se practica entonces una incisión circular alrededor del orificio véscouretral y resecando todos los tejidos del cuello hasta las inmediaciones del verum, creando una cavidad infundibuliforme con la ablación lo más amplia posible de la porción preespermática o craneal de la próstata.

Degeneración fibrovascular de la próstata.—En oposición al cuadro que acabamos de describir, debemos colocar un proceso patológico, que sólo lo hemos observado en la vejez, que coincide con una degeneración atrófica precoz de la glándula genital y que consideramos debe llamarse degeneración fibrovascular de la próstata.

Cuando las lesiones aparecen difusamente en toda la próstata, son responsables de fenómenos de prostatismo en un todo análogos a los provocados por la llamada hipertrofia prostática, pero además presentan como síntoma especial el provocar hemorragias espontáneas de la próstata.

Esta enfermedad probablemente corresponde a lo que GUYON llamó próstatas pseudosarcomatosas, pues estas próstatas tienen una consistencia más blanda de lo normal, lo que junto con la tendencia que tienen a las hemorragias, es lo que hace posible la confusión.

Al contarlas con el microtomo, los cortes no se presentan de un modo homogéneo y entero, como es habitual en la próstata, y al extenderlos sobre el portaobjetos resulta sumamente difícil obtener un corte uniforme y completo. Generalmente nos debemos conformar con fragmentos de la próstata.

A poco aumento se aprecia, en el espesor de la próstata pero con predilección alrededor del conducto uretral y también en la zona periférica de la glándula, unos vasos sumamente dilatados. El parénquima prostático en muchas preparaciones aparece en forma de fragmentos por haberse desprendido partes del mismo. Esto se observa en las fases muy adelantadas del proceso (fig. 8). En estos casos el tejido glandular puede decirse que ha desaparecido y si queda algún islote apenas toma el colorante. Asimismo han desaparecido las fibras musculares. Puede decirse que los elementos nobles, es decir, el tejido glandular y el muscular, han sido substituidos por tejido fibroso, pero este tejido fibroso no aparece en masas compactas como es habitual en las próstatas fibrosas producidas por procesos inflamatorios. Por el contrario, aquí este tejido fibroso se presenta edematoso y poco consistente. Es característico el aspecto areolar que ofrece al examen con lupa y aun a simple vista.

Cuando el proceso se examina en sus fases iniciales, las dilataciones vasculares aparecen circuncritas principalmente alrededor del conducto uretral y también del utrículo prostático y de los conductos eyaculadores, y únicamente algún que otro vaso dilatado aparece en el interior del parénquima. En esta fase, la porción alta de la próstata aparece poco afectada. Las lesiones son discretas y comienzan a manifestarse por debajo del verumontanum, es decir, en la región retroespermática de la próstata,

tendiendo a aumentar en la región apical. A veces, las lesiones radican únicamente en un lado, contrastando con el aspecto normal del lado opuesto. Este último presenta los acinis glandulares con el epitelio bien coloreado, así como el estroma. En la porción afecta se aprecia palidez por defecto de coloración de los acinis glandulares. Existen espacios importantes desprovistos de elementos glandulares y empiezan a aparecer bandas fibrosas que los surcan en sentido radial.

Cuando se llega a los estadios adelantados, se comprenden perfectamente los trastornos miccionales que afectan a los enfermos, así como las hematurias espontáneas o provocadas por un simple sondaje hecho con toda suavidad.

Se comprende también que en sus comienzos, cuando las dilataciones vasculares radican exclusivamente en la región esfinteriana del cuello vesical, puedan precozmente determinar disuria por lesionar o disociar las fibras longitudinales vésicouretrales.

Al principio nuestras observaciones se limitaron exclusivamente a la glándula prostática. Posteriormente hemos estudiado al mismo tiempo la glándula genital, habiendo encontrado siempre que el parénquima testicular aparece mal coloreado, con desaparición de una gran parte de tubos seminíferos y los que restan presentan paredes fibrosas e hialinizadas con desaparición del contenido celular, y en los pocos tubos conservados existen escasos elementos celulares que apenas toman los colorantes.

En suma, podemos decir que existe un proceso de esclerosis y de atrofia que interesa la casi totalidad de la glándula genital. Esto lo hemos observado en tres enfermos cuyas edades eran 58, 60 y 65 años, sin que hubieran antecedentes patológicos en forma de orquitis o epididimitis.

También debemos señalar el estado de las vesículas seminales, que aparecen con alteraciones en un todo análogas a las que se presentan en la próstata, lo que explicaría las hemoespermias espontáneas que a veces presentan estos enfermos.

Creemos que todo ello inclina a pensar que las lesiones de la próstata son consecutivas a las lesiones testiculares. Si fuera un proceso de esclerosis propio de la vejez, lo veríamos en todos los órganos, cosa que no se ha podido comprobar en otras partes del aparato urinario.

El tratamiento a emplear en estos casos es la prostatectomía total realizada por vía perineal.

La resección endoscópica podía tener también indicación en este caso, pero la existencia de dilataciones vasculares constituye un obstáculo a su realización.

NESBIT señala la posible lesión de las venas de la cápsula prostática durante la resección endoscópica, añadiendo que este tipo de hemorragia raras veces puede contenerse durante la resección. Según dicho autor, cualquier intento de coagular las venas de la cápsula prostática traerá la destrucción de cierta cantidad de tejido y aumento de la pérdida

de sangre. Ha comprobado que la aplicación del Foley en este aspecto detiene la hemorragia de manera instantánea y espectacular. A nuestro modo de ver, es muy probable que lo que NESBIT considera como venas de la glándula prostática sean estos vasos sumamente dilatados que aparecen en la periferia de la glándula restante en los casos avanzados de degeneración fibrovascular.

Cuando al practicar la ablación del adenoma sobrevienen hemorragias excesivas, es muy posible que algunas veces sean provocadas por este estado vascular que, en grado mayor o menor, con frecuencia está asociado al adenoma.

Próstata fibrosa.—Lo que comúnmente se conoce con el nombre de próstata fibrosa representa la fase final de un proceso inflamatorio crónico de naturaleza diversa, que poco a poco ha provocado la desaparición de los elementos glandulares y musculares, siendo sustituidos por tejido fibroso denso y compacto (fig. 9).

Cuando el proceso es de origen tuberculoso, casi siempre será posible observar lesiones específicas en forma de tubérculos esclerosados o en fase de calcificación, y también a veces, minúsculas cavernas. Hemos podido observar en nuestra colección de próstatas tuberculosas, que cuando la lesión es primitiva, tiene tendencia a la curación espontánea por el proceso de esclerosis y calcificación.

Cuando la causa del proceso inflamatorio crónico no es tuberculosa sino consecutiva a una prostatitis postblenorragia o a una prostatitis banal de origen hematógeno, casi siempre será dable observar focos diseminados de acinis que presentan lesiones de inflamación crónica con infiltración leucocitaria.

Pero sea cual sea la causa productora de la transformación fibrosa de la próstata, ésta provoca trastornos disúricos acusados, debidos a la destrucción de los elementos musculares de la misma, sobre todo de los que radican en la porción preespermática o cuello vesical.

