

PLASTICA EN URETRA BULBAR EN LAS FISTULAS MULTIPLES PERINEALES POR ESTENOSIS

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y CONSTANTE COMOTTO

El enfermo que nos ocupa, por representar un caso típico de una afección que es rara actualmente, por lo menos en nuestro ambiente, era mucho más frecuente hace algunos años, en la época anterior a la quimioterapia antibiótica cuando planteaba un problema terapéutico frecuente y muchas veces insoluble.

Para ser breves, presentamos directamente nuestra observación que elegimos entre varios casos semejantes de nuestro historial clínico, por ser éste el más típico y de lesiones más graves y extensas y el de documentación más completa.

Se trata de un enfermo historiado con el N° 2128, de 70 años de edad, llevando una talla bipogástrica lateralizada ampliamente a la izquierda y presentando una serie de cicatrices y de orificios en una zona de tumefacción parietal, que desde el pliegue inguinal derecho se extienden por gran parte de la región iliaca correspondiente, la región pubiana siguiendo por el pene, lo mismo que a la parte lateral e inferior de las bolsas hasta alcanzar el periné engrosado, tumefacto, lleno de pliegues gruesos irradiados alrededor de orificios lineales de bordes irregulares, violáceos, alcanzando hasta cerca del ano, disponiéndose casi en silla de montar. A la palpación, todas las zonas afectadas eran duras, lardáceas, casi cartilaginosas en el periné, donde predominaban las lesiones: la expresión hacía salir por los numerosos orificios que citamos, secreción purulenta bastante abundante, de aspecto cremoso. El tacto rectal impracticable, pues el ano sólo permitía introducir el pulpejo del meñique. El enfermo refería que la derivación bipogástrica de la orina se la habían practicado tres meses antes, por cuanto su micción era sumamente difícil, saliendo durante la misma, la orina por los orificios que describimos desde el periné, base del pene y hasta por los de la región inguinal, y que dichas lesiones eran la consecuencia de múltiples abscesos que en el transcurso de los últimos veinte años se habían presentado a intervalos más o menos largos, habiéndose abierto espontáneamente algunos y otros por incisión quirúrgica, abandonando el tratamiento en los intervalos hasta que el aumento progresivo de la disuria y la aparición de un absceso inguinal, lo obligaron a internarse en un servicio hospitalario donde se lo incidieron y lo tallaron. Tuvo su primera blenorragia a los veinte años, que como las sucesivas trató mal, no acusando ninguna otra afección venérea ni de otra índole, salvo un reumatismo poliarticular hace cinco años, que curó bien. Los testículos libres y de apariencia normal en la porción superior del escroto que aparecía casi indemne. La uretra infranqueable al cateterismo por múltiples estenosis en la región bulbar: al inyectar por la misma una solución colorante, ésta apareció en el periné, base del pene y en la región inguinal, coloreándose también la orina derivada por la talla. Practicamos entonces una uretrografía utilizando solución yodada con aceite al 25 %, previa radiografía simple que mostró ausencia de litiasis o de cuernos extraños. La primera uretrografía en frontal demostró que la uretra peneana, en sus dos tercios anteriores, se presentaba nada de particular, pero en la zona escrotal comenzaba a difundirse el líquido opaco en trayectos más o menos nítidos en algunas zonas, y en parte en forma difusa, perdiendo la uretra su individualidad precisa hasta llegar a la vejiga, infiltrando de paso los acini

prostáticos. En posición oblicua, más o menos las imágenes corresponden a las anteriores, pero el trayecto uretral parece definirse mejor. En resumen, es en la zona bulbar y premembranosa donde se encuentran las lesiones que ponen en comunicación con las zonas periuretrales para difundirse, desde allí, en múltiples trayectos. Presentaba también una diverticulosis prostática. Debemos agregar que el estado del enfermo, en general, no demostraba mayores particularidades clínicas; las reacciones serológicas eran negativas en cuanto a especificidad, lo mismo que para la brucelosis o la enfermedad de Nicolás Favre. El extendido del exudado de los trayectos fistulosos, negativo, en cuanto a lesión tuberculosa o micótica, sólo revelaba estafilococos y diplococos Gram negativos.

