

ENTRADA QUIRURGICA ENTRE EL RECTO Y LA VEJIGA (*)

Dr. Abel Chifflet

Esta comunicación se refiere a problemas de técnica quirúrgica. Está basada en disecciones cadavéricas y en realizaciones operatorias.

Del lado cefálico de la base de la próstata hay una zona relativamente amplia donde la vejiga y el recto están en relación directa. En esa región están los deferentes, vesículas seminales y extremidad del uréter. Tanto la cirugía de estos órganos, como la de la vejiga y del recto, requieren con frecuencia desplazamientos entre ellos, ya sea procediendo desde el perineo o desde el abdomen. Hemos tenido dificultades en el desplazamiento quirúrgico en esta zona y las hemos visto en manos de muchos cirujanos. Con cierta frecuencia se cometen errores de vías que pueden ser perjudiciales al enfermo. Por estos motivos hemos traído esta comunicación.

Entre el recto y la vejiga, hay una hoja conjuntiva resistente que responde por sus caras a cada una de estas vísceras. Del lado caudal se fija a la base de la próstata y del lado cefálico al fondo de saco peritoneal. Denonvilliers la llamó correctamente próstatoperitoneal. Posteriormente a su descripción, se dió ese nombre y aún el de hoja de Denonvilliers a una hoja completamente diferente, extendida entre la próstata y el recto, desde la base prostática al perineo. Este error prosperó y actualmente es muy corriente que el nombre de próstatoperitoneal se aplique a la hoja situada entre el recto y la próstata que no tiene ninguna relación con el peritoneo. Llamaremos hoja próstato - peritoneal a la hoja que se extiende desde la base de la próstata al peritoneo.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 16 de marzo de 1955.

entre el recto y la vejiga. La hoja próstato - perineal se extiende desde la base de la próstata al perineo, entre el recto y la próstata. La primera es una hoja pelviana; la segunda una hoja perineal.

Una teoría que tuvo éxito en la explicación de las hojas próstato - perineal y próstato - peritoneal fué la de considerarlas como resultantes de la fusión de dos hojas peritoneales correspondientes a un saco que llegaba primitivamente hasta el perineo. Esta teoría tenía en su apoyo el hecho de que el peritoneo tiene en la edad fetal contacto más directo con las formaciones que formarán después el perineo. En el adulto, existe entre el recto y la próstata, en ambas caras de la hoja próstato - perineal, un tejido talmente laxo, verdaderas bolsas serosas, que recuerdan inmediatamente a los espacios que nos ofrecen los decolamientos peritoneales en el abdomen. La teoría del origen peritoneal de estas hojas entre el recto y el conjunto próstato vesical recibió de los cirujanos que actúan entre próstata y recto su aprobación. Cuando quisieron aplicar esa teoría en la zona entre la vejiga y el recto, entraron en la confusión más completa.

Las investigaciones embriológicas, han demostrado categóricamente que no es exacta la existencia de un saco peritoneal que se oblitera por coalescencia. El conocimiento de la anatomía y de la dinámica de la región son también absolutos en la negación de esta teoría. Consideramos muy importantes la destrucción de este error porque gran parte de los cirujanos actúan en la región perdidos por encontrar el tesoro escondido del antiguo saco peritoneal obliterado. Iremos dando razones anatómicas para negar la teoría en cuestión, a medida que describamos la hoja próstato - peritoneal.

I. ANATOMIA Y SIGNIFICADO DE LA HOJA PROSTATOPERITONEAL

La hoja próstato - peritoneal es una lámina conjuntiva resistente, fibrosa, fácil de disecar por sus dos caras y que ninguna técnica puede disociar. Esta estructura afirma su relación con una actividad de resistencia y descarta su origen en un acola-

miento peritoneal o su significado de simple hoja de separación de dos ambientes de movimiento.