Las próstatas fibrosas acostumbran a ser pequeñas y de consistencia dura y si van acompañadas de periprostatitis se presentan fijas.

Constituyen dichas próstatas el núcleo más importante del grupo de enfermos que antes se denominaban prostáticos sin próstata.

Enfermedad del cuello.—Generalmente es producida por la esclerosis circunscrita de la musculatura cervical y de los tejidos inmediatos.

Puede ser consecuencia de una inflamación crónica de la mucosa uretral y otras veces de prostatitis crónica esclerótica de la glándula craneal.

Otras veces las lesiones se reducen a simple hipertrofia de las glándulas intraesfinterianas, que puede ir acompañada de pequeñas formaciones quísticas con nódulos fibrosos microscópicos (fig. 10).

En otras ocasiones se ven quistes de contenido hemático originados por dilatación de los espacios vasculares eréctiles, situados en el corion de la mucosa uretral.

Resulta sorprendente que lesiones a veces tan pe-

queñas hayan provocado trastornos tan acusados. La razón radica en el hecho de la importante función encomendada a las fibras longitudinales dilatadoras del orificio vesical, de estructura muy fina, delicada y fácilmente vulnerables, sea por su disgregación, por las formaciones quísticas, por su englobamiento por infiltraciones inflamatorias, o por la simple infiltración histiocitaria de la fase inicial del adenoma.

La enfermedad del cuello puede estar simulada por un carcinoma escirroso originado en las glándulas preespermáticas. Hemos tenido ocasión de observar algunos enfermos diagnosticados clínicamente de esclerosis del cuello y que el análisis histológico de la porción extirpada ha demostrado la existencia de un carcinoma de tipo escirroso desarrollado en las glándulas preespermáticas.

Diversos autores han hablado de la hipertrofia del esfínter interno como causa productora de la enfermedad del cuello. En verdad, resulta embarazoso hablar de una cosa que uno no ha comprobado y sólo conoce por referencias.

Examinando microfotografías presentadas por autores competentes, como demostración de la existencia de la hipertrofia esfinteriana, nos ha parecido vislumbrar que dicha hipertrofia no corresponde al esfínter interno sino al sistema antagónico dilatador representado por las fibras longitudinales vesicoprostatas, situadas entre la mucosa uretral y el esfínter. Nos da la impresión de que se ha tomado el efecto por la causa; algo así como si al comprobar la hipertrofia del detrusor en los casos de obstrucción próstato-cervical creyéramos que dicha hipertrofia era la responsable de la disuria.

El tratamiento de estas afecciones (próstatas fibrosas y enfermedad del cuello) puede realizarse por vía endoscópica, y si no se tiene el hábito y los medios adecuados para efectuarla, se puede hacer por vía transvesical, con la abertura amplia de la vejiga y la colocación del separador vesical. Incisión circular alrededor del orificio vesicouretral y ablación con las tijeras del sistema esfinteriano y el tejido prostático que la rodea creando una cavidad en forma de embudo.

Generalmente con la resección endoscópica o ablación quirúrgica se restablece la micción normal. Algunas veces, debido a la tendencia retráctil de estas formaciones fibrosas, se reproduce la estenosis del cuello o de la porción submontanal de la uretra prostática, y en estas circunstancias lo preferible es acudir a la ablación total de la próstata por vía perineal.

A ella habrá también que recurrir si el análisis de la porción extirpada demuestra la existencia de una lesión maligna.

COMPLEJOS PATOLÓGICOS DE LA PRÓSTATA.—Al llegar a las edades avanzadas de la vida es frecuente observar en la próstata la coexistencia de procesos patológicos de naturaleza diversa, conexiones o no entre sí, que complican la patología de esta re-

gión, haciendo muchas veces difícil la coordinación de los síntomas observados en la clínica con las lesiones que se encuentran en las piezas patológicas.

Procuraremos de un modo sintético presentar las asociaciones patológicas que hemos podido observar:

Asociación de adenoma y cáncer.—Este es un hecho de observación muy frecuente. En un enfermo afecto de hipertrofia de próstata puede aparecer en un momento determinado un núcleo canceroso en la glándula restante.

Hasta el momento presente no hemos encontrado ningún caso de adenoma con núcleo canceroso e integridad de la glándula restante.

Teóricamente no se puede negar la posibilidad de la transformación maligna del adenoma pero faltan pruebas concluyentes y definitivas de ello y caso de existir será a título de excepción.

Asociación de adenoma y prostatitis.—Con relativa frecuencia se presentan enfermos afectados de adenoma de próstata y prostatitis crónica esclerosa que interesa una parte o la totalidad de la glándula prostática y que puede propagarse determinando periprostatitis que ocasiona la fijación de la glándula. Otras veces, además del adenoma y de la prostatitis, se presentan esferoides en el espesor de la glándula restante y cuando esto ocurre, es decir, cuando en un enfermo antiguo prostático se presenta la próstata indurada y fija y algún punto que forme prominencia, da la falsa apariencia de la existencia de un cáncer desarrollado en la glándula restante, por cuyo motivo, dada la frecuencia de esta asociación, debe el urólogo tenerlo en cuenta en sus diagnósticos.

Asociación de adenoma, cálculos, prostatitis y periprostatitis.—Cuando se presenta este cuadro todo hace suponer la coexistencia de un cáncer en la glándula restante que ha venido a complicar un antiguo adenoma. En efecto, los puntos indurados, junto con la fijación de la glándula, es sumamente sospechoso. Afortunadamente la radiografía puede resolver la cuestión (fig. 11).

Asociación de hipertrofia de la próstata y tuberculosis.—En nuestra colección de patología de la próstata tenemos numerosos casos de piezas operatorias o bien de necropsias en las que se revela la coexistencia de ambos procesos (fig. 12).

Según la fase de evolución de las lesiones tuberculosas, el diagnóstico puede ser sumamente fácil o bien difícil. Cuando la tuberculosis prostática va acompañada de lesiones análogas en las vesículas y en el epidídimo o en el aparato urinario, el diagnóstico es evidente. Pero cuando la tuberculosis de la próstata es primitiva y se presenta en forma de nódulos indurados por esclerosis curativa, entonces puede simular la existencia de un foco neoplásico maligno.

Como regla práctica, siempre que nos encontremos con un caso de hipertrofia prostática con zonas induradas y pérdida de la movilidad, debemos pensar siempre en la posibilidad de que se trata de un

cáncer de próstata en su fase inicial. Lo primero que se debe hacer es un examen radiográfico simple de la próstata para descartar la existencia de litiasis prostática. Si se demuestra la presencia de cálculos, podemos desear la existencia de cáncer porque, como observó clínicamente JOLLY y nosotros hemos comprobado en los estudios anatómopatológicos, existe incompatibilidad entre el cáncer y la litiasis prostática.

Es conveniente también practicar una uretrografía, pues en algunos casos de prostatitis crónica aparecen algunos divertículos.

