

## LA TRAVESIA DEL PERINEO MASCULINO (\*)

Dr. Abel Chifflet

Esta comunicacion es una exposicion de la anatomía del Perineo en vistas a su travesía quirúrgica hacia la Pelvis.

Creemos que el conocimiento habitual del Perineo no permite al cirujano desplazarse con seguridad en esta región y menos aun, llegar directamente a cualquier zona de la cavidad pelviana. Por esta falta de dominio de la anatomía esta vía se utiliza poco, aun en casos de indicación indiscutible. Todos hemos tenido dificultades en el campo operatorio y las hemos visto en manos de cirujanos de gran competencia.

La utilización de una determinada vía en forma sistemática conduce a un dominio en los detalles de técnica, que permite, con gran experiencia, realizar la travesía perineal bien. Pero, un error de ruta por inobservancia de un detalle técnico o por alteración no prevista de la disposición anatómica normal, puede desorientar al más experimentado, si no domina la anatomía de la región. El uso de una sola vía es por otra parte insuficiente para las numerosas exigencias quirúrgicas, que sólo pueden satisfacerse por la vía respectiva. A veces en el propio campo operatorio el cirujano debe adaptar su conducta y cambiar de camino, lo que supone conocimientos más firmes aún que los que da el dominio técnico de cada una de las vías por separado.

---

Nuestra exposicion no tiene nada de nuevo en cuanto a detalles de las estructuras que integran el Perineo. Se caracteriza

---

(\*) Esta comunicacion fué presentada en la sesión del 26 de julio de 1950.

porque hemos estudiado esta región con tres conceptos directivos:

- 1º dar a las estructuras del Perineo su verdadera orientación;
- 2º estudiar el Perineo con vistas a los órganos y espacios de la Pelvis que a él responden;
- 3º conocer el Perineo y las estructuras pelvianas correspondientes, en el individuo vivo, es decir en sus múltiples variaciones, impuestas por las funciones de la región.

### **Orientación de la Pelvis y del Perineo**

Un corte sagital mediano de la Pelvis permite ver la orientación exacta de la superficie interior de esta caja ósea. El corte muestra un contorno cuadrangular, como si se tratase del corte sagital de un cubo.

La cara inferior está constituida en parte por la sínfisis pubiana y los cuerpos de los Pubis. La dirección de la sínfisis es oblicua hacia atrás y abajo, formando con la línea horizontal un ángulo de 30° y con la vertical de 60°. Es por lo tanto una cara oblicua pero fundamentalmente horizontal. Hacia atrás esta cara está continuada a los lados por las ramas óseas isquiopubianas, más horizontales aún que el Pubis. Entre una rama y la otra se extiende transversalmente el Perineo Anterior, que tiene por supuesto la misma dirección.

La cara superior la constituye el sacro, oblicuo como el Pubis hacia atrás y abajo. Yendo hacia atrás, este hueso se incurva cerca de su vértice y se une a la primera vértebra coccígea formando así la parte alta de la cara posterior, o para ser más exacto, pósteroinferior de la Pelvis.

La cara posterior de la Pelvis, por debajo de la primera vértebra coccígea constituye el Perineo Posterior. Termina abajo sobre el borde posterior del Perineo Anterior, formando así un ángulo con éste.

La línea que va de un isquion al otro, constituye el límite entre el Perineo Anterior y el Posterior. Es el borde que separa la porción horizontal de la porción vertical del Perineo. Consideramos de interés fundamental el conocimiento de que las dos partes del Perineo tienen una orientación distinta. El error de

figurar a todo el Perineo en un mismo plano impide el conocimiento exacto de la región y sobre todo es causa de desorientación en la cirugía perineal. Conociendo la orientación de ambos Perineos, veamos su estructura.

### El Perineo Anterior

El Perineo Anterior ocupa un área triangular en el ángulo abierto hacia atrás que forman las dos ramas isquiopubianas. El borde posterior del triángulo, que cierra el ángulo óseo, está francamente llevado hacia adelante con relación a la línea bi-isquiática, de modo que el área del triángulo es pequeña. El Núcleo del Perineo está muy cerca del Pubis. La constitución de este Perineo es muy fibrosa, lo cual le da gran resistencia. Constituye como un puente fibroso que uniese las ramas isquiopubianas. La movilidad es muy discreta. Los músculos propios no intervienen en su dinámica. Los movimientos que puede tener el Perineo Anterior dependen del Músculo Elevador, que insertándose en el Núcleo del Perineo moviliza esta zona. El Perineo Anterior no es zona de movimientos: el Perineo Anterior soporta y resiste. Continúa hacia atrás el plano del Pubis sobre el que descansa el contenido abdominal en la posición de pie.

