

## directivas quirúrgicas en recto

### INICIANDO LA OPERACION

Micción en el momento de ser llevado a la Sala de operaciones, anestesia general por inhalación o peridural. Venas cateterizadas y disponibilidad de sangre porque las operaciones sobre el recto pueden ser muy sangrantes y shockantes y la sangre es el mejor tratamiento.

**Examen bajo anestesia.** Consideramos fundamental beneficiarse de la supresión del dolor y del relajamiento muscular que da la anestesia general, para hacer un examen completo de la pelvis y del recto en particular. Este examen permite completar o rectificar a veces el diagnóstico primitivo, conduciendo a modificaciones del plan operatorio y aún a la suspensión de la operación.

**Posición del enfermo.** El recto es un órgano cuyos segmentos ocupan la pelvis, el abdomen, el perineo. Sus operaciones pueden ser simples, con abordaje por el abdomen o por el perineo, pero aún en esos casos pueden las circunstancias o el resultado de la exploración requerir la otra vía. Podría recurrirse a un cambio de posición en el curso de la operación, lo cual deshechamos por el riesgo que significa tal cambio para el árbol vascular de un enfermo anestesiado. Además los cambios de posición del enfermo en el curso de una operación exponen a diversas contaminaciones y con frecuencia no logran posiciones correctas y firmes para continuar.

Preferimos una posición única que permita la vía abdominal y la perineal, para toda operación del recto. La sistematización da las mayores seguridades de la corrección en que se coloca al enfermo y aumenta el dominio de la técnica al presentar las regiones siempre bajo el mismo ángulo.

La posición operatoria del recto es el decúbito dorsal con miembros flexionados en abducción, posición de la talla de los antiguos, que puncionaban la vejiga por el perineo. Personal de enfermería bien informado puede colocar en posición correcta al enfermo, pero preferimos hacerlo personalmente mientras se preparan los ayudantes. Controlar que podremos operar bien por el abdomen sin el impedimento del muslo izquierdo levantado y controlar que el perineo quede bien expuesto. En esta posición la pelvis queda rotada, aproximando el pubis al ombligo y al xifoides. Se produce así un relajamiento muscular de los rectos anteriores del abdomen, que en la laparatomía mediana permite su fácil separación hacia afuera, exponiendo ampliamente la entrada a la pelvis. Un ayudante colocado entre ambos miembros inferiores está en posición muy favorable para colaborar en la operación.

La región perineal se ofrece satisfactoriamente y la operación por esa vía se ve facilitada por la colaboración de un ayudante por la vía abdominal.

**Campo operatorio.** Desinfección desde la base del tórax hasta la punta del sacro, comprendiendo la raíz de los muslos y los genitales externos. El campo operatorio es único, mediano, desde xifoide a sacro, constituido por una simple faja que comprende a los genitales externos.

**Cierre del ano.** El cierre del ano debe ser hermético, para evitar la salida de materias fecales o mucus en el curso de las maniobras sobre el recto por vía abdominal o perineal. La jareta circunferencial subcutánea es ineficaz. Practicamos una sutura continua bien apretada desde la parte anterior hasta la posterior y luego regresamos hacia adelante para terminar en el hilo anterior.

**Sonda vesical.** Varios propósitos cumple la sonda vesical y es en consideración a ellos que debe elegirse la sonda. El menos importante es servir de referencia en el curso de la separación entre recto y uretra membranosa, separación que debe estar basada en el buen conocimiento anatómico y la precisión de la técnica operatoria. El vaciado total de la vejiga facilita las maniobras operatorias en la pelvis.

Siendo que el enfermo tuvo un micción espontánea antes de ser trasladado a la sala de operaciones, la medida de la orina extraída en la mesa operatoria informa sobre un posible retencionista. Al dejar vacía la vejiga al comenzar la operación podemos tener un control útil, al terminarla, sobre los que pasó en el curso de su realización. El vaciado vesical al terminar la operación nos deja en condiciones de iniciar desde ese momento el estudio urinario del postoperatorio.