Si los exámenes radiográficos resultan negativos, es decir, si no hay cálculos ni cavidades intraprostáticas, no hay más recurso que proceder a la biopsia. Esta debe hacerse en el acto operatorio previa perineotomía y es la única que ofrece garantías de seguridad.

De ello se desprende que cuando la hipertrofia prostática va acompañada de procesos sospechosos de cáncer, debe recurrirse a la vía perineal.

Si la biopsia resulta positiva, se practica a continuación la prostatectomía total, y si es negativa, se procede a la ablación del adenoma.

Cuando la glándula está sumamente afectada por lesiones de prostatitis irreparable, con o sin cálculos, muchas veces será preferible proceder a la ectomía total.

Opinamos que debe extirparse totalmente la próstata cuando aparece profundamente afectada por una serie de lesiones que funcionalmente la hacen inútil y cuya conservación la hacen perjudicial.

También debe extirparse totalmente la próstata cuando la hipertrofia va acompañada de la existencia de lesiones tuberculosas.

Asociación de la hipertrofia de próstata y degeneración fibrovascular.—Este complejo patológico es relativamente frecuente y creemos que cuando las próstatas sangran espontáneamente o cuando al extirparlas producen hemorragia intensa, muchas veces presentan esta degeneración fibrovascular.

Cuando ello ocurre, la conducta a seguir es la ectomía total realizada por vía perineal.

Asociación de la hipertrofia prostática con prostatitis aguda y abscesos de próstata.—Tenemos algunas piezas de autopsias de enfermos afectados de hipertrofia prostática con abscesos, que probablemente fueron los causantes de la muerte por ignorancia de los mismos. Algunos de ellos eran individuos cistostomizados, esperando el mejoramiento del estado general para proceder al segundo tiempo.

Las lesiones son variables, a veces hay prostatitis más o menos difusa y adenomitis. Otras veces verdaderas colecciones purulentas intra-prostáticas, y otras, finalmente, abscesos periprostáticos.

Cuando se presenta un enfermo de hipertrofia prostática con síntomas de prostatitis y más aún de abscesos de la próstata y, si como es frecuente observar, se halla en retención aguda, debemos proceder a la cistostomía, y acto seguido, si existe colección purulenta, proceder a la perineotomía y des-

agüe del absceso, y en un segundo tiempo practicar la ablación del adenoma, que en estos casos generalmente será preferible realizarlo por vía transvesical.

Creemos que no es aconsejable, cuando el absceso complica una próstata adenomatosa, proceder a la adenomectomía por vía retropúbica. Esto está en contradicción con los principios de la cirugía, que aconsejan drenar las colecciones purulentas por el punto más en declive.

Si únicamente existe prostatitis es posible que con el catéter a permanencia y el empleo de los medios adecuados se consiga el restablecimiento de la micción; lo que permite preparar al enfermo para ser operado por la vía que se considere más indicada, según el tipo del adenoma y las circunstancias del enfermo.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS.—El estudio anatómopatológico que acabamos de hacer sería suficiente para sentar las indicaciones quirúrgicas en cada caso, si esta enfermedad apareciese en individuos jóvenes, en los que de ordinario existe normalidad en el resto del aparato urogenital y en los demás órganos de la economía.

Pero como la hipertrofia de la próstata aparece en una época avanzada de la vida, en la que es habitual la coexistencia de otros procesos patológicos que radican en diferentes partes del organismo y en especial en el mismo aparato urinario, es preciso que pasemos revista a las asociaciones patológicas que con más frecuencia se presentan en estos enfermos.

En el aparato urinario hay que considerar, en primer lugar, las lesiones vesicales que con cierta frecuencia acompañan a la hipertrofia de la próstata, divertículos, cálculos y tumores vesicales.

Hipertrofia de la próstata y divertículos vesicales.—Cuando esto ocurre es preciso conocer el número, volumen y situación de los divertículos, y sobre todo, cerciorarse si se vacían en el momento de la micción.

Si se trata de pequeños divertículos consecutivos al obstáculo próstata-cervical, puede prescindirse de ellos. Pero cuando son divertículos de cierto tamaño y, sobre todo, grandes divertículos, es necesaria su ablación, pues de lo contrario sobrevendrán accidentes y complicaciones después de realizada la prostatectomía, principalmente piurias persistentes.

En estas circunstancias creemos que lo más conveniente es practicar, primero, la diverticulectomía por vía endovesical, que está generalmente facilitada por la buena capacidad vesical de estos enfermos. La magnífica exposición de la base de la vejiga, conseguida con el separador de Jolly, permite explorar bien el orificio vésico-uretral. Si el obstáculo se reduce únicamente a un lóbulo medio patológico o bien a una enfermedad del cuello vesical, se puede realizar la ablación al mismo tiempo que la diverticulectomía.

Si se trata de una hipertrofia de cierto volumen, y si existe infección vesical y el estado general y función renal son deficientes, es mejor dejar la sonda hipogástrica y en un segundo tiempo realizar la adenomectomía por vía transvesical o por vía perineal, según las circunstancias.

Algunos autores, entre ellos COUVELAIRE, practican la diverticulotomía inmediatamente después de la adenomectomía retropúbica. Realmente creemos es una buena conducta, cuando el divertículo está situado en las partes laterales de la vejiga, por encima y por fuera del meato uretral. Los otros no se pueden extirpar a través del cuello vesical; es decir, los divertículos desarrollados en la región del úraco o en la parte media de la cara pósterio-superior de la vejiga, o bien los que están situados por dentro y por encima del meato uretral correspondiente.

Aparte de la imposibilidad técnica de extirpar los divertículos que acabamos de mencionar, cuando se trata de los que son realmente extirpables a través del cuello, debemos considerar si realmente está indicada siempre esta vía. En efecto, cuando el caso se presenta bien: enfermo relativamente joven, buen estado general y adenomas no muy voluminosos, creemos que realmente se puede aprovechar la brecha que se ha creado para la extracción del adenoma, para extirpar los divertículos de la vejiga.

Peró cuando las circunstancias son adversas, próstata voluminosa, infección vesical, cosa frecuente en los divertículos, función renal y estado general deficiente, creemos que es preferible seguir el método endovesical expuesto anteriormente.

Tumores vesicales.—Generalmente se trata de formaciones poliposas. Si son pequeñas, se puede realizar por vía endoscópica su electrocoagulación y más tarde proceder a la prostatectomía. Si se trata de formaciones poliposas voluminosas, es preferible, previa talla hipogástrica, extirparlas o electrocoagularlas, dejando sonda de Petzer, y en un segundo tiempo realizar la prostatectomía por vía perineal o transvesical.

Cálculos vesicales.—Si éstos son pequeños y no van acompañados de cistitis, se puede realizar la extracción de los mismos en el momento de la prostatectomía, tanto si se efectúa por vía transvesical como por vía retropúbica o perineal. Cuando son voluminosos o numerosos, y sobre todo si van acompañados de cistitis, es preferible extraerlos por cistostomía, dejando el drenaje hipogástrico y al cabo de cierto tiempo proceder a la prostatectomía por vía transvesical o perineal.