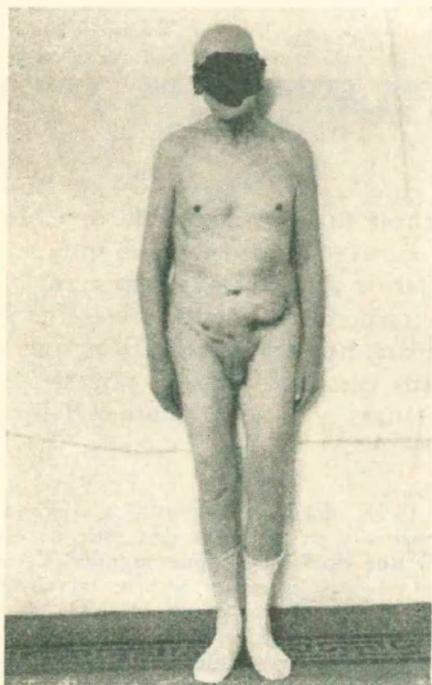


FIG. 1. — Se observan las cicatrices en la región inguinal derecha que correspondían a abscesos drenados y fistulizados que comunicaban con la uretra. En la zona inguinal izquierda en cicatriz de la talla vesical.

FIG. 2. — Región perineal después de operado y cicatrizada en metroplastia.

En esas condiciones iniciamos el tratamiento encarándolo desde el punto de vista general, con antibióticos, penicilioterapia intensa —300.000 unidades cada cuatro horas— y estreptomina $\frac{1}{2}$ gramo cada 12 horas, y local con inyecciones uretrales y por los trayectos fistulosos de soluciones de plata coloidal al 15 % diariamente, pero como eran mal toleradas, comenzamos a inyectar en los trayectos fistulosos, soluciones de penicilina en dosis de 500.000 unidades, mientras la estreptomina la infiltrábamos en plena zona afectada. Este tratamiento local se toleró perfectamente, y al cabo de dos semanas el proceso había mejorado notablemente, sobre todo en la región inguinal derecha que se presentaba desinfiltrada y con los trayectos fistulosos cerrados; el edema peneano y escrotal casi desaparecido, pero el periné muy mejorado de aspecto y con los orificios fistulosos segregando escasa serosidad ligeramente turbia, constituía siempre una placa dura y esclerosa aunque el tacto rectal era posible y permitía masajes de próstata para completar el tratamiento; logramos además cateterizar la uretra con una bujía filiforme que dejamos en permanencia 48 horas, pasando otra N^o 6 de Charriere. Suspendimos entonces el tratamiento antibiótico aplicando solamente $\frac{1}{2}$ gramo de estreptomina cada 12 horas, continuando con las dilataciones, pero la estenosis uretral se mantenía

casi irreductible por encima del N° 24 beniqué y con tendencia a retroceder; los orificios fistulosos perineales se habían cerrado en su mayor parte, pero persistían varios de ellos que dejaban salir buena parte del líquido inyectado por la uretra. Hicimos entonces una nueva uretrografía (N° 2) que muestra la mejora obtenida, la uretra bien definible en todo su trayecto, con su zona estenosada y más arriba la difusión del líquido opaco mucho más reducida y localizada. Se presentó entonces un nuevo absceso perineal que drenamos de inmediato y evolucionó rápidamente. En los múltiples intentos de suprimir el tratamiento aplicativo siempre recidivo, volviéndose atrás las numerosas fistulas perimeoabdominales con una simultánea supuración viscosa. Por ese motivo y no siendo posible llevar más adelante las dilataciones uretrales, decidimos practicar una amplia liberación de la uretra perineal con

