

URETROPLASTIA ANASTOMÓTICA TERMINO-TERMINAL EN ESTRECHECES POSTERIORES A TRAUMATISMOS A NIVEL DE LA URETRA BULBAR

Dr. Podestá (h.), M. L. - Dr. Toccalino, Elvio*

Introducción

En los últimos 25 años se ha producido un significativo progreso en relación a la cirugía reconstructiva uretral.

Muchos pacientes con estrecheces de uretra se benefician actualmente con técnicas quirúrgicas que reúnen las siguientes condiciones:

- Reestablecimiento de la micción con un flujo urinario normal.
- Preservación de la continencia urinaria.
- Supresión de las dilataciones uretrales.

El urólogo cuenta hoy día con varios procedimientos quirúrgicos que se adecuan a distintas situaciones individuales creadas por esta patología.

La estrechez postraumática a nivel de la uretra bulbar va a ser considerada en este trabajo (fig. 1).

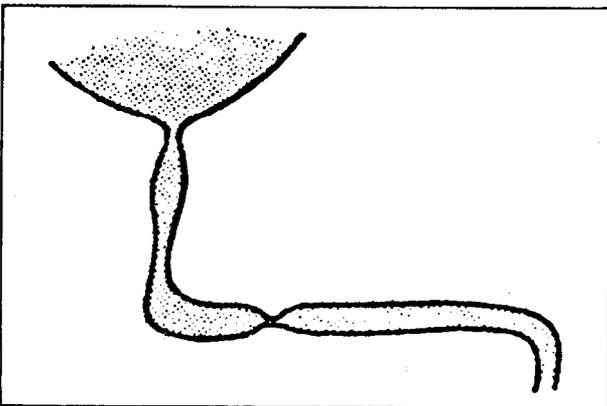


Figura 1

Las dilataciones uretrales deben ser tenidas en cuenta en primera instancia como modalidad terapéutica.

La uretrotomía interna bajo visión directa es un procedimiento que goza hoy día de gran popularidad.

En tercer lugar contamos con la cirugía a cielo abierto, es decir las uretroplastias. Estas se pueden clasificar en:

- Uretroplastias anastómicas bulbo-bulbares** (fig. 2).
- Uretroplastias substitutivas**, las cuales reemplazan una porción de la uretra con el descenso de un colgajo de escroto (Técnica de Johanson luego modificada por Turner-Warwick) o con piel perineal y escrotal (Técnica de Blandy-Gilvernet o Leadbetter) o con un injerto libre de piel peniana o prepucial (Técnica de Devine).
- Uretroplastias combinadas o asociadas**, que luego de reseca la estrechez combinan una anastomosis término-terminal de la cara dorsal de la uretra con descenso de colgajo escrotal o un injerto libre de piel.

Material

En el período comprendido entre los años 1980 y 1982 fueron intervenidos en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", 20 pacientes por estrechez de uretra a nivel bulbar y/o peniano.

* Primera Cátedra de Urología Hospital de Clínicas "José de San Martín".

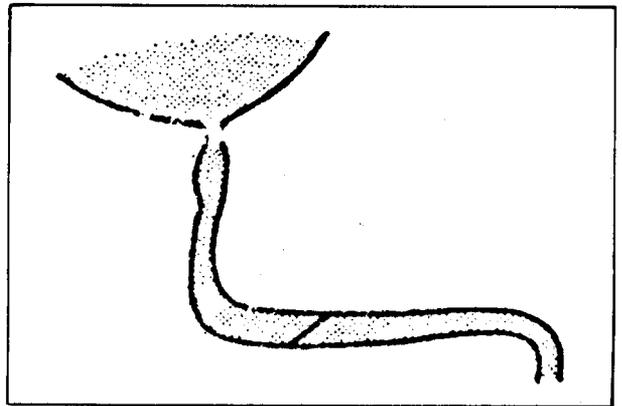


Figura 2

Las técnicas empleadas se detallan en el cuadro 1.