Aunque MILLIN y otros urólogos practican la prostatectomía retropúbica, incluso en los casos que se ha practicado previamente una cistotomía creemos que aun admitiendo la seguridad de una buena enucleación y sus buenos resultados, es casi siempre más práctico aprovechar la brecha creada y practicar la adenomectomía transvesical; salvo casos especiales, en que existen asociaciones patológicas de la región prostática, que aconsejan la vía perineal.

Afecciones renales coincidiendo con la hipertrofia

de la próstata.—Pueden existir diversas enfermedades del riñón, independientes de la evolución del prostatismo. Por ello es conveniente practicar una radiografía simple y luego la pielografía descendente, siempre que se sospeche por el interrogatorio del enfermo y por la exploración clínica, la existencia de un proceso renal.

Cuando el enfermo se encuentra en fases avanzadas del prostatismo, fatalmente se producen repercusiones sobre la función renal, produciendo una insuficiencia mayor o menor que interesa investigar.

Si a la insuficiencia renal se añade infección del aparato urinario y un estado general deficiente por coexistencia de enfermedades de otros órganos, será conveniente proceder a la cistostomía como primer tiempo.

Afecciones uretrales coincidiendo con adenoma de la próstata.—Puede existir estenosis uretral que obligue a una uretrotomía interna.

El conducto uretral a consecuencia de repetidas uretritis, sin presentar estenosis propiamente dicha, ha disminuido el calibre normal y ha perdido la elasticidad que lo caracteriza.

Otras veces la disminución del calibre uretral es de origen congénito y a veces coincide con un acortamiento del ligamento suspensorio del pene.

Este conjunto de circunstancias hay que tenerlas en cuenta al elegir la vía a emplear. A veces los reseccionistas se ven obligados a practicar la uretrotomía externa como acto previo a la resección.

Cuando se opera por vía perineal o retropúbica, estos defectos uretrales pueden tener importancia, por impedir el paso de sondas de calibre adecuado.

El conducto uretral es una parte muy delicada que requiere mucho cuidado, pues puede ser el origen de complicaciones serias. La sonda debe entrar sin dificultad y sin distender las paredes del conducto uretral.

Hay uretras que son sumamente susceptibles, provocando espasmos y uretritis prematuras, seguidas de accidentes graves de periuretritis, que hacen intolerable la permanencia de la sonda. En estas circunstancias, ello puede ser motivo de aconsejar la vía transvesical, para la ablación del adenoma.

Estado de la función genital.—Depende de dos factores: edad del enfermo y condición del parénquima testicular.

El tubo seminífero presenta un aspecto sumamente variable según los individuos. Dejando aparte las enfermedades que pueda alterar su constitución, el proceso de involución que experimenta en la época de la senectud puede aparecer en una época precoz, o por el contrario, demorar su aparición hasta edades muy avanzadas.

Como ya exponíamos anteriormente, es frecuente observar en individuos de 65 y 70 años tubos seminíferos bien conservados, con pared propia delgada, epitelio seminal bien desarrollado y cabezas de espermatozoides. Otras veces, en cambio, en individuos de 45 y 50 años aparece la pared del tubo seminífero engrosada, el epitelio generativo redu-

cido a dos o tres hileras celulares, con tendencia a la uniformidad y con ausencia de espermatozoides. Esto concuerda con la observación clínica cotidiana de enfermos relativamente jóvenes de 55 a 60 años, en los que la actividad sexual aparece amortiguada o casi extinguida, en contraste con otros de más edad, de 70 y 75 años, que conceden importancia a esta función.

Es necesario interrogar al enfermo sobre el estado de la función genital, antes de la intervención.

Se ha dicho que la vía perineal perjudica la función genital en un grado mayor que la vía transvesical y la retropública. Este punto conviene aclararlo; cuando se practica la prostatectomía siguiendo la vía perineal clásica, es posible que ello ocurra. Pero cuando se practica la prostatectomía pararectal y se tiene cuidado de seleccionar los casos, rechazando las próstatas muy voluminosas, la función genital no se perturba.

La vasectomía es de aconsejar cuando se opera por vía retropública, transuretral o perineal, porque con frecuencia se presentan epididimitis.

Parece que cuando se utiliza la vía transvesical, son menos frecuentes estas complicaciones genitales.

También conviene tener en consideración al elegir la vía, el estado de corpulencia y obesidad del individuo. En los muy obesos y en aquellos que la obesidad se localiza preferentemente en el hipogastrio, hay un serio inconveniente para la práctica de la vía retropública o transvesical. Incluso la vía perineal está dificultada aunque no tanto. En estas circunstancias la vía endouretral es la más indicada.

Arquitectura de la pelvis.—Así como la pelvis femenina ha sido muy estudiada por los tocólogos por la importancia que tiene en el momento del parto, por lo que hace referencia a la pelvis masculina desconocemos los diferentes tipos que puede presentar.

No todas las pelvis masculinas presentan la misma arquitectura. Existen numerosas variaciones individuales. Lo que caracteriza la pelvis masculina es el aumento de los diámetros verticales y disminución de los transversales, en especial el diámetro bi-isiático es mucho menor que en la mujer. Cuanto más acusados sean los caracteres masculinos más difícil es el acceso a la excavación pelviana, pudiendo llegar a hacerla imposible. Nosotros hemos visto dos casos, en que el diámetro bi-isiático era tan reducido, que hizo imposible alcanzar la próstata por vía perineal.

Relacionado con la conformación de la pelvis, hay que señalar la situación de la próstata y el cuello vesical. Generalmente, coincide la estrechez del diámetro bi-isiático, con la posición alta de estos órganos.

Corrientemente, en las pelvis que se asemejan al tipo femenino, la próstata es baja, y en las que el tipo masculino es muy acusado, se presenta en posición alta.

Este conjunto de factores los podemos apreciar por el tacto rectal, pues sabido es que hay pró-

tatas y vesículas fácilmente accesibles y otras en las que sólo alcanzamos el segmento inferior de las mismas.

En principio puede admitirse que las próstatas altas son apropiadas para el empleo de la vía retropública y transvesical, y las bajas, para el empleo de la vía perineal.

Conformación del recto.—El recto como todos los órganos, presenta en su conformación numerosas variaciones individuales.

Sabido es, que el recto en la unión de la porción pelviana con la perineal experimenta un cambio de dirección, en virtud de la cual presenta en dicho punto y en su pared anterior un saliente que contacta con la uretra membranosa, inmediatamente por debajo del pico de la próstata.

A veces este saliente es poco marcado y al tacto rectal da la impresión que la pared anterior del recto es sensiblemente vertical, sin presentar depresión alguna. Pero otras veces el saliente es muy acentuado, formando una especie de fondo de saco fácilmente perceptible por la exploración. Esta última disposición aumenta considerablemente la posibilidad de herir el recto al practicar la perineotomía, y en los casos en que es muy acusada puede llegar a constituir una contraindicación.