La sonda colocada en medio aséptico por el cirujano, sin maniobras previas y sin cambios ulteriores, es una forma de disminuir los inconvenientes de la sonda en permanencia del postoperatorio que debe tener todo operado del recto. Evita en especial la colocación de una sonda después de la amputación del recto, muy a menudo agresiva por los desplazamientos y angulaciones que produce en la uretra la operación.

De la justa valoración sobre los propósitos de la sonda vesical surge la conclusión de que debe ser una sonda blanda, fina, que pueda tolerarse ocho días de postoperatorio sin que se salga. Utilizar una sonda de Foley.

## DRENAJES PREVENTIVOS PERIRRECTALES

Se puede plantear un drenaje perirrectal como preventivo de una colección o como tratamiento de la colección ya constituida. Esta segunda circunstancia será considerada en otro capítulo.

El propósito del drenaje después de una operación sobre el recto o de una herida accidental es la prevención de una colección serosa, hemática o purulenta en los ambientes periviscerales. Estas colecciones son relativamente frecuentes en la pelvis no drenada. El diagnóstico en el postoperatorio es en general tardío porque no se piensa oportunamente y los exámenes pueden no ser aclaratorios. El tratamiento puede ofrecer dificultades por falta de conocimiento de la exacta topografía y por riesgos para el recto de una reintervención aún mínima.

La razón fundamental del drenaje es la prevención de las complicaciones a veces graves de las colecciones perirrectales. Anotemos en primer lugar que la intervención quirúrgica destruye habitualmente el sistema de láminas y espacios de la pelvis abriendo caminos para la difusión de la colección a diver-

sos territorios. La supuración frecuente de éstas colecciones se extiende lejos de la zona operatoria, se tabica en celdas, dando repercusiones viscerales imprevistas y dificultando los drenajes. Puede llegar a constituir una sepsis difusa de la pelvis, de mucha gravedad.

Son importantes además las consecuencias sobre el recto operado de una colección perirrectal. La colección dificulta la cicatriz de las suturas porque mantiene la actividad inflamatoria de la herida y porque le quita al órgano el contacto con el plano de vecindad que interviene en forma muy importante en el proceso de cicatrización. Las láminas fibrosas dorsales y el sacro atrás y la vagina y la próstata adelante si se mantienen en contacto con una pared rectal suturada adhieren al recto y hacen difícil su dehiscencia. Si la dehiscencia se produce, la evolución es favorable porque las estructuras adheridas al recto impiden las difusiones y pasan a constituir pared del órgano. Si entre la pared del recto y dichas estructuras hay una colección, la dehiscencia es muy probable y las complicaciones seguras.

La abertura espontánea de una colección en el recto puede tener una evolución favorable. Si el drenaje por el recto es insuficiente o la colección se ha extendido a espacios que no drenan bien hacia el recto, se constituye una fistula rebelde.

El drenaje quirúrgico hacia afuera de una colección con varios días de evolución, en inminencia de abertura en el recto o parcialmente drenada en su luz, conduce con frecuencia a la fistulación externa, que constituye una invalidez importante.

El acompañante habitual de toda colección, abierta o no, es la fibrosis, que toma la pared rectal y fundamentalmente los ambientes perirrectales. El proceso fibroso visceral y pelviano conduce a la estenosis rectal, la cual mantiene las logias supurantes y las fistulas. La estenosis en la cirugía del recto depende fundamentalmente de las colecciones, supuradas o no, de los espacios conjuntivos perirrectales.

Los drenajes preventivos en cirugía del recto no son anodinos. En primer lugar constituye un cuerpo extraño que puede ser agresivo para la pared rectal. Además, si no son seguramente efectivos, conducen a la fistulización porque impiden la posible curación por abertura espontánea de la colección en el recto. Es indispensable hacer su aplicación correcta.