Por su parte caudal se fija a una hoja que une la base de la próstata al recto y que es parte de la gran lámina de sostén de la pelvis (Figs. 1 y 2). La lámina de sostén, es una formación

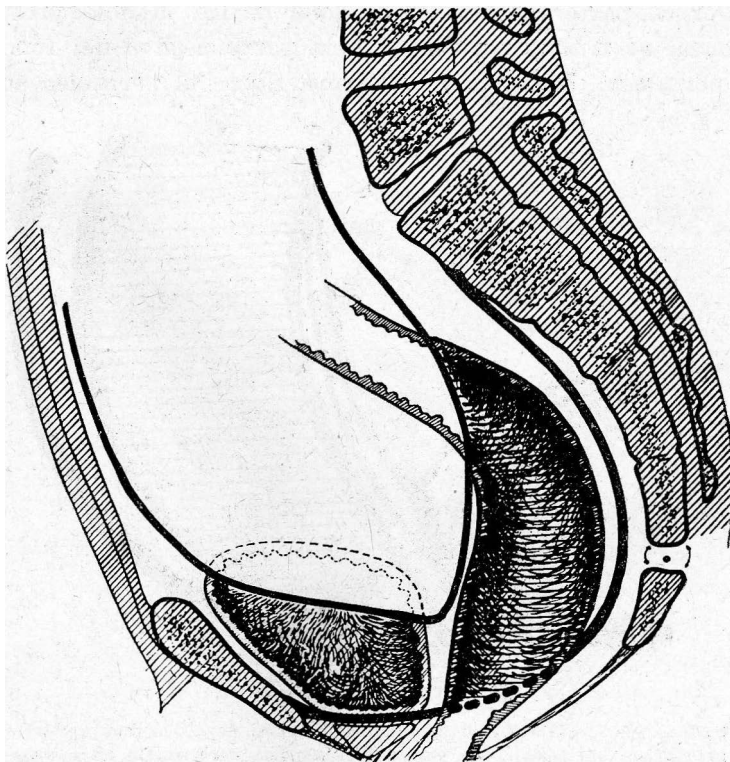


FIG. 1. — La lámina de sostén es una hoja fibrosa resistente que se fija al pubis (ligamentos pubo prostáticos); pasa a los lados de la unión vésico prostática (arco tendíneo hacia pelvis); llega al recto; pasa por sus lados y formando el ligamento sacrorrectal va a fijarse sobre la primera vértebra sacra. Del lado caudal de la lámina de sostén está la próstata y el recto perineal; del lado cefálico, la vejiga y el recto pelviano o de almacenamiento. En el esquema se ha representado además el peritoneo.

conjuntiva amplia que separa las regiones pelvianas de las perineales, la vejiga de la próstata. La hoja próstato - peritoneal fijándose a ella, es una hoja pelviana, intervesicorrectal. La íntima unión de la lámina de sostén a la próstata hace que la terminación caudal de la hoja próstato - peritoneal pueda considerarse

prostática. La disposición anatómica que describimos, descarta la continuidad de esta hoja con la hoja próstato perineal que está entre el recto y la próstata. El origen peritoneal en esta hoja que se fija íntimamente a una formación fibrosa no puede aceptarse.

Por su parte cefálica, en la zona media, la hoja próstato-peritoneal se fija al peritoneo en la parte declive del fondo de saco peritoneal. Esta unión es firme. Sobre el peritoneo se ven