Estado general.—Si hay alguna cirugía que requiera la colaboración médicoquirúrgica es la prostática. Cosa fácilmente comprensible si se tiene en cuenta que se trata de enfermos de edad avanzada en los cuales es frecuente la existencia de afecciones en algunos de los órganos importantes de la economía. Desde este punto de vista, hay que colocar en primer plano los aparatos cardiovascular y respiratorio, y después el digestivo, en especial el hígado.

Consideramos indispensable y lo tenemos como conducta habitual antes de elegir el método a seguir, el asesoramiento del médico internista, y de acuerdo con los datos que proporciona y los que nosotros hemos obtenido de la exploración del aparato urogenital, deducimos la vía a seguir y el método operatorio más adecuado.

En lo que hace referencia a la anestesia, en los casos corrientes no hay problema, pues como habitualmente empleamos la vía perineal, la anestesia preferida es la raquianestesia, a dosis mínimas y practicada a nivel de la última vértebra lumbar. Cuando el caso ofrece alguna duda, requerimos al médico anestesizador y de acuerdo con el médico internista elegimos el tipo de anestesia.

RESUMEN.—Después de la enumeración de las indicaciones operatorias deducidas del estudio de las lesiones obstructivas del cuello vesical, de la coexistencia de lesiones del aparato urogenital y de la completa exploración médica del organismo entero, se ve el cúmulo de factores y circunstancias que hay que tener presente para señalar las indicaciones operatorias precisas. A nuestro modo de ver, este problema es sumamente complejo y consti-

tuye la parte más difícil de resolver acertadamente.

Muchas veces hasta después de haber practicado la extirpación y análisis de la tumoración, no estamos en condiciones de apreciar si hemos acertado o no, la elección del método empleado. Y aun a veces sólo después de haber transcurrido mucho tiempo, estamos seguros del acierto.

Tan difícil consideramos este problema, que si nos fuera dable repetir otra vez la operación en el enfermo que hemos intervenido, quizá algunas veces obráramos de modo diferente.

No obstante las dificultades señaladas no se presentan siempre, ni aun en la mayoría de los casos. Existe un número considerable, quizá la mayoría, en los cuales cualquiera de los métodos actualmente en boga puede emplearse, a condición de que se realice correctamente.

Como casi todos tenemos predilección por un método determinado, es conveniente, en bien del enfermo, dejar en estos casos la elección del método a voluntad del urólogo. Éste mejor que nadie, sabe cuál es la técnica que mejor domina, y sería un absurdo que quien domina magistralmente una técnica conseguida tras una dilatada experiencia, tenga que practicar por capricho del enfermo o de los que le rodean, otra a la que no está habituado y de la que, por lo tanto, no puede conocer los pequeños detalles en los que se basa el éxito.

Después de haber considerado el conjunto de factores que hay que tener presente al escoger la vía y método operatorio, en definitiva, en cada caso particular, es el buen sentido clínico el que ha de decir la última palabra. Esto último, es más difícil de adquirir que el dominio de una técnica. La voluntad y la simpatía por el empleo de una técnica, ha de estar supeditada al resultado del estudio objetivo que acabamos de enumerar.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS VÍAS DE ACCESO A LA REGIÓN PRÓSTATO-CERVICAL.—Sería sumamente arduo y casi imposible en este trabajo pasar revista a todos los métodos operatorios que se han preconizado para la ablación de las lesiones del cuello vesical.

El número de procedimientos es casi incontable. Ello es consecuencia del afán meritorio que todos sentimos por el perfeccionamiento de las técnicas. Naturalmente que a veces, lo que consideramos como un nuevo procedimiento, se deduce a un pequeño detalle de técnica que consideramos puede ser de gran utilidad. Y así ocurre realmente, pues a medida que transcurre el tiempo son estos pequeños detalles técnicos los que han cambiado, de un modo radical y favorable, el pronóstico de estas intervenciones. Ha contribuido también a este resultado el enriquecimiento del material e instrumental urológico, y sobre todo la aparición de medicamentos de gran eficacia para combatir la infección, es decir, los antibióticos y la sulfamidas.

Si se compara la prostatectomía transvesical que se realiza actualmente, con la que se realizaba

antes, la diferencia no puede ser más elocuente.

Precisamente lo que nos indujo hace veinte años a emplear la vía perineal, fué el espectáculo de aqueolls enfermos en quienes debíamos afectar dos intervenciones y a veces tres, con un intervalo considerable de tiempo entre ellas, que obligaba a la hospitalización alrededor de dos meses y con una mortalidad considerable. Hoy día, salvo casos poco frecuentes en que es obligado practicar la cistostomía previa cualquiera que sea el método que más tarde empleamos para la enucleación del adenoma, podemos realizar la prostatectomía transvesical en un solo tiempo, con una pequeña mortalidad y una hospitalización reducida a unos quince días. Hoy ya no empleamos los tubos de Freyer ni de Marion. Los enfermos no se mojan; y los taponamientos con gasa corriente cuya extracción era dolorosa, ya sólo se emplean excepcionalmente, siendo sustituidos por gasa reabsorbible o sonda de Foley.

Adenomectomía perineal pararectal.—En lo que hace referencia a la prostatectomía perineal pararectal, también hemos cambiado. Hasta hace poco, con el objeto de evitar la infección, dejábamos un desagüe perineal durante cuatro días, con lo que nuestro método venía a ser una especie de Freyer perineal.

Incluso haciéndolo así, algunas veces al cerrarse demasiado pronto la herida al quinto, sexto o séptimo día, sobrevenían accidentes infecciosos que obligaban a restablecer el drenaje perineal.

Pero hoy día, gracias a los poderosos medios que tenemos para prevenir y curar la infección, hemos modificado la técnica en lo que hace referencia a los últimos tiempos de la operación, transformando lo que era un Freyer perineal en un Millin perineal.

La perineotomía y la ablación del adenoma la practicamos igual que antes. Esto es, una vez expuesta la cara posterior de la próstata se practica una incisión vertical en la línea media y por esta brecha introducimos el dedo índice y con suma facilidad extirpamos el adenoma en un solo bloque.

Una vez extirpado el adenoma y revisada la celda prostática, en especial el labio posterior del cuello, se reseca una pequeña porción del mismo si se considera preciso. Luego se coloca una sonda de Foley y acto seguido se procede a la sutura de la incisión longitudinal media de la cara posterior de la próstata, a través de la cual hemos extirpado el adenoma (figs. 12, 13, 14 y 15).

Una vez hecha la sutura, se llena el balón lo suficiente para cohibir la hemorragia; mientras tanto un ayudante verifica el funcionamiento de la sonda y comprueba que ha cesado la hemorragia.

Se espolvorea con sulfamida el campo operatorio y se cierra la herida cutánea, dejando solamente un pequeño cigarrillo de gasa, que se extrae al segundo día. Esto permite que el enfermo no se moje y se pueda levantar dos o tres días después de la operación. En general, a los 6 ó 7 días se

retira la sonda uretral y se restablece la micción.

Esta vía y este método permite la extracción fácil, rápida y perfecta del adenoma. La ablación en un solo bloque es la garantía de una perfecta ejecución. En modo alguno debe considerarse como un alarde inútil o peligroso de habilidad.