El gran drenaje perirrectal es el que por vía perineal posterior drena los espacios retrorrectales. La incisión perineal puede ser laterococcígea, longitudinal a unos dos centímetros del borde del hueso o ser precoccígea, transversa, inmediatamente por delante de la punta del cóccix. En cualquiera de estas incisiones se pasa el plano del elevador como primera etapa. Surge luego la necesidad de profundizar la incisión hasta llegar a la región a drenar. Se nos presentan dos láminas fibrosas, pelvipерineal y pelviana o de sostén. Si la región perirrectal a drenar corresponde al recto bajo debemos pasar una lámina y si corresponde al recto alto debemos pasar las dos. Esta travesía es compleja porque las láminas describen la misma curva que la cara anterior del sacro y posterior del recto y la progresión del instrumento puede lesionar al recto. Lo más frecuente es que no se consiga pasar una o las dos láminas y el drenaje no llegue a la región a drenar.

Para obviar el serio inconveniente del drenaje inefectivo hacemos por el abdomen en las resecciones altas de recto la exposición de la región a drenar, luego hacemos la incisión de los planos superficiales y el elevador por el perineo y pasamos una pinza curva cerrada aplicada sobre el sacro con la continua vigilancia de una mano por arriba. Un pequeño corte con tijera desde arriba

ba permite pasar la pinza al espacio retrorrectal alto, detenida a veces por la fuerte hoja de sostén. Abriendo con fuerza la pinza ensanchamos bien la brecha y pinzando el tubo de drenaje lo arrastramos hasta sacar su extremo por el perineo.

Controlamos que sus dos extremos estén en lugar correspondiente. Esta técnica es sencilla operando siempre en la posición de operación de recto.

Utilizamos tubo para el drenaje, cuidando que su extremo profundo no responda al recto en zona cruenta. Las mechas se aprietan y no drenan satisfactoriamente y al retirarlas dejan cerrar el trayecto permitiendo la formación de una colección.

El tubo debe controlarse diariamente, movilizándolo con suavidad para favorecer el drenaje. Se puede retirar cuando la secreción desaparece pero nunca antes del 4º día para evitar el cierre prematuro del trayecto.

50

El gran drenaje perirrectal no se practica muchas veces por temor de entrar por el perineo, en desconocimiento de la anatomía. Puede un camino equivocado producir una lesión rectal. Se le han atribuido la producción de fístulas rectales pero la experiencia las muestra como consecuencia de mala práctica del drenaje: mal abordaje, material inadecuado, retirada muy precoz, mala elección del método.

**Otros drenajes** preventivos de los espacios perirrectales tienen su indicación. La vía vaginal puede ser útil después de una resección de recto sin anastomosis pero está contraindicada en caso de otras lesiones rectales porque expone mucho a una fistulización difícil de tratar. La vía endorrectal saliendo por el ano, puede tener indicación en las resecciones sin anastomosis aunque es muy molesta en el postoperatorio. Puede ser utilizada en alguna herida de la cara anterior del recto bajo.

El drenaje de los espacios perirrectales por vía abdominal no es aconsejable porque los desplazamientos líquidos en la pelvis se hacen hacia el perineo y difícilmente se pueden llevar hacia adelante.

## LA DESTANSITACION DEL RECTO

Denominamos destransitación a la supresión del tránsito de materias que se obtiene por una colostomía que las deriva totalmente al exterior. El término desfuncionalización corrientemente usado no es apropiado, porque la supresión del tránsito crea en el colon o en el recto una nueva fisiología y una nueva patología, no sugerida por el término desfuncionalización. La expresión destransitado nos dice claramente sobre el hecho de no haber tránsito sin juzgar sobre las modificaciones que resultan de esta supresión.

La irrigación del recto destransitado es menos, provocando cierta isquemia visceral.

La musculatura lisa queda en reposo, por falta del contenido excitante, y de peristaltismo descendente. La presencia de materias fecales, de procesos productivos de la pared o de procesos irritativos producen una actividad muscular que en general es inoperante.

La dinámica voluntaria no se modifica con la destransitación. El esfuerzo de evacuación se sigue produciendo, si materias o proceso rectal lo provocan. Los otros fenómenos dinámicos de la pelvis, almacenamiento y evacuación de orina, respiración, esfuerzos expulsivos altos como la tos, el vómito, etc., siguen actuando en el recto destransitado.