A todos los pacientes se los estudió con una radiografía directa del aparato urinario, un urograma excretor y una uretrografía retrógrada (U.R.).

Se utilizó el cistograma del urograma excretor para realizar una cistografía miccional y de tal modo establecer el límite proximal de la estrechez.

La uretrografía retrógrada con sustancia hidrosoluble en posición antero-posterior y oblicua certificó el diagnóstico de estrechez y estableció el límite distal de la misma.

CUADRO 1
Uretroplastias en 20 pacientes con estrecheces bulbares y/o penianas (1980-1982)

Uretroplastia anastomótica término-terminal	7				
Uretroplastia substitutiva con piel escrotal	9				
Uretroplastias asociadas	<table border="0"> <tr> <td>Anastomosis T-T de cara dorsal de uretra + colgajo escrotal</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Anastomosis T-T de cara dorsal de uretra + injerto libre de piel</td> <td>1</td> </tr> </table>	Anastomosis T-T de cara dorsal de uretra + colgajo escrotal	3	Anastomosis T-T de cara dorsal de uretra + injerto libre de piel	1
Anastomosis T-T de cara dorsal de uretra + colgajo escrotal	3				
Anastomosis T-T de cara dorsal de uretra + injerto libre de piel	1				

Método y técnica

Analizaremos en particular a siete pacientes a los que se les realizó una uretroplastia anastomótica término-terminal. La técnica antes nombrada es indicada ante una estrechez de 1 a 1½ cm de longitud, con indemnidad de la uretra proximal y distal a la estrechez y cuando el tratamiento inicial con dilataciones uretrales o uretrotomía interna hubiese fracasado.

Las contraindicaciones para esta técnica son el antecedente de una estrechez originada por una uretritis o el haberse efectuado previamente una uretroplastia.

La técnica consiste en un abordaje de la uretra por vía perineal. Liberación de la uretra en toda su circunferencia hasta el ángulo penoescrotal, resección del segmento de uretra comprometida, hasta la uretra sana, proximal y distal

a la estrechez. Es primordial que al realizar la anastomosis se espatulen ambos extremos uretrales con miras a obtener una neoboca amplia y carente de tensión. Utilizamos un tutor uretral fenestrado y una cistostomía suprapúbica como derivación de las secreciones uretrales y de orina, respectivamente (figs. 3, 4 y 5).