Pero no siempre es ello factible; en adenomas incipientes, en los grandes adenomas o cuando aparecen complicados con procesos flegmáticos crónicos, no queda otro recurso que su ablación fragmentaria, que con frecuencia resulta laboriosa, chocante, hemorrágica y propensa a dejar algún fragmento.

Quizá se exagera un poco al hacer resaltar la excelencia de la enucleación realizada con el control de la vista. No queremos negar su utilidad, pero consideramos que para el caso concreto de la ablación del adenoma, el tacto es superior a la vista, a condición de que esté adecuado.

No obstante, una vez enucleado el adenoma, revisamos la celda prostática y el labio posterior, que es asequible y reseca a la vista, por lo que nunca hemos observado la producción de diafragmas.

Consideramos que no son apropiadas para este método las próstatas muy voluminosas, las muy pequeñas o las situadas en posición excesivamente alta.

Prostatectomía total pararectal.—Una vez hecha la perineotomía pararectal, empieza la parte peculiar de esta intervención, que consiste en la sección de la aponeurosis próstatoperitoneal, que luego es rechazada por la valva perineal, quedando con esta maniobra al descubierto la cara posterior de la próstata y porción inferior de ampollas y vesículas.

Luego se procede a la sección de las vesículas y ampollas en su porción yuxtaprostática (figs. 17 y 18), cortándose en este momento los vasos que penetran en los ángulos de la próstata (hilio de la glándula), siendo preciso pinzarlos y coagularlos.

La valva perineal se coloca delante del plano genital y lo rechaza hacia atrás, aplicándolo sobre el recto. En este momento aparece a la vista la parte inferior de la vejiga, es decir, sus inserciones en la próstata con la cual está íntimamente unida.

Se secciona el contorno posterior del cuello vesical y después las partes laterales y anterior del mismo, quedando con ello la próstata completamente separada de la vejiga (figs. 19 y 20).

Basta seccionar la uretra membranosa al nivel del pico de la próstata, para conseguir la ablación completa de la misma.

Luego se coloca la sonda uretral, terminando por medio de dos puntos de sutura laterales que confrontan el cuello vesical, con el extremo central de la uretra membranosa.

Se espolvorea el campo operatorio con sulfamidas y se cierra la herida perineal, dejando un pequeño drenaje que se quita a las 48 horas.

Curso postoperatorio.—La prostatectomía total pararectal es más benigna que la adenomectomía

por las siguientes razones: primera, se suprimen las hemorragias postoperatorias; segunda, se evitan las infecciones genitales, especialmente la epididimitis ocasionada por la sonda permanente, así como la uretritis, y tercera, disminuyen las causas de la infección urinaria por la supresión de la extensa superficie cruenta absorbente que queda después de la adenomectomía y que está en contacto con la orina.

Es conveniente, después de transcurridos dos meses, examinar el calibre de la uretra, pues algunas veces se produce una estenosis cicatricial en el punto de unión del cuello vesical con la uretra membranosa y cuando esto ocurre es preciso practicar dilataciones.

Actualmente se emplean cuatro vías para la ablación de las lesiones obstructivas del cuello vesical: la vía transvesical, la vía perineal, la vía transuretral y la vía retropública.

Cada una de ellas tiene ventajas e inconvenientes que interesa conocer.

Vía transvesical.—Esta vía ofrece ventajas reconocidas que interesa recordar: es una intervención fácil de aprender, aunque no tanto como algunos creen, lo que hace que esté al alcance de un mayor número de urólogos y hasta de cirujanos. Este método no ofrece peligro de lesionar órganos importantes, como son el recto, el esfínter externo o los nervios a él destinados, con lo cual se evitan los peligros de fístulas rectouretrales, incontinencia e impotencia.

La enucleación del adenoma, cuando éste es de evolución vesical, sobre todo en los enormes lóbulos medios patológicos, es fácilmente asequible.

La hemostasia puede realizarse con un taponamiento reabsorbible o bien con la sonda de Foley. Y en casos especiales en que se produzca una hemorragia, estamos en mejores condiciones de combatirla que cuando empleamos las otras vías. En los grandes adenomas, aunque la operación resulte laboriosa por tener que hacer la ablación en fragmentos, los peligros de lesionar el esfínter externo o los nervios a él destinados no existen o son mínimos.

Esta vía es la que provoca menos epididimitis, de modo que en principio si el enfermo no está infectado, no practicamos la vasectomía. Esta vía es la que parece respetar mejor la genitalidad.

Cuando existen lesiones vesicales, permite reconocerlas y tratarlas adecuadamente, como hemos expuesto anteriormente.

El inconveniente que ofrece esta vía es la necesidad de lesionar la vejiga y manipular dentro de la misma, lo que determina que sea una intervención más traumática que las otras, y cuando la función renal es deficiente, puede repercutir desfavorablemente sobre ella por el mecanismo de los reflejos vésico-renales. En los casos en que sea preciso practicar una biopsia en la glándula restante, resulta de realización imposible. En cambio en los casos poco frecuentes de cáncer desarrollado en la glán-

dula craneal que simulan esclerosis del cuello, permite practicar la biopsia, y luego, en un segundo tiempo, la extirpación total de la próstata por vía perineal.

El taponamiento determina a veces espasmos del músculo vesical y de la musculatura prostática, cosas siempre perjudiciales.

Hemos observado que la proporción de tromboflebitis y embolias, es mayor en esta vía que en la perineal y a ello se debe en gran parte su mayor gravedad.

Por último, se le achaca el ser una intervención que se realiza a ciegas, guiados únicamente por el tacto, ocasionando enucleaciones defectuosas sobre todo a nivel del labio posterior del cuello. Sin negar la posibilidad de que ello ocurra, no creemos que sea tan importante como algunos hacen resaltar; por lo menos en nuestros casos no hemos tenido ocasión de observarlo y creemos que cuando se tiene cuidado meticuloso el hecho ocurrirá en casos excepcionales.

Vía perineal.—Esta tiene, a nuestro modo de ver, más ventajas que la transvesical. Es una intervención poco traumática por realizarse fuera de la vejiga; es, por lo tanto, una prostatectomía perfectamente extravascular. Los reflejos vésicorrenales no actúan y no pueden repercutir sobre la función renal.

En los casos sospechosos, podemos practicar la biopsia, lo que nos permite proceder con conocimiento de causa, llevando a cabo la simple adenomectomía o bien la extirpación total de la próstata.

El curso postoperatorio es cómodo y breve, permite que el enfermo no se moje, esté sentado y se pueda levantar tres o cuatro días después de la operación. En general a los 6 ó 7 días se retira la sonda uretral y se restablece la micción.

Otra ventaja de esta vía es la de haber observado solamente un caso de embolia pulmonar. Mis colegas GAUSA, SERRALLACH, LUCENA, ORSOLA, MUNNÉ, LLOBET y otros han comprobado muy raramente embolias en sus operados por vía perineal.

Esto, junto con la brevedad del acto operatorio y ser perfectamente extravascular, hace que su mortalidad sea inferior a la que produce la vía transvesical.