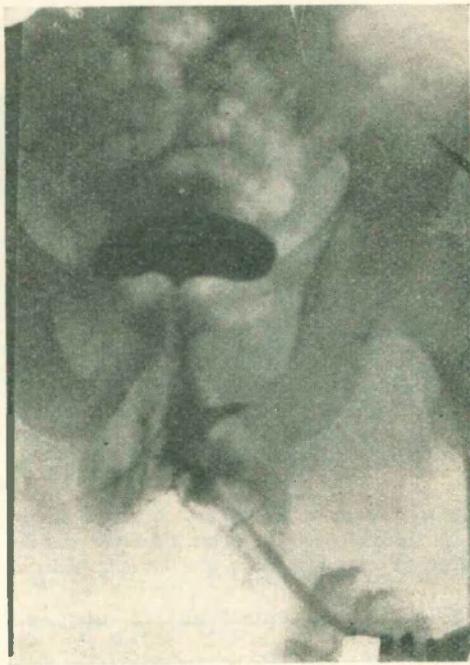


FIG. 3. — Uretrocistografía frontal. Pone en evidencia la amplia extravasación del líquido de contraste en la zona bulbo perineal de la uretra.

resección de la misma, y de ser posible, una uretrorrafia terminoterminal a la manera clásica. Se colocó un beniqué retrógrado por el orificio de la talla y se lo llevó hasta la zona estenosada de la uretra; otro fué introducido por la uretra anterior y detenido en la zona perineal. Entre los extremos de ambos beniqués existían más de tres traveses de dedo de espacio. Se practica incisión oblonga mediana desde la raíz de las bolsas hasta cerca del ano, cayendo en pleno tejido escleroso cada vez más duro al profundizar la incisión. Se exteriorizaron ambos beniqués existiendo entre ellos más de cuatro centímetros de tejido casi cartilaginoso, en cuyo centro se individualizó el canal uretral formando cuerpo con el mismo; canal de pocos milímetros, tortuoso y tapizado de tejido tormentoso y de pequeñas formaciones polipoideas. Existían, además, en plena masa esclerofibrosa, cavidades y trayectos llenos de secreción mucopurulenta. En vista de la imposibilidad de reconstituir la uretra, resecamos casi toda la masa de tejidos alterados en block, quedando una amplia brecha en cuyos extremos desembocaban los segmentos uretrales correspondientes. El extremo anterior lo fijamos al periné, no pudiendo hacer lo mismo con el superior. Se hizo hemostasia por electrocoagulación sobre todo, y algunas ligaduras. Se aplicaron cuatro gramos de polvos de sulfatiazol y se taponó la brecha en parte, dejando cicatrizar por segunda. (Esquema N° 11).

Postoperatorio sin incidentes con rápido proceso de cicatrización. Antes del mes, dado el excelente estado local de los tejidos perineales, se decide practicar la plástica del conducto uretral. Previa colocación de un beniqué recto anterior y otro retrógrado, se libera el extremo del cabo uretral anterior, reseca una pequeña porción esclerosada del mismo. Se extirpa un pequeño bloque de tejido escleroso que obstruía el abocamiento de la uretra posterior, se pasa un tubo de material plástico de calibre 20 Charriere por la uretra penieana y se lo lleva sin dificultad hasta la vejiga por medio de un hilo fijado al mismo, y cuyo otro extremo estaba unido al extremo perforado del beniqué retrógrado; éste hilo salía por el orificio de la talla y quedaba fijado a un pequeño rollo de gasas. Se labra un primer plano por disección, con que se cubre completamente la porción expuesta del tubo en una extensión de más de 7 cm.; por encima de este plano se forma otro con la mayor cantidad de tejido que se pueda tomar luego, después de haber sulfamidado ampliamente los planos precedentes, se practica