Tiene sin embargo un tejido de gran valor dinámico que es el cavernoso. El bulbo de la uretra y los cuerpos cavernosos llenan la casi totalidad de su área. En los espacios entre estos órganos de la erección, hay tal cantidad de venas metidas en atmósfera fibrosa, que nos lleva a considerar a todo el Perineo Anterior como ocupado por tejido cavernoso. La natural resistencia del Perineo se encuentra aumentada en la ingurgitación del sistema venoso, llegando a darle una dureza leñosa.

La zona del Perineo Anterior es de poco interés desde el punto de vista de las vías quirúrgicas hacia la Pelvis. Es de pequeñas dimensiones, está limitado por estructuras óseas; es resistente; tiene una gran riqueza vascular. Todas estas particularidades dificultan su travesía. Por otra parte responde en la Pelvis al espacio situado por delante del conjunto uretro prostato vesical, espacio que es de sencillo acceso por vía suprapúbica.

### El Perineo Posterior

El Perineo Posterior se extiende en la línea media desde el Núcleo del Perineo hacia arriba y atrás. Lo hacemos llegar hasta la articulación coccígea, incluyendo así el cóccix. La parte de este hueso, móvil, situada por debajo de la articulación coccígea constituye en realidad como si fuese el extremo superior, rígido, del rafe anococcígeo. Por sus bordes da inserción, lo mismo que el rafe, a los músculos Elevadores. Por delante tiene un espacio laxo, que es el mismo del rafe. Cuando los Elevadores se contraen o se relajan, el cóccix junto con el rafe y el canal anal, se desplazan hacia adelante o hacia atrás.

Una línea recta desde la articulación coccígea al Núcleo del Perineo es oblicua hacia abajo y adelante. Los tres integrantes del Perineo Posterior que ocupan la línea media, es decir cóccix, rafe y canal anal, se disponen en el estado de reposo, formando una línea curva, regular, por su superficie interior. En la contracción de los Elevadores, esta curva tiende a disminuir, mientras que se exagera en los esfuerzos abdominales con relajamiento de los Elevadores.

Como consecuencia de esta curva, la superficie interior del ángulo que forma el Perineo Posterior con el Anterior tiende a hacerse obtuso. La parte interior del Perineo Posterior sobre la cual se aplica la porción final del Recto es sensiblemente horizontal.

La superficie exterior del Perineo Posterior en su línea media no forma una línea regular como la superficie interior. El canal anal, que integra la superficie interior por su extremo profundo, se dirige, en su trayecto de 3 a 4 cts. hacia atrás y abajo, formando con la dirección del rafe un ángulo agudo abierto hacia atrás. En los cortes sagitales de la Pelvis es bien visible esta dirección del canal anal que está en la misma línea que la cara superior del Perineo Anterior y del Pubis.

El Esfínter Externo o Esfínter Estriado del Ano tiene dos partes: una profunda y una superficial. Muchos autores las describen como dos músculos independientes, criterio que compartimos. La parte profunda está constituida por fibras circulares autónomas que se extienden bajo forma de un manguito de un

extremo al otro del canal. La parte superficial o subcutánea está constituida por fibras que ocupan un lado o el otro del canal y que se expanden más hacia afuera. Adelante toman inserción en el Núcleo del Perineo y atrás en el rafe anococcígeo y la piel. Estas fibras subcutáneas, aplicadas en su parte media contra las fibras circulares de la parte profunda, deben angularse por lo tanto para ir a tomar sus inserciones adelante y atrás.

Hacia atrás, terminando en el rafe y en el surco mediano de la piel cierran el ángulo formado por el rafe con el esfínter, constituyéndose así el espacio sub esfinteriano posterior por donde comunica una fosa isquiorrectal con la otra. Hacia adelante las fibras de la parte superficial cruzan perpendicularmente las fibras de la parte profunda o circulares. Este hecho tiene gran importancia en la técnica de la perineotomía anterior.

---

Hacia los lados el Perineo Posterior termina en el borde inferior de los ligamentos sacrociáticos extendidos desde el Isquion al sacro. El músculo Glúteo Mayor desborda este ligamento hacia abajo, constituyendo su borde, el verdadero límite superficial del Perineo Posterior. El área del Perineo Posterior está ocupada por la grasa isquiorrectal. En profundidad se hace llegar al Perineo Posterior hasta el Músculo Elevador que lo separa de la Pelvis.