El mayor inconveniente, el único podríamos decir, es el de herir el recto. El recto es un mal vecino. Al practicar la perineotomía podemos lesionar el recto y por el miedo a no traumatizarlo podemos herir el esfínter externo, que es indispensable para la micción. De ello se derivan dos grandes peligros de la vía perineal: las fistulas uretorrectales y la incontinencia.

Nosotros llevamos realizadas más de mil perineotomías pararectales y sólo hemos tenido un caso de fistula rectal el año 1930. Si se siguen las normas que reiteradamente aconsejamos y que ponemos siempre en práctica, esto es, realizar la perineotomía con el índice izquierdo dentro del recto y no pasar a la adenomectomía sin habernos cer-

ciorado con toda seguridad de la integridad del mismo, y en caso contrario suspender la intervención. Si se sigue esta conducta, jamás se presentan fistulas uretorrectales en las perineotomías pararectales. La explicación radica en el hecho de que por respetarse los vasos y nervios que irrigan el recto, no es posible la necrosis de la pared rectal y la aparición tardía de fistulas uretorrectales. Tampoco hemos observado nunca fistulas perineales.

Alguna vez, en los casos de próstatas muy voluminosas o cuando por error nos hemos separado de la verdadera vía pararectal, siguiendo el camino clásico hemos podido observar trastornos genitales y parálisis del esfínter más o menos duradero; pero incontinencia completa, jamás la hemos observado en la ablación del adenoma.

En los casos de cáncer algo avanzado hay que practicar una próstatovesiculectomía y algunas veces puede ocasionar la incontinencia, pero en casos muy poco frecuentes.

La ausencia de incontinencia y de fistulas, cuando se practica correctamente la perineotomía pararectal, es debido a que se respeta el músculo esfínter externo y los nervios a él destinados. La incisión longitudinal media de la cara posterior de la próstata, para alcanzar el adenoma, se realiza en un punto desprovisto de vasos y nervios importantes, por lo que es erróneo suponer que se seccionen.

Un inconveniente de este método es que cuando se trata de grandes masas adenomatosas, la extirpación debe hacerse fragmentariamente, resultando laboriosa y produciendo elongación de los nervios, que pueden ser causa de impotencia e incontinencia pasajera o parcial de orina.

Y por último, en el caso de producirse hemorragias postoperatorias, es más difícil de tratar que cuando se opera por vía transvesical, aunque este hecho es muy excepcional.

Vía retropública de Millin.—Pocos métodos operatorios pueden vanagloriarse de haber alcanzado en tan poco tiempo, y con razón, un aplauso tan general, al que nosotros nos unimos por considerarlo justo y meritorio.

El mayor entusiasmo por esta vía ha cundido entre los que de un modo casi exclusivo practicaban la adenomectomía transvesical. Naturalmente, al apreciar el curso postoperatorio rápido y benigno, sin repercusión sobre la función renal y el estado general, en contraste con lo que ellos observaban, lo hace comprensible.

Se ha valorado quizá excesivamente la brevedad del curso postoperatorio. En realidad no hay diferencia apreciable si se compara con la vía perineal. A nuestro modo de ver, los factores trascendentes que hay que tener en consideración son, en primer lugar, la mortalidad operatoria y luego los resultados funcionales. El que el enfermo esté en la clínica 10, 15 ó 20 días tiene escaso valor.

En cambio, a los perinealistas en general, aun

aceptando la utilidad y ventajas de dicha vía, no les ha sorprendido lo más mínimo la benignidad y rapidez del curso postoperatorio, porque para ellos no era ninguna novedad.

Este nuevo método fué precedido, según dice el autor, de un estudio prolongado y metódico en el cadáver y ello viene a constituir una prueba elocuente de que aún hoy día la anatomía normal y patológica constituyen la base fundamental de la técnica operatoria.

La labor de MILLIN ha venido a demostrar el error en que todos estábamos al considerar poco menos que intangible el espacio prevesical de Retzius. Siempre se recomendaba despegar lo menos posible este espacio, pues esta maniobra muy anatómica era considerada también muy anticlínica.

Esta vía permite alcanzar la cara anterior de la próstata con facilidad y sin peligro de lesionar órganos importantes.

La incisión transversal de la cara anterior de la próstata permite enucleo el adenoma con el auxilio de la vista, por lo menos en algunos momentos y sobre todo permite reseca a la vista el labio posterior del cuello vesical.

La hemostasia, aunque aparentemente sorprenda, se realiza de un modo directo y más perfecto.

El cierre hermético de la celda prostática y una sonda a permanencia hace que esta intervención se asemeje mucho al tipo de las intervenciones de cirugía general.

Nosotros tenemos poca experiencia sobre esta técnica, pero la suficiente para constatar lo que el autor y otros han dicho de esta intervención.

Una ventaja indiscutible de esta vía sobre la perineal es que se aleja del recto y del esfínter externo de la uretra y los nervios a él destinados. Otra ventaja del método de MILLIN consiste en poder ligar o coagular los pedículos vasculares destinados al adenoma, que son los causantes habituales de las grandes hemorragias.

De todos modos un juicio definitivo creemos que aún es prematuro. Es necesario valorar con el tiempo la frecuencia e importancia de los accidentes y complicaciones propias de esta vía (osteitis del pubis, neuritis del obturador, celutitis pelviana) y sobre todo la frecuencia de accidentes cardiovasculares, en especial embolias, que son casi los únicos que actualmente producen mortalidad.

La cirugía prostática tiene que resolver problemas muy complejos; ello quiere decir que aun admitiendo todas las ventajas que atribuimos al método, creemos que constituiría un error grave quererle emplear de un modo casi exclusivo para resolver todos los problemas que plantea la compleja patología de la próstata. El mismo autor, con una modestia y sinceridad que le enaltecen, en cierta ocasión manifestó que su método en modo alguno pretendía excluir a los demás métodos consagrados por la experiencia. Es como un nuevo vástago de la familia que se ha sumado a los hermanos mayores.

La indicación principal de este método es la abla-

ción de las neoformaciones benignas que presentan un espacio despegable y que son perfectamente enucleables con la ayuda de un instrumento romo y con el dedo. Naturalmente que con este método también se puede realizar la ablación con tijeras o bisturí de porciones mayores o menores de tejido en las próstatas fibrosas. En estos casos la resección endoscópica nos parece más apropiada, lo mismo que cuando se trata de la ablación de pequeños lóbulos medios patológicos.

Cuando las circunstancias requieren practicar una cistostomía previa, creemos en principio que es preferible realizar la ablación en un segundo tiempo aprovechando el camino abierto, hecho que también comparten algunos que habitualmente practican el método de MILLIN.

Cuando existen divertículos vesicales, ya hemos expuesto cuál es nuestro criterio.

En los casos sospechosos de degeneración maligna no es posible practicar la biopsia por la vía retropúbica o es muy difícil, porque generalmente el foco neoplásico maligno radica en la cara posterior y laterales de la próstata, que no son asequibles por vía retropúbica.