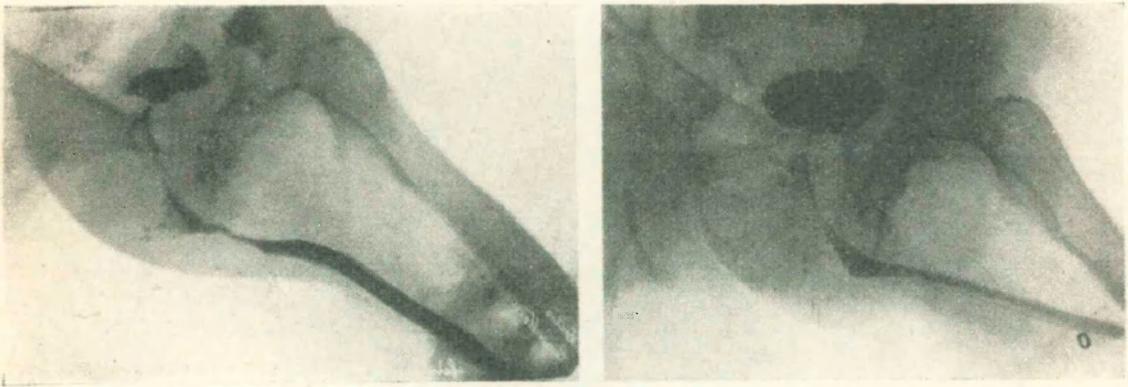


FIG. 4. — Uretrocistografía después del tratamiento con antibióticos y dilataciones. Se observa la mejora obtenida, pero la zona estricturada de la región bulbar se mantenía irreductible. Todas las veces que se suspendían los antibióticos

FIG. 5. — Uretrocistografía de control un mes después de dado de alta.

un plano con piel y tejido celular cerrándolo con hilo de lino y dejando un pequeño drenaje de goma. (Esquema III, IV y V).

Post-operatorio excelente; se le hicieron 300.000 unidades de penicilina cada cuatro horas y medio gramo de estreptomina cada doce horas. A los ocho días se quitaron los puntos de lino; herida cicatrizada perprima. A los treinta días de operación se quita la derivación hipogástrica y la talla queda cerrada a los seis días. Se deja al enfermo sin tubo uretral previo llenado de la vejiga con una solución de permanganato al 0.10 gramos en mil de agua. La micción espontánea se hizo fácil, con chorro algo débil pero bastante amplio y sin pérdida de líquido fuera del canal uretral. Se instilaron diariamente soluciones de compuestos sulfamídicos en la uretra y se dilató sin mayor dificultad con beniqué desde el número treinta al cincuenta. Las micciones se fueron normalizando hasta hacerse cada dos o tres horas, quedando un residuo postmiccional en la uretra como es lógico que suceda. Se suspendieron las dilataciones durante quince días y se comprobó luego la pérdida de unos diez números de calibre uretral, pasando sólo el beniqué número cuarenta con facilidad, calibre que quedó estabilizado después de otros quince días de intervalo. Efectuamos entonces una uretrografía de control que permitió visualizar la viabilidad de la uretra establecida en forma completa. El enfermo se va de alta, enseñándosele a pasar una bujía número 20 una o dos veces por semana dado que habita en el interior del país. Hemos recibido noticias seis meses después del alta, informándonos que sigue en perfectas condiciones, pasando una bujía uretral cada quince días sin dificultad.

Comentarios y Consideraciones

En el historial de nuestro servicio tenemos varios casos que pueden encuadrarse junto al que presentamos, habiendo sido resuelto el problema clínico con algunas variantes e igual manera y con idénticos resultados poco más o menos. En algunos de ellos fué necesario efectuar plásticas complementarias por la persistencia de alguna fístula perineal, pero en aquellos casos en que practicamos amplia y decidida exéresis del tejido esclerofibroso del periné, sin preocuparnos mayormente de la uretra comprendida en el proceso, el resultado

