

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ESTRECHECES DE URETRA

Por los Dres. RODOLFO DE SURRA CANARD y ALFONSO PUJOL

Hasta hace muy poco tiempo la cirugía sólo reparaba las estrecheces traumáticas de la uretra, bajo ciertas circunstancias, mientras que las de origen inflamatorio escapaban a su dominio. Corresponde a *Sabadini* de Argelia, el mérito de haber extendido este tratamiento a todos los tipos de estrecheces de uretra, de él hemos recibido algunas directivas de fundamental utilidad en los casos que dan motivo a esta comunicación.

Hemos tratado un total de 5 estrecheces, 2 traumáticas y 3 inflamatorias, es menester sin embargo declarar que nuestra experiencia se ha beneficiado con un mayor número de observaciones que no han de figurar en esta oportunidad porque carecemos del control radiográfico pre y postoperatorio, requisito éste que consideramos elemental para juzgar la eficacia del tratamiento.

Análisis de los últimos conceptos en materia de estrecheces uretrales: La conducta terapéutica aceptada como un dogma en los últimos tiempos, frente a las roturas de la uretra bulboperineomembranosa, se fundaba en la observación de algunos signos funcionales y físicos de cuya ponderación se deducía el juicio terapéutico que podía ser abstencionista o intervencionista; nosotros creemos con *Sabadini* que en tales casos cabe una sola conducta: la cistostomía. Inmediatamente surge un segundo problema, la reparación de la uretra: se aceptaba la abstención inmediata y la intervención reparadora secundaria después de transcurrido cierto tiempo: sólo como excepción y en manos de cirujanos considerados audaces, se recurría a la reparación inmediata. Aquí también se va imponiendo el criterio de *Sabadini* es decir la reparación inmediata: ¿Qué ventajas tiene? 1° Economía de tiempo. 2° Se consigue evitar las complicaciones propias del hematoma, infecciones, flemones, fístulas y sus secuelas, bloques duros y esclerosos que constituyen los "callos uretrales" de formas y tamaños variados que hacen mucho más difíciles las reparaciones ulteriores. Ante un traumatismo o rotura de la uretra nos inclinamos por consiguiente a su reparación inmediata, con ello estaremos haciendo la profilaxis de las grandes estrecheces traumáticas de la uretra o lo que es lo mismo, el tratamiento profiláctico. Aquí presentamos un caso de reparación inmediata.

En resumen los nuevos conceptos del tratamiento de las roturas de uretra son: Cistostomía y reparación inmediata.

El problema de las estrecheces inflamatorias, por otra parte, en sus formas más rebeldes llamadas elásticas, irritables, imposibles de dilatar, nos puso ante la necesidad de intentar el tratamiento quirúrgico a la manera de *Sabadini*. los resultados han sido muy alagadores.

Nos referiremos en esta ocasión únicamente a las estrecheces de la uretra bulbar, membranosa y prostática, tanto de origen traumático como inflamatorio.

El diagnóstico de estrechez no entraña mayores dificultades ya sea con los elementos clínicos instrumentales o radiológicos, pero con vistas al tratamiento siempre será absolutamente indispensable realizar una buena uretrografía que servirá como elemento gráfico para establecer el diagnóstico, el grado de estrechez, su infiltración y extensión etc., factores todos éstos indispensables para determinar la oportunidad del tratamiento quirúrgico.

Actitud terapéutica: Establecida la indicación de la reparación quirúrgica de una estrechez las vías de acceso variarán según se trate de la porción bulbar o de la membranosa y prostática. En ambos casos la posición será la de cirugía perineal, el escroto puede fijarse con puntos al muslo. La incisión apropiada es la mediana escrotoanal. Mucha importancia damos a la reparación de los planos que servirán para la reparación de la brecha: se los diseccionará con prolijidad al cutáneo, subcutáneo aponeurótico superficial, muscular y esponjoso, reparándolos con puntos que serán saturados a los costados (muslos) con lo cual se mantendrá expuesto el lecho de la herida operatoria. Alcanzando el plano uretral podrán servir de guía o tutores 2 beniqués, uno anterior y otro posterior introducido por vía retrógrada, la hemostasis ha de ser muy prolija.

La vía de acceso, insistimos, ha variado según sea una estrechez bulbar, membranosa o prostática: en la bulbar y en algunas membranosas no muy posteriores empleamos la incisión escrotoanal y vamos en busca del bulbo como reparo fundamental. Si en cambio se trata de una estrechez membranosa muy extendida y posterior o de la uretra prostática nos decidimos por una incisión en "T" invertida que es una combinación de la vía *Belt*, actualizada por el prof. *R. de Surra Canard*, con la cual se inicia el acto operatorio, se protege así de los accidentes rectales y se alcanza cómodamente la uretra prostatomembranosa: si a la simple incisión curvilínea se le acopla una incisión vertical que parta desde su punto medio hacia el escroto, se obtendrá con ello un amplio campo operatorio y se alejará el recto del mismo.