Cuando el adenoma es muy voluminoso, la glándula retroespermática aparece atrofiada, adelgazada, esclerosada y poco vascularizada, y ello puede traer como consecuencia que no se cicatrice rápidamente como es lo habitual, y por ello puede determinar la persistencia de una fístula hipogástrica que puede ser muy difícil de reparar, por no existir tejidos blandos en dicha región.

Cuando por coexistir en la glándula restante cavernas tuberculosas, degeneración fibrovascular, núcleos cancerosos, litiasis o prostatitis que la han destruido, es necesario proceder a la ablación total de la próstata, el mejor camino para realizarla es la vía perineal. Desgraciadamente esto no se tiene siempre en cuenta y con frecuencia nos encontramos en casos semejantes al que vamos a relatar: Enfermo afecto de adenoma de próstata que presentaba un punto duro en el lóbulo pósterolateral, por lo que aconsejamos realizar la biopsia. Pocos días después un cirujano realizaba la adenomecтомía por vía transvesical; mostrando con aire triunfal ante los presentes dos magníficos lóbulos adenomatosos. El curso postoperatorio fué normal, restableciéndose completamente la micción; pero la euforia duró poco tiempo; al cabo de un año el enfermo moría de un cáncer desarrollado en la glándula restante.

Cuando el adenoma va acompañado de un absceso, creemos que éste debe desaguar por el periné y proceder en la forma expuesta anteriormente. Ello quiere decir que no consideramos conveniente en estos casos practicar la adenomecтомía retropúbica y desaguar el absceso por la misma vía, ya que está en desacuerdo con el principio quirúrgico de drenar las cavidades por el punto más en declive.

Via endouretral.—Actualmente la resección endoscópica de la próstata, en los centros que dispo-

nen de los medios adecuados y personal, que por una práctica cotidiana han adquirido una habilidad remarcable, pueden llegar a realizar la ablación completa de las neoformaciones benignas de la próstata incluso en los casos que adquiriera un tamaño considerable. Destacados reseccionistas opinan que todas las hipertrofias de la glándula prostática, con excepción de aquéllas que son excesivamente grandes, pueden ser adecuadamente tratadas por resección endouretral.

La prostatectomía endouretral es hoy día una intervención que verdaderamente merece este nombre, por cuanto está perfectamente descrita con puntos de referencia precisos y reseñada en sus distintos tiempos operatorios.

Los resultados son excelentes, tanto por los pocos días de hospitalización como por la escasa mortalidad y buenos resultados funcionales.

Indudablemente esta intervención, en manos hábiles y muy experimentadas, tiene perfecta aplicación. Pero es unánime la opinión de que es una técnica difícil de adquirir y que incluso reconocen los mismos reseccionistas, pues como dice NESBIT «esta operación es extremadamente difícil de ejecutar aun para el operador experimentado».

Si se tiene en cuenta que en la actualidad, con las vías retropúbica y perineal, se consiguen curaciones tan rápidas como con la resección endoscópica, con excelentes resultados y con una mortalidad comparable a la que ofrece la prostatectomía transuretral, se comprende que su práctica no se haya generalizado y que más bien se note una especie de retraimiento, aun por parte de algunos urólogos que estaban habituados a la práctica de dicha intervención.

Nuestra opinión coincide con los que creen que la verdadera indicación de la resección endoscópica radica en todos aquellos procesos que ofrecen como característica la ausencia de un espacio despegable. En estos casos la indicación es precisa y creemos que persistirá como medio excelente para resolver múltiples procesos; fases iniciales de la hipertrofia, pequeños adenomas intraesfinterianos, lóbulo medio patológico y todo el conjunto de afecciones que tiene como resultado la formación de lo que clínicamente se conoce con el nombre de próstata fibrosa y enfermedad del cuello vesical.

En todas estas circunstancias aconsejamos practicar sistemáticamente la biopsia de la porción resecada, pues algunas veces, tras una aparente esclerosis del cuello, se esconde un carcinoma escirroso. Si esto ocurre, debe sin demora procederse a la ectomía total por vía perineal.

De otra parte, la resección endoscópica en estos casos que acabamos de indicar, no ofrece las dificultades técnicas que lleva consigo la verdadera adenomectomía transuretral y está, por tanto, al alcance de un mayor número de urólogos.

En nuestro servicio, habitualmente nuestros colaboradores practican la resección endoscópica en los casos señalados, así como en los insuperables de cáncer prostático que obstruyen el cuello vesical.

CONCLUSIONES.—En el momento actual es necesario el conocimiento y la práctica de las cuatro vías de acceso a la próstata, para poder resolver debidamente todos los problemas que plantea la compleja patología de la próstata.

No es aconsejable el uso exclusivo o casi exclusivo de una vía o de una técnica para el tratamiento de las lesiones obstructivas próstatocervicales.

Existe un número importante de casos que se pueden resolver satisfactoriamente cualquiera que sea la vía empleada, a condición que se conozca a fondo.

En la mayoría de enfermos es preferible, y en ocasiones indispensable, la elección de determinada vía para el correcto tratamiento de las lesiones.

Discriminar con precisión, en estos casos, cuál es la vía que debe utilizarse, constituye el eje o centro de la cuestión.

Las bases en que debe fundarse la elección del camino a seguir son: el conocimiento anatomopatológico del proceso, la coexistencia de otras lesiones en el aparato urogenital y los datos que nos proporciona una exploración clínica de todo el organismo.

Cuando no existe espacio despegable alrededor de las lesiones próstatocervicales, es decir, en las fases iniciales del adenoma de la próstata, en las próstatas fibrosas, en la enfermedad del cuello y en la hipertrofia esencial, está indicada la resección endoscópica o la ablación por vía transvesical, acompañada siempre de biopsia.

Los adenomas intraesfinterianos en fase adelantada, constituyendo los grandes lóbulos medios patológicos de evolución vesical, deben abordarse preferentemente por vía transvesical.

En los casos corrientes, en los que el adenoma se ha desarrollado a expensas de la glándula craneal de un modo exclusivo o preferente, las vías indicadas son la retropúbica y la perineal.

La vía perineal es la vía de elección para realizar la ablación total de la próstata en las circunstancias siguientes: primera, cuando el adenoma está complicado de núcleos cancerosos; segunda, cuando existen lesiones tuberculosas concomitantes; tercera, cuando existen procesos de índole diversa, que han destruido o lesionado gravemente la glándula restante, y cuarta, en la degeneración fibrovascular de la próstata en fase adelantada.

Cuando coexisten afecciones vesicales, pueden, en ciertas ocasiones, aconsejar el uso de la vía transvesical para realizar la adenomectomía, con o sin previa cistostomía.

La constitución defectuosa de la pelvis ósea y la conformación especial del recto, pueden contraindicar el empleo de la vía perineal.

Realizar preferentemente, siempre que sea necesario, la exploración del aparato urinario por medio de la pielografía descendente. Reducir los sondajes y las exploraciones endoscópicas a los casos de absoluta necesidad, salvo en el momento de la operación, como tiempo preliminar de la misma.