Los sistemas esfinterianos están contraídos en el recto destransitado, llegando después de algún tiempo a hacer imposible el tacto rectal. Este hecho puede

adquirir gran importancia porque expone a la retención de materias sépticas, pus, sangre, mucus, que pueden complicar la evolución del enfermo. Se impone, si la destransitación es temporaria, la dilatación digital periódica del esfínter y el lavado antiséptico del recto. Si la destransitación es definitiva, practicamos una esfinterotomía posterior alta para evitar la retención en el recto. La mucosa del recto destransitado sufre importante cambio en su epitelio que se hace muy rico en células mucinosas. El moco que cae a la luz rectal forma a veces gruesos copos que molestan al enfermo y que consigue eliminar con esfuerzos y molestias anales por un esfínter contraído. Es importante evitar estas molestias suprimiendo la hipertonia anal y administrando pequeños enemas suavizantes, antisépticos.

El contenido del recto destransitado está constituido por algunas cibalas duras y moco abundante. Desde el punto de vista microbiano debemos anotar que a igual que en el colon destransitado puede haber una escasísima floría o flora cólica normal, pero que pueden existir bacterias no propias del intestino grueso, a veces de extraordinaria virulencia, desarrolladas en la cámara constituida por el recto en reposo. La importancia de este hecho es grande porque esas bacterias pueden ser causantes de estados toxi infecciosos y en caso de operación sobre el recto, de infecciones regionales o generales muy graves.

Las indicaciones de la destransitación del recto son muy diversas y varias de ellas son muy discutibles. Haremos un resumen en este capítulo dejando para cada punto en particular su discusión.

1 — Los procesos inextirpables del recto como los tumores malignos, cuando provocan oclusión, requieren la destransitación por colostomía. Los procesos inextirpables no oclusivos, que presentan hemorragias severas o dolores pueden tener indicación de destransitación. Los tumores inextirpables no complicados no requieren colostomía.

La colostomía en los casos indicados debe ser ilíaca porque evacúa materias formadas y en forma espaciada y porque deja un segmento destransitado corto, más fácil de cuidar. Debe ser una colostomía biostómica pues es necesario dar salida a las secreciones almacenadas por arriba de una oclusión y tener vía para lavados desde y hacia el orificio anal.

El recto destransitado no puede ser abandonado. Requiere la dilatación periódica del esfínter contraído, la evacuación rectal, lavados antisépticos, hemostáticos, calmantes o astringentes.

2 — Diversos procesos, inflamatorios, parasitarios, cáusticos; actínicos; etc.; pueden beneficiar de la destransitación temporaria. La colostomía debe ser ilíaca biostómica y los beneficios de la destransitación deben ser completados con el riguroso tratamiento del proceso rectal.

3 — La destransitación preparatoria tiene el propósito de mejorar las condiciones de un recto patológico en vistas a una intervención quirúrgica. Esta destransitación, de indicación corriente en la cirugía rectal hace algunas décadas, tiene, en el momento actual excepcionales indicaciones. La colostomía puede cerrarse con motivo de la operación rectal o dejarse como destransitación de cicatrización para cerrarla semanas después.

4 — La destransitación de cicatrización tiene el propósito de favorecer la cicatriz de una sutura rectal y evitar la dehiscencia con exteriorización del contenido cólico. Puede ser una colostomía preparatoria que se deja para el postoperatorio o una colostomía que se realiza en ocasión de la operación sobre el recto.

## LA INHIBICION ESFINTERIANA

Estudiamos con este nombre la supresión de la continencia pasiva y activa del segmento esfinteriano. El propósito de la inhibición esfinteriana es dejar el conducto abierto para que el contenido rectal salga al exterior en forma espontánea. Sus efectos sobre el recto son diferentes de los que resultan de la destransitación, puesto que mantiene materias en el recto alto y cierta actividad peristáltica en todo el órgano. La inhibición esfinteriana se puede obtener por varios métodos: dilatación forzada, tubo grueso, bloqueo esfinteriano y esfinterotomía.