Consideramos al Elevador del Ano como integrante del Perineo Posterior, al cual da sus particularidades morfológicas y sobre todo funcionales. La grasa isquiorrectal es tejido de relleno, que sigue dócilmente las exigencias del plano muscular contráctil. Esta grasa no tiene autonomía funcional. No ha servido tampoco para fijar concepto morfológico de la región, ya que las diferentes descripciones de la forma de la fosa isquiorrectal sólo han conducido a una esquematización errónea y a veces desconcertante.

### Los Elevadores del Ano

Los Elevadores del Ano son dos músculos en forma de lámina situados a cada lado de la línea media, unidos entre ellos a lo largo del rafe anococcígeo y formando funcionalmente un solo músculo.

La lámina de los Elevadores se dispone llenando el espacio que existe entre sus dos líneas de inserción. Tejido conjuntivo en forma de hojas, fortalece y completa esta lámina muscular. Las dos líneas de inserción son muy dispares en forma y en orientación. La inserción sobre la pared de la pelvis describe una gran curva a concavidad posterior, teniendo su punto medio en el Pubis y los extremos en las espinas ciáticas. La inserción mediana se hace a lo largo de una línea situada en el plano sagital y dirigida desde el cóccix al núcleo del Perineo, es decir oblicua hacia abajo y adelante.

Las fibras inferiores van desde el extremo inferior de la línea de inserción mediana al centro de la herradura, es decir desde el Núcleo del Perineo al Pubis. Son pues paralelas a la línea media, poco separadas del plano mediano del cuerpo y con discreta inclinación hacia adelante y arriba.

A medida que ascendemos en la línea de inserción mediana, vamos encontrando fibras que divergen más hacia afuera, hasta que al llegar al extremo superior de esta línea, tenemos fibras dirigidas francamente hacia afuera, es decir, desde el cóccix a la espina ciática.

Esta disposición de los Elevadores explica que al contraerse, lleven al canal Anal hacia adelante y arriba, y actúen sobre el cóccix llevándolo algo hacia adelante, pero sobre todo fijándolo por riendas laterales.

Desde el punto de vista morfológico, el examen de los Elevadores por la cavidad pelviana, muestra que el espacio entre ellos va estrechándose hacia abajo, a medida que las fibras van haciéndose más ánteroposteriores. En la parte inferior, apenas queda una hendidura entre los dos Elevadores, donde pasa la uretra y se ubica el pico de la Próstata.

Visto por su parte posterior, los Elevadores aparecen como una gran superficie convexa cuyo eje mediano es sensiblemente vertical. Arriba las fibras son transversales; abajo van hacia adelante. Las fibras superiores tienen la misma dirección que el gran Glúteo que le recubre. Las fibras inferiores pasan rasando la cara superior del Perineo Anterior y adhieren a él separando los espacios pelvianos de los perineales.

Por fuera de los Elevadores se dispone la grasa isquiorrectal

a un lado y otro de la línea media. La forma de este paquete grasoso, o sea de la fosa isquiorrectal es la de una cuña metida entre el Elevador y el Obturador Interno y extendida desde un extremo al otro de las inserciones del Elevador. El borde cortante de la cuña, fino, lamelar, sigue la línea recta de la inserción pelviana del músculo. El borde grueso o base de la cuña se extiende a lo largo de todo el Perineo, desde los lados del cóccix hasta el Pubis. Describe pues en su conjunto una gran curva que Farabeuf comparó a la de un sombrero bicornio. La porción superior es vertical y está cubierta por el Glúteo Mayor; la porción inferior es horizontal y está cubierta por el Perineo Anterior. El ángulo que forman ambas porciones responde a las partes laterales del canal Anal, donde la grasa isquiorrectal toma contacto con la subcutánea.

Cuando los Elevadores se contraen, llevan hacia adelante el Perineo Posterior, la oblicuidad del músculo disminuye y la grasa isquiorrectal se hace profunda. Cuando los Elevadores se relajan, aumentando la presión abdominal, el plano muscular del Elevador se aplica contra el Obturador afuera y contra el Perineo Anterior abajo y el Glúteo Mayor atrás y la grasa isquiorrectal es proyectada al exterior. En este momento Perineo Anterior y Glúteo son los verdaderos soportes del piso perineal.

### Perineotomías

La travesía del Perineo Posterior puede hacerse por vías medianas o por vías laterales.

Las perineotomías medianas pueden estar por delante del canal anal, por dentro del anillo esfinteriano, o por detrás de éste.

#### Perineotomía mediana preanal

La perineotomía preanal es la vía corriente de acceso a la Próstata. El cirujano pasa entre el canal anal y el bulbo de la uretra, en la hendidura que dejan los bordes inferiores de los Elevadores.