Merece un comentario especial la conducta que ha de seguirse con respecto a la resección de la porción de uretra estrechada o mejor dicho de "calle uretral" sea la estrechez del origen que fuere, no variará la conducta. Empezamos por abrir la porción de uretra obturada hasta alcanzar los puntos donde hacen saliencia los extremos de ambos beniqués, que al seccionarlos permiten que dichos instrumentos pasen libremente al campo operatorio, se está entonces en condiciones de seccionar sobre la porción sana de la uretra, hacia arriba y hacia abajo: se extirpará todo el lecho comprendido entre am-

bas secciones. Queda por realizar sin embargo, uno de los tiempos operatorios más importantes, la investigación y extirpación de todos los núcleos fibrosos, se llevará ésta hasta el límite del tejido normal, es absolutamente indispensable eliminar todos los "islotos esclerosos" como los llama *Sabadini*; revelables por el tacto digital y el ruido al corte del bisturí: a ese solo precio se conseguirá una reparación blanda y elástica que pondrá a cubierto de una nueva estrechez.

El tutor que empleamos suele ser un tubo de material plástico y de un calibre aproximado al 18 ó 20 de la escala *Charriere*, cuya longitud puede variarse entre los 50 y 60 ctms.; su colocación no presenta mayores dificultades, solo es preciso que sobresalga una porción de él aproximadamente 15 o 20 ctms. tanto del extremo del pene como del orificio de la talla hipogástrica.

Refeción de la uretra: Pueden presentarse 2 casos:

- 1º Cuando la resección de uretra ha sido pequeña, se conseguirá realizar una uretrorrafia con catgut fino sin tracción que asegurará una buena cicatrización.
- 2º Si la porción reseca fué grande, nos conformaremos con acercar los tejidos uretrales cuanto más sea posible, casi siempre puede conseguirse una refeción por lo menos de la pared ventral y luego acercaremos sobre ellos todos los planos posibles.

Finalmente en ambos casos se suturarán los planos superficiales prolijamente y por separado de manera de no dejar espacios libres.

Cuidados postoperatorios: Se constipará el enfermo durante unos 6 días, penicilina y estreptomycin a criterio del cirujano. Vigilancia diaria de la herida perineal. Después de la primera semana se exteriorizará todo lo posible el tutor en su porción peneana y se lo desinfectará con solución de mertiolate, rivanol o aceite gomenolado, todos los días. El tutor permanecerá durante 4 ó 5 semanas, luego se extraerá juntamente con la sonda hipogástrica y en su lugar se colocará una sonda uretral permanente que ha de cambiarse todos los días, permitiendo así la desinfección de la uretra hasta que la fístula hipogástrica cierre. Será este el momento de iniciar las dilataciones suaves con beniqués que habrán de continuarse a fin de mantener el calibre para luego ir espaciándolas y finalmente suspenderlas completamente en la mayoría de los casos.

CASUÍSTICA

Observación Nº 1. — J. M. G., 43 años, español, casado, comisionista. Hemorragia mal tratada a los 20 años, estrechez descuidada que conduce a una retención aguda completa de orina, infiltración de orina y gangrena de escroto y pene, todo lo cual obliga a practicar una talla en incisiones de avenamiento en escroto y pene. Curación muy laboriosa después de la caída de las escaras que dejan unos trayectos fistulosos de uretra bulbar. Estrechez infranqueable.

Se efectúa una uretrorrafia en 1947 sin dejar tutor, pero no se obtiene éxito. Nueva uretrorrafia en octubre de 1948, esta vez sobre tutor que permite obtener un calibre óptimo de la uretra y libera al enfermo de posteriores dilataciones.

Observación N° 2. — L. G., 36 años, argentino, soltero, agricultor. El paciente sufrió un traumatismo de uretra mientras montaba a caballo, por cuyo motivo fué preciso efectuarle una talla de urgencia en el interior. Llega a nuestra consulta con una estrechez de uretra prácticamente infranqueable e infiltrada. Efectuamos una uretrorrafia sobre tutor, 10-V-1951, que nos permite obtener una dilatación permanente de la uretra y por consiguiente la reanudación de las actividades rurales del enfermo.

Observación N° 3. — J. Q., 26 años, argentino, soltero, empleado. A consecuencia de un accidente tiene una fractura de la pelvis y rotura completa de la uretra membranosa que acarrea una estrechez absoluta del conducto. Realizamos una uretrorrafia sobre tutor, obteniendo una luz uretral amplia, pero que sin embargo obliga a mantener la dilatación durante los primeros tiempos.

Observación N° 4. — P. S. D., 46 años, argentino, soltero, obrero. Blenorragia a los 18 años mal tratada, desde hace dos años nota dificultad para orinar que alcanza su mayor intensidad al sufrir una crisis de retención aguda. Se le practican dilataciones infructuosamente, pues no se logra mantener una luz uretral permanente, al poco tiempo vuelve a ser filiforme. 15-IX-1951. Uretrorrafia sobre tutor, con lo cual se obtiene una luz uretral amplia y permanente.

Observación N° 5. — A. M. C., 66 años, argentino, soltero, jornalero. Blenorragia mal tratada a los 27 años, sufrió además una cauterización de uretra con una mezcla pseudo medicamentosa que durante los primeros tiempos mantuvo el pene incurvado. Dilataciones con mal resultado. 25-IX-1951. Uretrorrafia sobre tutor, se obtiene una uretra con permeabilidad óptima.

Observación N° 6. — S. A., 12 años, argentino. Traumatismo de pelvis, rotura de uretra membranosa, se interviene inmediatamente después del accidente; la uretra se encuentra discada con el aspecto de un colgajo de tejido deflecado, se consigue efectuar una uretrorrafia sobre tutor después de eliminar coágulos y restos de tejidos dilacerados. La reconstrucción uretral es satisfactoria.