La dilatación forzada bajo anestesia es una maniobra que no satisface a las disciplinas quirúrgicas. Usada en otros esfínteres, ha sido abandonada. Los resultados en los días siguientes pueden ser pobres, pero son los resultados alejados los que deben preocupar.

52 La dilatación produce un desgarramiento muscular y conjuntivo, que debe cicatrizar a expensas de tejido conjuntivo joven. Esta cicatrización puede dejar un ano fibroso pero fisiológicamente normal. Expone a una exagerada retracción conjuntiva, en especial en personas jóvenes con reactividad intensa del mesénquima, conduciendo a una estenosis anal. Puede a la inversa, en viejos hipotróficos, haber una reacción muy escasa o nula, que deje un ano flácido, incontinente.

La dilatación forzada es una maniobra que nunca practicamos.

La esfinterotomía posterior o sección del esfínter puede interesar diferentes partes de los sistemas esfinterianos. Las esfinterotomías parciales que seccionan el esfínter interno, el haz subcutáneo y aún el haz superficial o medio del esfínter externo, no anulan el cierre esfinteriano que se mantiene por el haz profundo del esfínter y las fibras del elevador que forman el asa anorrectal. Su indicación sólo tiene justificativo para drenar el segmento esfinteriano.

La esfinterotomía total es la operación que deja francamente abierto al recto para dar salida espontáneamente a su contenido bajo.

La esfinterotomía total deja habitualmente una incontinencia definitiva, situación invalidante cuya reparación ulterior es con frecuencia difícil. No hacemos esfinterotomías totales para drenar el recto. Recurrimos a otros medios y aún a la destransitación, para evitar la incontinencia.

El tubo en el recto mantiene comunicación con el exterior, permitiendo la salida de gases y materias líquidas. Para que sea eficaz es necesario que sea de cierto grosor, lo que provoca intolerancia en el ano y posibles agresiones en la pared rectal. Es un recurso para un tiempo corto, que debe controlarse bien para evitar su caída, que no da salida a materias pastosas.

El bloqueo esfinteriano se obtiene en grado muy discreto por la infiltración anestésica de acción prolongada. El bloqueo regional por inyección caudal continua, usado por los especializados en el tratamiento del dolor rebelde, produce un relajamiento muscular con incontinencia. Es de utilidad conocer este recurso pues puede tener diversas indicaciones.

El reposo pelviano mantiene quietud en el recto, que puede ser útil. La retención de orina provocando distensión vesical moviliza al recto. Debe evitarse. El esfuerzo de evacuación pelviana, micción o evacuación rectal, produce la compresión del recto pelviano contra el muro sacro y el escurrimiento de su contenido, alterando su reposo.

## ABORDAJES PERINEALES DEL RECTO

El abordaje del recto por las vías perineales está indicado en diversas circuns-

tancias. En nuestras visitas a muy numerosas clínicas hemos anotado que no se practica en muchos casos de indicación formal y que cuando se hace, son frecuentes los errores en la elección y los incidentes en el desarrollo técnico. Todos estos hechos se deben al desconocimiento de la anatomía del perineo. El perineo anterior constituye una formación firme triangular extendida transversalmente desde una rama isquiopubiana a la otra.

Sobre el borde posterior, en su línea media se conecta el perineo posterior, dinámico y constituido en la línea media por tres sectores: anillo esfinteriano, nódulo anococcígeo, cóccix. El abordaje del recto puede hacerse por vías medianas o laterales. Las vías medianas pueden ser en la unión de los dos perineos constituyendo las vías o perineotomías centrales, por el interior del esfínter o por detrás del órgano esfinteriano. Las vías laterales pueden ser internas, externas y medias.

