

DOBLE URETRA

Por los Dres. ALBERTO ROCCHI y BERNARDO BUALÓ

Siguiendo el criterio de la mayoría de los autores que se han ocupado del tema, hemos clasificado la rara anomalía que motiva esta presentación como "doble uretra", entendiendo como tal la duplicación completa del canal, con origen independiente en la vejiga, extendiéndose paralelamente, sin comunicación mutua. Consideramos en grupo aparte las uretras accesorias correspondientes a duplicaciones parciales de un segmento del conducto, con un extremo ciego o abierto en el conducto principal. Las variedades se encuentran esquematizadas en el trabajo ya clásico de Chauvine.

Historia clínica. — E. C., español de 50 años de edad, casado.

Antecedentes hereditarios y personales. — Padre de 10 hijos de los cuales tres fallecidos, el primero al poco tiempo del nacimiento, los dos segundos, mellizos, también a los pocos días, ignorando la causa. Los otros siete viven sanos, no recordando la incidencia de otras anomalías congénitas en la familia.

Antecedentes de la enfermedad actual. — Desembocadura de un meato epispádico en el dorso, del glande y un orificio en la cara dorsal a un centímetro de la raíz del pene, por el cual en ocasiones salía orina. En setiembre de 1951 sufre un traumatismo perineal, por caída a horcajadas sobre un tablón, notando a las pocas horas tumefacción de bolsas y la emisión de orina teñida con sangre, sintomatología que cedió espontáneamente a las 48 horas. Un mes más tarde repite la micción de orina sanguinolenta y dolor en testículo izquierdo, sin tratamiento desaparecen también ambos trastornos para comenzar, ocho meses después con fiebre alta y tumefacción dolorosa de las bolsas. Internado en un servicio hospitalario, donde comprobaron la existencia de un doble conducto uretral fué tratado con antibióticos y bolsa de hielo local, siendo dado de alta en buenas condiciones. En enero de 1953 presentó una retención aguda de orina que cedió con antiespasmódicos y baños de asiento, persistiendo polaquiuria con orinas turbias. En setiembre de 1954 es internado por la guardia del policlínico con un cuadro séptico, mal estado general y gran edema de bolsas. Con diagnóstico de flemón periuretral se interviene en el Servicio de Urología, efectuando incisión amplia que da salida a unos 500 centímetros cúbicos de pus, dejando avенamiento por contrabertura escrotal e inguinal. Tratado con terramicina, mantenimiento del equilibrio hidro-electrolítico, etc., es dado de alta para continuar su estudio en consultorio externo. En mayo de 1955 se incide un absceso superficial de escroto, debiendo ser reinternado en junio del mismo año por un proceso similar, que es evacuado siempre con anestesia local y suministrando terramicina como antibiótico de elección.

Se obtiene un examen radiológico con Iodolipol por el trayecto superior (Fig. 1), que muestra un conducto comunicando con vejiga y un trayecto fistuloso que desemboca en la raíz de las bolsas a unos cuatro centímetros por delante de la margen del ano.

La urografía de excreción no permite apreciar alteraciones de la parte alta del árbol urinario.

Cistostomía de derivación efectuada con anestesia local en julio de 1956, con lo que se consigue a los pocos días el cierre del trayecto fistuloso uretro-perineal. Se reseca este último en agosto del mismo año, con anestesia peridural, el bloque escleroso engloba la uretra inferior,



Figura 1



Figura 2

por delante del segmento bulbar, debiendo resecarse una porción de la misma y efectuando anastomosis cabo a cabo.

Se obtiene una uretrografía (Fig. 2) con el medio de contraste introducido por ambos conductos. La sutura del inferior muestra un buen resultado de la anastomosis. En la superior queda una pequeña porción del trayecto fistuloso en forma de una imagen diverticular. Ambas uretras desembocan en forma independiente en la vejiga.