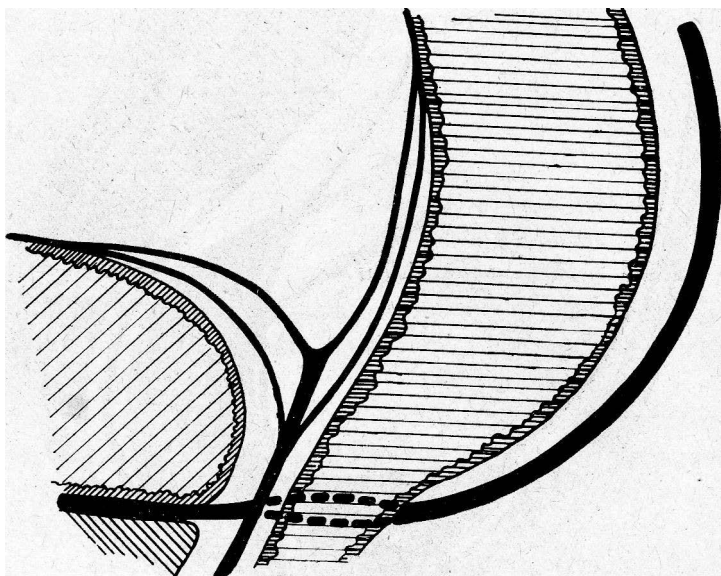


FIG. 2. — La lámina de sostén se extiende desde la unión vésico prostática hacia el recto. Sobre esta lámina termina la hoja próstato peritoneal. Arriba termina sobre el fondo de saco peritoneal. Dos laminillas viscerales se unen abajo a la hoja próstato peritoneal y terminan arriba sobre la vejiga y sobre el recto, fijándose con el peritoneo. La entrada por el abdomen a los espacios rectales o vesicales depende de estas laminillas.

con frecuencia irregularidades correspondientes a la tracción que la hoja hace sobre la serosa. Esta fijeza explica la particularidad del fondo de saco de ser absolutamente constante en su situación. No se eleva por distensión de la vejiga ni del recto, ni por tracción desde el abdomen sobre la serosa o sobre las propias vísceras que lo limitan. Si desde el peritoneo hacemos presión sobre su fondo, con la intención de entrar entre lo que ha sido

considerado hojas de adosamiento peritoneal, no se consigue romper el fondo de saco. El saco es una superficie resistente, de aplicación de fuerzas que tiene el desarrollo máximo que permiten las resistencias fibrosas de la pelvis. Si cortamos sobre el fondo del peritoneo, no encontramos ningún plano de deslizamiento, descartando nuevamente la teoría del cierre parcial del fondo de saco.

Del lado ventral y del lado dorsal de la hoja próstato - perito-

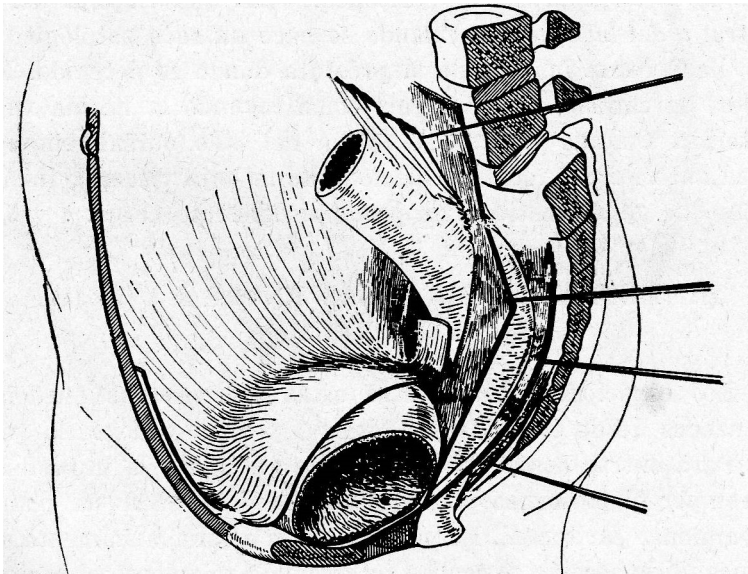


FIG. 3. El recto en el hombre tiene cuatro hojas conjuntivas que están señaladas en el dibujo desde arriba hacia abajo. La primera comprende el pedículo hemorroidal superior; la segunda es la lámina abdómino pelviana; la tercera es la lámina de sostén la cuarta la hoja parietal de la pelvis. La lámina abdómino pelviana, señalada en segundo término, es arriba retrorectal, luego látero rectal y forma abajo la hoja próstato peritoneal. El borde superior de esta hoja no se fija al recto sino al fondo de saco peritoneal.

neal, se encuentran dos hojas de menor consistencia, dependientes de la actividad visceral de la vejiga y del recto (Fig. 2). Estas hojas viscerales se unen a la parte caudal de la hoja próstato - peritoneal y se aplican a las superficies de los respectivos órganos para fijarse en ellos en la zona donde el peritoneo adhiere a la víscera. Estas hojas explican el hecho curioso que se pro-

duce cuando se tracciona en una pelvis normal durante una operación desde el recto o desde la vejiga. Al elevar el órgano traccionado, el otro descende. El fondo de saco se mantiene inmutable como siempre. El deslizamiento peritoneal, como si fuese una polea, resulta de la acción de las dos hojas viscerales.