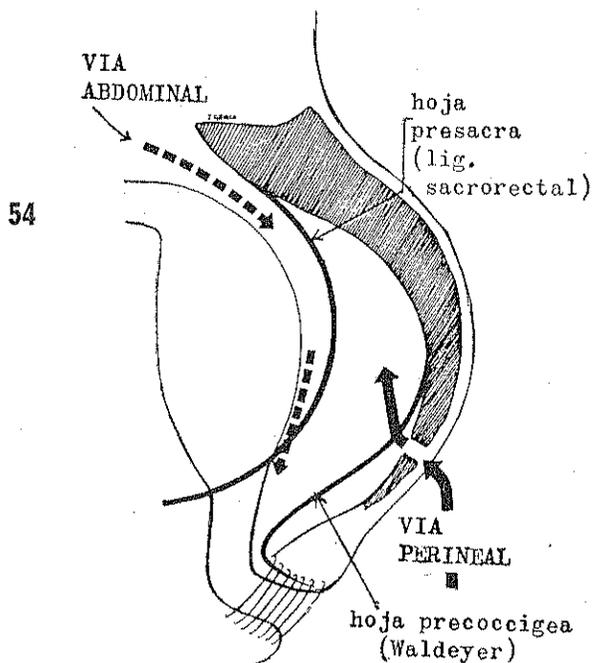
**Vías centrales.** La operación consiste en desconectar el esfínter externo del borde posterior del perineo anterior. Esta desconexión puede hacerse en el hombre por tres vías. La vía yuxta bulbar pasa junto al bulbo de la uretra, llevando hacia atrás al nudo del perineo. La vía yuxta esfinteriana anterior sigue en contacto con el esfínter externo, llevando hacia adelante al nudo. La vía media secciona el nudo muscular del perineo.

En la técnica de la vía yuxta bulbar se secciona transversalmente el músculo bulbocavernoso y se le separa del bulbo hacia atrás hasta contornear su polo posterior. Pequeñas venas se pueden desgarrar, sin ningún inconveniente. Esta vía es imperativa en las operaciones por cáncer de los segmentos inferiores del recto para extirpar en block al núcleo central del perineo. Su realización es sencilla.

La vía yuxtaesfinteriana anterior se hace por incisión cutánea transversa inmediatamente delante del orificio anal. Se descubre el plano muscular del esfínter y se progresa junto a él. La sección de algunas fibras musculares nos lleva al espacio prerrectal, en continuidad por los lados del recto con el espacio retrorectal bajo. Hacia adelante está la hoja fibrosa entre el recto y la próstata. La vía central media secciona el nudo. Una incisión cutánea transversa a unos dos o tres centímetros delante del orificio anal y la sección de los planos conjuntivos y cutáneos musculares, nos pone frente al nudo del perineo. Para seccionar el nudo es fundamental evitar las maniobras digitales que pretenden reconocer el camino o abrir una brecha. Solo consiguen profundizar la región y deformar las estructuras anatómicas. Es posible seccionarlo francamente sin ningún artificio pero para simplificar la sección es preferible exponerlo mejor, con una valva hendida o con dos dedos incurvados que penetran profundamente a los lados y traccionando hacia atrás ponen tenso al nudo. En estas condiciones la sección puede hacerse directamente a tijera, dirigiendo su punta en dirección al ombligo y encontrar el espacio laxo entre el recto y la próstata. Otra forma de seccionar el nudo es descubrir a los lados el borde inferior de las fibras anteroposteriores, puborrectales del elevador y pasar transversalmente de un lado a otro, cargándolo el nudo y seccionándolo.

Las tres vías centrales en el hombre, conducen a los bordes inferiores de los elevadores y entre ellos a un hiato de entrada hacia los ambientes entre recto y próstata. Las simples maniobras digitales pueden dar buena luz por este hiato hasta llegar al fondo del saco peritoneal, pero, para liberar ampliamente la cara anterior del recto es mejor seccionar los haces puborrectales del elevador. En la mujer, la vía central anterior o prenodal corresponde al decolamiento de la vagina, que deja al nudo del perineo por detrás. En cirugía cancerológica debe hacerse la entrada por resección de la pared posterior de la vagina.