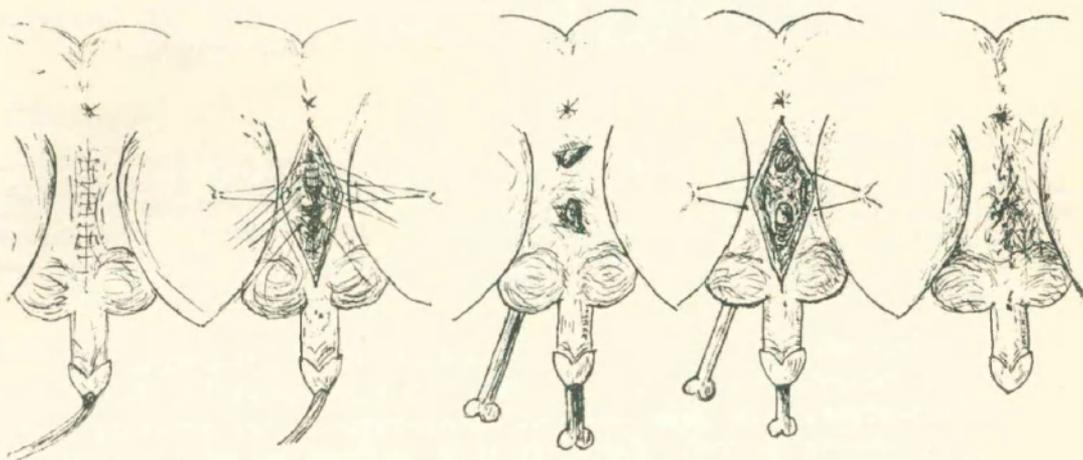


FIG. 6. — Esquema N° 1. Periné con numerosos orificios de fístulas y cicatrices.

FIG. 7. — Esquema N° 2. Se ha colocado un beniqué por la uretra anterior y otro por la posterior por vía retrógrada. Se hizo una verdadera perinectomía con extirpación de todo tejido patológico y cicatricial quedando a la vista el extremo de ambos beniques aflorando por los respectivos cabos uretrales.

FIG. 8. — Esquema N° 3. El periné se ha cicatrizado, ambos beniques emergen por los respectivos cabos uretrales.

FIG. 9. — Esquema N° 4. Se han labrado dos planos profundos que se cierran respectivamente superponiéndolos con puntos separados sobre un tubo de material plástico que desde la uretra anterior se ha llevado a la vejiga.

FIG. 10. — Esquema N° 5. El plano superficial se ha cerrado con hilos de lino, el tubo uretral ha de quedar treinta días en su lugar.

fué ampliamente satisfactorio. La mayor parte de las veces actuamos en dos tiempos como en el caso presentado; en el primero practicamos la verdadera perinectomía, y completada la reparación de la brecha en tiempo más o menos breve según los casos, practicamos la plástica siempre sobre tubo de material plástico, con un hilo de lino o de seda en su extremo vesical, que pasando por

el orificio de la talla, queda asegurado a la sonda de derivación y que servirá de guía y de tractor para reponer la sonda uretral cuando debemos cambiarla, lo que hacemos cada dos o tres días. Si la reparación perineal se hace normalmente a los treinta días, dejamos cerrar la vejiga para dejar al enfermo sin sonda uretral, siguiendo luego con dilataciones con beniquéis hasta números elevados, 55 a 60 dos veces semanales. Creemos haber mostrado la real eficacia de la conducta que seguimos en estos casos, presentando una observación, que dada la edad del enfermo, 70 años, y la importancia y extensión de las lesiones, pensábamos con pesimismo en cuanto al resultado final. Afortunadamente la bondad del procedimiento se impuso y conseguimos un éxito que no esperábamos tan completo. Seguramente los antibióticos y la quimioterapia moderna han contribuido también a la mayor parte del éxito, sin olvidar el tubo de material plástico de tolerancia extraordinariamente benigna.

DISCUSION

Dr. Juan Irazu: Es interesante considerar la existencia de la uretra a reseca en las estenosis múltiples de la uretra. El reconstruir un canal sobre sonda sin afrontamiento de cabos, significa dejar un canal escleroso estrecho que debe dilatarse para siempre. Creo que el empleo del principio del epitlio sepultado, según técnica de Denis Browne para el hipospadias y la experiencia de Nesbit con igual fin, han sido ejecutados con éxito en las grandes estrecheces por Swinney de Newcastle; nos parece que esta técnica es más lógica.