Cuando hay una claudicación de las resistencias conjuntivas pelvianas, la presión abdominal empuja al peritoneo y forma un saco anormal. Este saco no se produce en la región de la inserción de la hoja próstato-peritoneal, sino que empuja del lado ventral o del lado dorsal. Cuando se hace un saco patológico ventral, llega hasta la base de la próstata donde es detenido. En la mujer, en cambio, puede seguir constituyendo la hernia vaginal posterior. Cuando el saco se forma del lado dorsal, empuja la pared anterior del recto y tracciona de la hoja visceral, iniciando así, lo que va a constituir un prolapso del recto (Figs. 4 y 5).

II. ENTRADAS MEDIANAS ENTRE LA VEJIGA Y EL RECTO

Los espacios situados entre estas dos vísceras pueden ser alcanzados desde el abdomen, desde el perineo o desde la vejiga.

Para entrar desde el abdomen, ya anotamos la imposibilidad de romper el peritoneo por presión y de encontrar un plano de adosamiento peritoneal. Es necesario seccionar francamente el peritoneo. Si la sección se realiza interesando solamente el peritoneo, la progresión nos embolsa forzosamente entre la hoja próstato-peritoneal y una de las hojas viscerales. Es fundamental entrar en los espacios viscerales vesical o rectal seccionando el peritoneo y la hoja visceral correspondiente.

Para entrar sobre la vejiga, debemos cortar francamente sobre esta víscera como lo aconseja Millin, hasta llegar al órgano y luego seguir junto a él. La progresión es facilitada traccionando desde el recto. Esta vía está indicada en la exeresis por cáncer del recto. Está contraindicada en el cáncer vesical o prostático porque conduce junto al órgano, dejando tejidos que pueden estar invadidos por la extensión neoplásica.

Para entrar sobre el recto es necesario seccionar el peritoneo y la hoja visceral rectal sobre la cara ventral de dicho

órgano y desplazarnos caudalmente, mientras traccionamos de la vejiga. Este es el camino para la exeresis del cáncer de la vejiga o de la próstata, que está contraindicado para el cáncer del recto.

Por cualquiera de las dos vías, llegamos a la base de la próstata. Para progresar entre la próstata y el recto es necesario seccionar a tijera la parte de lámina de sostén compren-

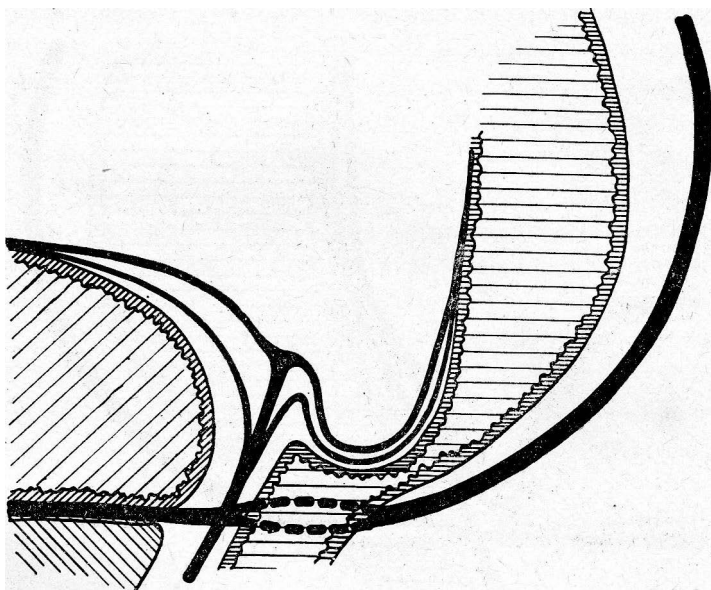


FIG. 4. — El borde superior de la hoja próstato peritoneal, está fijo, mantenido por su continuidad con la lámina abdómino pelviana a los lados y atrás del recto. Cuando la resistencia pelviana caudal cede, el peritoneo hace hernia sobre la cara anterior del recto pelviano y se constituye la primera etapa del prolapso del recto.

dida entre ambos órganos y entrar así a los espacios de fácil realización interpróstatorrectales.