**Vía intraesfinteriana.** Una incisión en la zona baja de la mucosa anal nos lleva al contacto de las fibras carnosas del esfínter estriado. Siguiendo hacia la profundidad en contacto del músculo, nos desplazamos entre el esfínter estriado y el esfínter liso. La vía intraesfinteriana limitada a la pared anterior de órgano anal nos conduce, como la vía yuxtaesfinteriana anterior al espacio prerrectal. Ha sido preconizada para abordajes de la próstata, considerando que da más exposición que las vías centrales y que es menos agresiva.



17: Vías de abordaje abdominal y perineal del recto. Láminas pelvianas y perineales que condicionan la vía de exéresis en el neoplasma.

La vía intraesfinteriana circunferencial nos conduce al espacio perirrectal bajo, es decir por arriba del elevador y de la lámina pelviperineal. Este abordaje ha sido muy usado por los cirujanos que hacen el descenso intraesfinteriano del colon en las resecciones del recto. Debemos anotar dos particularidades de este abordaje. En primer lugar que por arriba del elevador se transita en un ambiente generalmente colonizado en los cánceres del recto bajo. Además la resección de la mucosa anal y esfínter liso y de todo el recto bajo crea inconvenientes importantes en las funciones de la continencia.

**Abordajes posteriores.** Los abordajes posteriores, medianos o para medianos, interesan la zona del nódulo anococcígeo o el cóccix. En la zona del nódulo son preferibles las incisiones transversas o curvas a concavidad superior, que al llegar al plano del elevador corta el nódulo y disocia hacia los lados al músculo. En la zona del cóccix el abordaje se hace por resección del hueso. En cualquier forma se pasa el plano del elevador y se descubre la lámina pelviperineal o ligamento de Waldeyer. La sección de esta lámina nos coloca en el espacio retrorrectal bajo, teniendo al recto bajo a la vista.

La resección de una o más vértebras sacras constituyendo una perineotomía posterior ensanchada, nos lleva directamente por arriba del ligamento de Waldeyer, al espacio perirrectal bajo.

Una incisión longitudinal a 1 o 2 cts., del borde del cóccix, incisión para cocci-

gea, nos conduce al prolongamiento superior de la fosa isquiorrectal y una pequeña travesía de grasa nos permite atacar al elevador. Es una vía no agresiva, de utilidad para el drenaje de los espacios retrorrectales.

**Abordaje lateral.** Es habitual que en las amputaciones del recto, el cirujano incinda longitudinalmente la grasa isquiorrectal en la parte media. Este camino lateral medio no ofrece con frecuencia reparos, a no ser lo molesto de la travesía grasosa y la posible necrosis postoperatoria de lobulillos grasos isquemiados. Ciertas circunstancias obligan a realizar el abordaje en la parte interna, yuxta esfinteriana o en la parte externa, génito crural.

El abordaje **yuxta esfinteriano lateral** se hace por incisión longitudinal a corta distancia del ano, descubierta de las fibras del esfínter y profundización siguiendo la superficie del músculo hasta llegar al elevador. El tránsito se realiza fácilmente en el espacio celuloso situado entre la masa grasosa isquiorrectal y el plano muscular del esfínter externo y elevador.

La travesía del elevador y de la lámina pelviperineal nos conduce al espacio retrorrectal bajo y al recto bajo. Quedamos así en la cara posterior de la próstata, pudiendo ser atacada directamente. Si la sección de la lámina pelviperineal se hace más adelante, caemos sobre la cara lateral de la próstata, por donde también puede ser atacada.

Si por la vía yuxta esfinteriana lateral, después de seccionar al elevador, nos desplazamos hacia arriba para seccionar la hoja fibrosa, entramos en el espacio prevesical.

El **abordaje lateral externo** se dirige hacia la rama ósea isquiopubiana, secciona las fuertes fijaciones fibrosas de las masas isquiorrectales y encuentra camino fácil hacia la profundidad sobre la superficie de la aponeurosis del obturador interno. Las masas fibrograsosas son reclinadas hacia la línea media, permitiendo su extirpación en block con el recto en los cánceres bajos.