La posición a dar al enfermo es en decúbito dorsal con muslos flexionados y en abducción. En esta posición la Pelvis rota, quedando el Perineo Anterior en la mesa de operaciones en un

plano horizontal, es decir mirando al techo. La travesía de los planos superficiales se hace por una incisión transversa a 3 cts. por delante del Ano. Inmediatamente aparecen las fibras subcutáneas del Esfínter Externo. Si en vez de seccionarlas, profundizamos en la grasa a un lado y otro y colocamos un separador hendido, traccionando hacia atrás el Canal Anal, ponemos tensas las fibras superficiales. La sección de estas fibras es entonces una maniobra nítida y sencilla.

Reclinadas estas fibras hacia atrás aparecen las fibras circulares del Esfínter, dirigidas transversalmente. Para pasar entre el límite anterior de estas fibras y el bulbo, es necesario colocar una valva hacia atrás, separando el canal anal, y dirigirse oblicuamente hacia adelante. Al reclinar las últimas fibras circulares, se presenta, haciendo saliente, el codo recto anal. Estamos ya en la Pelvis. Desde este punto podemos dirigirnos a diferentes puntos o vísceras, asunto que no veremos hoy.

La brecha así lograda, que es una verdadera descubierta del Recto, está limitada a los lados por los bordes inferiores de los Elevadores. Seccionando estos músculos se amplía mucho la brecha. Esta sección tiene serios inconvenientes en cuanto a la funcionalidad de la evacuación y veremos que sólo se justifica frente a problemas quirúrgicos especiales.

### Perineotomías Intraesfinterianas

Las perineotomías intraesfinterianas están fundadas en el hecho anatómico de que las fibras circulares del Recto al terminar abajo formando el Esfínter Liso, quedan separadas del Esfínter Estriado que las rodea, por un espacio despegable. Haciendo una incisión curva en la unión mucoso-cutánea anal y separando la mucosa del Esfínter Estriado se encuentra un plano de fácil progresión. Manteniéndose en contacto del músculo, se llega al borde interior de éste, dejando al Esfínter liso con la mucosa.

La amplitud del acceso parecería muy escasa por el interior del Esfínter Estriado. No es así sin embargo. Favorecido por la anestesia, el Esfínter cede mucho y se obtiene una vía más amplia que por la vía pre anal cuando no se destruye en esta al Elevador. La sección o desgarro del Elevador en la vía preanal es mucho

más nociva para el enfermo que la distensión del Esfínter Es-triado.

La vía intraesfinteriana se realiza en una dirección diferente a la vía preanal, puesto que el cirujano debe seguir la dirección del canal Anal, que es oblicuo hacia adelante y arriba pero predominantemente hacia adelante. Si el enfermo está en decúbito dorsal con la pelvis rotada hasta tener al Pubis horizontal la dirección de la disección debe ser también horizontal, hacia el borde superior del Pubis. Si el motivo de la operación lo permite, es preferible intervenir con el enfermo en decúbito ventral, con los muslos flexionados en ángulo recto. El uso de las valvas y la dirección de su aplicación están condicionadas por las estructuras que pueden ceder. Es indudable que éstas están situadas hacia los lados y hacia atrás.

Las vías intraesfinterianas conducen a diferentes puntos de la pelvis, según que se penetre por la parte anterior o por las partes pósterolaterales. Veremos estas dos vías al estudiar la Pelvis.

### **Perineotomía retroanal**

Por detrás del canal anal se puede entrar a la Pelvis seccionando el rafe, resecano el cóccix o desinsertando al Elevador del borde lateral de este hueso.

La posición ideal, teniendo en cuenta la dirección vertical de esta cara es el decúbito ventral. Cuando exigencias de la intervención pelviana obligan a recurrir al decúbito dorsal, no debemos olvidar la orientación de esta pared.

La sección total del rafe, aumentada todavía con la resección del cóccix, da una entrada muy amplia a la pelvis, permitiendo la introducción de toda la mano. Sin embargo esta vía tiene limitadas sus indicaciones, porque al destruir la unión mediana de los Elevadores rompe el sistema perineal posterior y porque conduce a espacios relacionados directamente sólo con el Recto. Su indicación categórica está en la cirugía del Recto.

### **Perineotomías laterales**

Es un capítulo de gran interés práctico. La entrada lateral a la Pelvis encuentra el obstáculo de la masa grasosa isquiorrectal. Podemos entrar por fuera o por dentro de esta grasa.