La llegada a los espacios intervésicorrectales por el lado caudal, se hace desde los espacios interpróstatorrectales. A estos espacios se llega por vía perineal directamente o entrando por vía abdominal, delante de la próstata, seccionando la uretra y basculando la próstata.

Cuando se viene desde el perineo, el cirujano está del lado

prostático o del lado rectal de la hoja próstatoperineal. Al llegar a la base de la próstata, debe seccionar la hoja de la lámina de sostén y podrá entrar del lado ventral o del lado dorsal de la hoja próstatoperitoneal, en el espacio visceral de la vejiga o del recto. Como la disección se hace sobre la superficie resistente de la próstata es habitual que se entre en el espacio ventral o perivesical. El fondo de saco peritoneal se presenta entonces aplicado sobre el recto y su abertura se hará en la vertiente

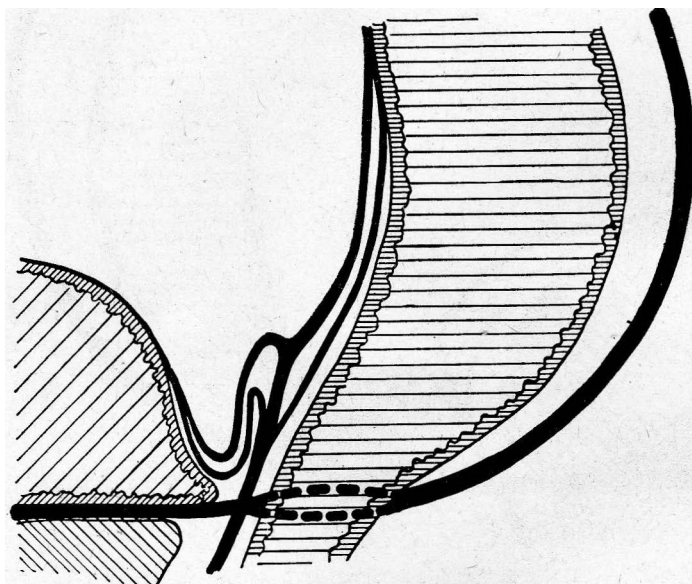


FIG. 5. — Cuando es la cara anterior del fondo de saco peritoneal la que cede, se forma una hernia retrovesical, supra prostática. En la mujer desciende hasta constituir la hernia vaginal posterior.

vesical. En la cirugía del cáncer del recto este espacio perivesical es el correcto, pudiendo abrirse en el tiempo perineal de la operación o dejarlo para el tiempo abdominal. En la cirugía del cáncer próstatovesical, no debe transitarse por ese espacio. El cirujano que opera por vía perineal debe preocuparse en aplicarse sobre el recto para extirpar con las vísceras a la hoja próstato - peritoneal.

Cuando por vía abdominal se ha seccionado la uretra y recorrido de abajo hacia arriba la cara dorsal de la próstata,

la situación es la misma en lo referente a entrada a los espacios periviscerales. Pero, las malas condiciones de exposición y la tracción ejercida por la próstata rotada, conducen casi fatalmente al espacio peri - vesical. Es allí donde se entró por arriba siguiendo el consejo de Millin, que "secciona el peritoneo sobre la vejiga, como si quisiese entrar en ésta". Pero este espacio es malo para la cirugía del cáncer vésico - prostático. Por estos motivos consideramos que en estos casos la entrada entre el recto y la vejiga, debe hacerse por el abdomen, aplicándose sobre la superficie del recto y seguir hasta los espacios interpróstatorrectales. Interrumpiendo allí la operación, se irá por la cara anterior de la vejiga y la próstata a seccionar la uretra y levantando la masa visceral encontrar el camino abierto correctamente por el peritoneo.