Una cistoscopia suprapúbica aprovechando el orificio de la cistostomía, permite observar la iniciación de ambas uretras, los meatos internos correspondientes se encuentran uno por encima del otro a una distancia de un centímetro.

En setiembre 1956, con anestesia peridural, se efectúa el cierre de la uretra superior por vía retropubiana, colocando en la iniciación de la misma una ligadura con catgut crómico N° 2,



Figura 3

previo reparo con un beniqué, maniobra que no fué posible efectuar sin abrir una brecha en vejiga que es suturada luego de colocar sonda a permanencia. Esta última se retira a los 7 días, permitiendo que las micciones se reanuden en forma normal.

La Fig. 3 muestra la fotografía del pene con los dos conductos separados por sondas.

COMENTARIOS

En el año 1949, Gross y Moore, en un documentado trabajo, analizaron la patología de esta afección, con una prolija puesta al día de la bibliografía. De ellos reproducimos el cuadro adjunto al que agregamos los relatos de Coffort (1949), Ravicht y Scott (1953), Arnold y Kaylor (1953) y el nuestro, que completa un total de 23 observaciones. Once de ellas fueron hallazgos en los cuales no se adoptó ningún tratamiento por la ausencia de complicaciones, en tres una infección blenorragica, favorecida por la presencia del conducto anómalo fué tratada con terapia médica, en uno, la brida dorsal que impedía el coito fué intervenido sin éxito, en siete la falta de mecanismo espinteriano obligó a tratamiento quirúrgico para corregir la incontinencia

y el que relatamos en la presente comunicación un traumatismo de uretra perineal complicado con flemón perineal crónico, guió las directivas de tratamiento que exponemos.

El diagnóstico preciso fué hecho por medio de la uretrografía que permite documentar con toda exactitud la situación y calibre del conducto y que consideramos el método de elección. Un examen prolijo del resto de aparatos y sistemas orgánicos, sobre todo la urografía de excreción, permitirá despistar las anomalías asociadas.

RESUMEN

Presentamos la 23ª observación de doble uretra completa de acuerdo a la búsqueda en la bibliografía a nuestro alcance, en un enfermo en el cual un traumatismo complicado con flemón periuretral crónico obligó a efectuar el cierre de la uretra superior, previa cistostomía y resección de la fístula uretroperineal.

DOBLE URETRA (Casos de la literatura)

Autores	Edad	Complicación	Tratamiento
Stockmann - 1897.	24 a.	Gonorrea	Médico
Rona - 1905.	6 a.	Incontinencia	Quirúrgico
Broca - 1912.	rec. nac.	—	—
Fronstein - 1913.	23 a.	—	—
Lebrun - 1912.	20 a.	Incontinencia	Quirúrgico
Lissowskaya - 1914.	36 a.	Incontinencia	Quirúrgico
Ritter - 1926.	2 ½ a.	Incontinencia	Quirúrgico
Perlmann - 1930.	34 a.	—	—
Nicoletti - 1931.	20 a.	Gonorrea	Médico
Heymann - 1933.	27 a.	Gonorrea	Médico
Dalvique - 1934.	12 a.	—	—
Di Benedetti - 1935.	—	—	—
Fuchs - 1935.	60 a.	—	—
Astuni - 1937.	18 a.	—	—
Haslinger - 1939.	20 a.	—	—
Moreira Bermann - 1942.	—	—	—
Irmisch - Cook - 1946.	45 a.	—	—
Moore - 1946.	24 a.	Incontin. moderada	—
Gross - Moore - 1949.	4 ½ a.	Incontinencia	Quirúrgico
Coffort - 1949.	—	—	—
Ravitch - Scott - 1953.	20 a.	Doble colon, doble vejiga y uretra	Quirúrgico
Arnold - Kaylor - 1953.	50 a.	Brida dorsal	Quirúrgico
Rocchi - Bualó - 1956.	7 a.	Infec. periuretral	—