La entrada por fuera ofrece inconvenientes. Al nivel del isquion la distancia entre el Glúteo Mayor y el Perineo Anterior es muy corta. Hay allí numerosos tractos fibrosos y superficies de deslizamiento provocados por los desplazamientos del Glúteo Mayor, que dificultan la orientación del corte. Llegado al plano óseo, el cirujano debe ir muy profundamente a buscar el Elevador. En esta travesía encuentra vasos y nervios pudendos, hemorroidales y perineales que desde la pared irradian hacia la línea media. En fin, la entrada junto a la pared pelviana conduce directamente a los gruesos vasos aplicados íntimamente a dicha pared.

En la extirpación del cáncer del Ano debemos sin embargo seguir la vía lateral externa, como única forma de comprender en la exéresis la grasa isquiorrectal con los elementos que la cruzan.

La entrada a la Pelvis por dentro de la grasa isquiorrectal es más sencilla. Una incisión paralela a la línea media, a unos dos centímetros de ésta, conduce a la fibras superficiales del Esfínter Externo. Levantando hacia adentro estas fibras con la piel, llegamos a las fibras circulares del Esfínter. Por su cara externa podemos continuar hasta el Elevador y liberar así la cara exterior de este músculo hasta el lugar que nos interesa en vista a su travesía hacia la Pelvis.

No vamos a analizar hoy las múltiples posibilidades de esta vía. Sólo haremos su enumeración con el fin de aprovechar lo expuesto sobre la morfología del Elevador.

En la parte superior, a los lados del cóccix, el Elevador es frontal. Su sección conduce a los espacios situados por detrás del Recto y a este órgano.

En la parte media, respondiendo a las inserciones del Elevador en el rafe, el músculo tiene su superficie exterior mirando hacia atrás y afuera. Por su superficie interior responde también al Recto y espacios perirrectales.

En la parte inferior el Elevador se dispone casi sagital. Por su superficie interior, que es cara interna, se aplica a los lados de la Próstata y más arriba responde a los flancos de la vejiga, de la cual está separada por el espacio de Retzius.

La perineotomía lateral constituye una vía interesante de

acceso a la Próstata y vesículas. La posición del enfermo puede ser en decúbito dorsal, pero es indudable que lo que hemos dicho sobre orientación del Elevador nos hace preferir la posición en decúbito ventral aconsejada por Voelker. La sección del Elevador debe hacerse sobre el lado del Núcleo del Perineo, entrando así al espacio parietal frente a la Próstata:

Esta vía es la que seguían los antiguos cuando hacían la talla por vía perineal y no el triángulo isquiocavernoso, como erróneamente se dice en muchos tratados clásicos.

Si en lugar de seccionar a este nivel el Elevador, lo hacemos más cerca de sus inserciones periféricas, entraremos por arriba de la Próstata, a los lados de la porción distal del Recto, yendo así al ambiente perivesical, es decir, al espacio de Retzius. Esta vía, aconsejada por Gil Vernet para drenar las colecciones de dicho espacio, es sencilla, directa, sin riesgos y conduce a la porción más declive del espacio de Retzius con el enfermo en la posición de reposo en cama. Podría ser utilizada como vía de drenaje, después de exéresis por vía abdominal de vísceras pelvianas.

**Dr. Etchegorry.** — Señor presidente, simplemente, me voy a asociar a la última parte de lo que ha dicho el Dr. Nozar. Creo que debe felicitarse a Chifflet por el esfuerzo que significa su trabajo, por las ideas originales que encierra; ahora, opinar, al escuchar sólo la lectura, es un poco difícil, sobre todo en una región tan compleja, tan engorrosa de imaginársela in mente; es labor embarazosa seguir paso a paso los detalles anatómicos que ha dicho Chifflet. En la parte de recuerdos que más fresca tengo, puedo decir que estoy completamente de acuerdo; de cualquier manera no abro opinión sobre el asunto; me inclino ante un trabajo que no debe pasar inadvertido y felicito a Chifflet por todo lo que acaba de decir.

**Dr. Chifflet.** — Quiero agradecer las palabras del Dr. Etchegorry y en lo que se refiere al Dr. Nozar cabría decir que estamos todos en casa.

En realidad al presentar este trabajo de anatomía de la pelvis y periné, lo presento como profesor de la Cátedra de Medicina Operatoria que no es una cátedra de tipo feudal, sino un lugar donde se recogen las enseñanzas y el apoyo de todos y donde pretendemos transmitir nuestros conocimientos y recibir inspiración sobre todo de todos los que concurren a trabajar con nosotros.