Otra vía para llegar a los espacios interpróstatorrectales medianos, es la transvesical, la cual abre grandes posibilidades para la prostatectomía total sin cistectomía. Abriendo la vejiga por vía abdominal y seccionando su pared dorsal transversalmente entre la próstata y los orificios ureterales se entra en el espacio realizable visceral, pudiendo así desplazarse hacia donde se desee.

III. LAS PARTES LATERALES DE LA REGION INTERVESICORRECTAL

La terminación a los lados de las laminillas rectal y vesical, sobre las paredes de las respectivas vísceras, cierra netamente el camino lateral de los espacios que hemos considerado fundamentales para el desplazamiento por la zona media. Este hecho tiene una gran importancia quirúrgica pues obliga a cambiar de espacio cuando deseamos ampliar lateralmente un camino abierto longitudinalmente.

Los espacios situados del lado dorsal y ventral de la hoja próstatoperitoneal, entre ella y las laminillas rectal y vesical, se comportan en forma diferente por la disposición especial de la hoja próstatoperitoneal. Esta hoja es parte de una lámina más extensa, que por su topografía hemos descrito con el nombre de lámina abdóminopelviana. Estudiándola en sus sectores me-

dianos comprobamos su íntima fijación arriba en la región retroperitoneal del abdomen, en medio de tejido conjuntivo y nervioso que responde a los orígenes de la mesentérica inferior. Se la sigue hacia la pelvis como lámina resistente, teniendo los nervios presacros en su espesor y dispuesta frontalmente por delante de la aorta, de su bifurcación y del promontorio. Entra a la pelvis entre el sacro y el recto. Siguiéndola hacia la parte caudal se incurva como la caja pelviana, comprendiendo en su concavidad al recto. En zona vecina de la tercera vértebra sacra, la parte situada del lado dorsal del recto termina fijándose a éste. Las partes laterales siguen el plano de la pared pelviana, disponiéndose a los lados del recto, cruzan su dirección para formar, al unirse del lado ventral del recto, la hoja próstatoperitoneal que estudiamos.

Los sectores láterorrectales de la lámina abdóminopelviana están conectados por su parte dorsal, al esqueleto pelviano constituido por los alerones sacros. Por su cara ventral adhieren al peritoneo. Por su borde interno continúa fijándose a la pared del recto como la porción retrorrectal. Por su borde externo se extiende bajo forma de hoja celulosa que no nos interesa ahora. En el espesor de estas hojas láterorrectales siguen los nervios pre-sacros.

En su conjunto la lámina abdóminopelviana, se comporta frente al recto como una hoja atravesada oblicuamente por el intestino. El contorno del anillo de la lámina, adhiere al recto en su cara dorsal y laterales. En la cara ventral, la lámina, formando la hoja próstatoperitoneal, adhiere al peritoneo. Deja así libertad dinámica al recto.

Es fácil comprender que si nos introducimos al espacio situado en la zona media entre la hoja próstato-peritoneal o porción ventral de la lámina abdóminopelviana y la laminilla rectal, al desplazarnos hacia los lados estamos detenidos por la adherencia de dicha lámina al peritoneo y al recto. Por la misma razón no podremos venir desde atrás contorneando el recto para entrar en el espacio mediano.

En las partes laterales de la zona intervésicorrectal, la lámina abdóminopelviana está intrincada con las hojas sagitales correspondientes a los nervios espláncnicos pelvianos, es decir

3º y 4º sacros. El intrincamiento conjuntivo se suma al nervioso haciendo que el plexo hipogástrico sea desde el punto de vista dinámico y de recorrido quirúrgico un nudo conjuntivo. El nudo conjuntivo de la pelvis, adherente al peritoneo, limita hacia los lados, la salida del espacio situado del lado ventral de la hoja próstatoperitoneal.

En las partes laterales de este espacio están las vesículas seminales, aplicadas sobre la hoja próstatoperitoneal. En la parte próxima a la base de la próstata es posible pasar entre la vesícula y la hoja, haciendo así un camino hacia afuera, detenido por el nudo conjuntivo de la pelvis. En la parte de vesícula correspondiente a su fondo, las relaciones son variables con el tipo de pelvis. En las pelvis verticales, estrechas, las vesículas están a los lados de la línea media, por delante de la hoja próstatoperitoneal siendo posible que el despegamiento iniciado cerca de la próstata se continúe hasta su fondo. En estos casos la sección transversal franca del nudo conjuntivo de la pelvis, separa netamente al recto con toda la lámina abdóminopelviana de la vejiga con las vesículas.

En las pelvis anchas, horizontales, las vesículas están más lateralizadas y más horizontales. Responden a la hoja próstatoperitoneal, en la zona donde se continúa hacia arriba sobre los lados del recto. Es decir que el fondo de la vesícula responde directamente al recto sobre sus caras laterales, del lado ventral de la fijación visceral de la lámina abdóminopelviana. En estos casos, el tacto rectal toca las vesículas enfermas a los lados del recto.

En la amputación por cáncer del recto, el cirujano penetra por vía abdominal en la zona media en el espacio visceral de la vejiga. Sólo por este espacio podrá seguir un camino seguro hacia la cara dorsal de la próstata. Pero es un espacio malo para la progresión lateral. Debemos romper la laminilla visceral vesical y en las proximidades de la base de la próstata encontrar hacia afuera una vía fácil entre las vesículas y la hoja próstatoperitoneal. La separación de estos dos planos se continúa hacia el fondo de las vesículas. Si son vesículas verticales paramedianas haremos la separación fácil y el corte del nudo nos deja al recto con su tejido conjuntivo separado de vejiga y

vesículas. Si son vesículas horizontales, lateralizadas, la separación es difícil, pudiendo pasarse la dificultad por ligadura y sección del fondo vesicular que saldrá con el recto.

La separación de las vesículas del recto, por vía perineal en el cáncer del recto, obliga a realizar las mismas maniobras que en la vía abdominal. Con vesículas verticales es fácil. Con vesículas lateralizadas es laborioso.

En el cáncer vésicoprostático, en que se debe entrar por la vía abdominal en el espacio visceral del recto, es suficiente después de haber abierto camino hacia el lado caudal, con romper la laminilla visceral y por detrás de la hoja próstato-peritoneal, llevar hacia adelante a las vesículas. Cuando se hace la separación de recto y vesícula por vía perineal, se presenta la misma indicación técnica.

La descubierta de las vesículas seminales para actuar sobre ellas, ya sea por vía perineal o por vía abdominal, requiere de acuerdo con su disposición anatómica, las siguientes exigencias. En primer término debemos entrar por la zona media y no venir por los lados. En segundo lugar debe buscarse el espacio correcto entre la hoja próstato peritoneal y la hoja visceral de la vejiga. En tercer lugar debe iniciarse su liberación cerca de la base prostática. Al llegar a su fondo podrá ser fácil la liberación o hacerse difícil.

El desconocimiento anatómico de la region intervésico-rectal, es causa de frecuentes errores de técnica, que conducen a dificultades de realización y a defectos importantes en la operación. Antes de operar, el cirujano debe estar seguro de los caminos que ofrece la región.

RESUMEN

Entre la vejiga y el recto, hay una hoja conjuntiva, extendida desde la base de la próstata hasta el fondo de saco peritoneal intervésicorrectal. Debe llamarse próstato-peritoneal. Esta hoja no resulta de un acolamiento peritoneal. Forma parte de una

lámina conjuntiva amplia, de topografía abdómino - pelviana que es arriba retrorrectal, luego pararrectal y al fin prerrectal.

El conocimiento de la anatomía de la hoja próstato peritoneal permite interpretar y tratar correctamente las hernias intervésicorrectales que conducen al prolapso del recto y a la hernia vaginal posterior en la mujer. Es además indispensable para un correcto desplazamiento quirúrgico en las operaciones sobre el recto y la vejiga.