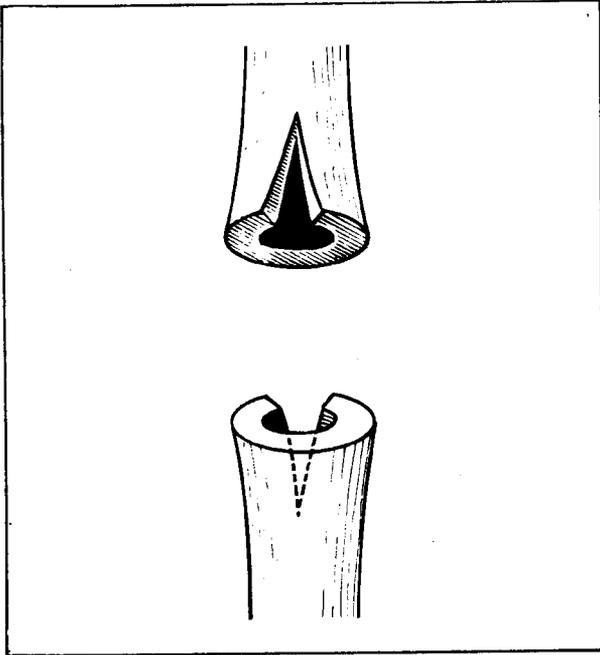


Figura 3

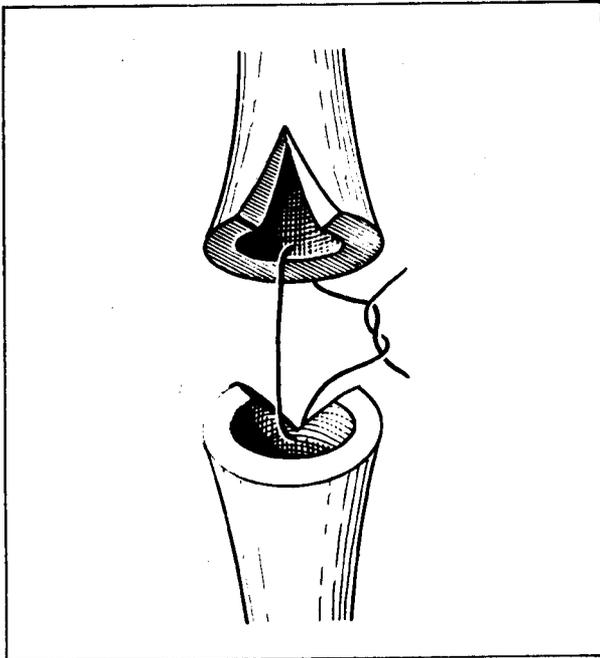


Figura 4

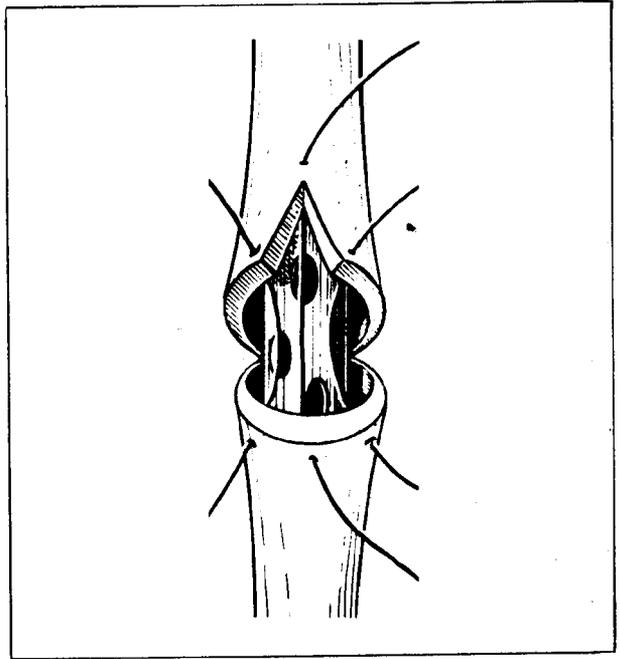


Figura 5

Resultados

Los siete pacientes fueron evaluados a las 3 semanas de la intervención y a los 6 meses mediante una uretrografía retrógrada, flujometría y urocultivos.

El seguimiento posoperatorio menor fue de 12 meses y el mayor de 24 meses.

Los resultados fueron excelentes en seis pacientes, que no requirieron subsecuentes dilataciones, evolucionando con un flujo urinario normal y urocultivos negativos.

Un paciente evolucionó a los 6 meses con una estrechez de la neoboca; cabe consignar que dicho paciente había padecido una TBC urinaria, es portador de un riñón único que drena a piel mediante una ureterostomía cutánea terminal. La uretroplastia se realizó en una uretra desfuncionalizada como primer paso para una desderivación urinaria.

Conclusiones

A lo largo de la historia el tratamiento básico de la estrechez de uretra ha sido la dilatación uretral y dicho tratamiento perdura hasta hoy día. Únicamente cuando esta forma de tratamiento fracasa al igual que la uretrotomía interna la uretroplastia tiene lugar.

La uretroplastia anastomótica término-terminal es una técnica descrita por urólogos como Fenger y Marion. Los resultados posteriores no fueron siempre satisfactorios, ya que la reestenosis de la neoboca era frecuente.

La técnica es válida en estrecheces postraumáticas, de 1 a 1½ cm de longitud con uretra sana proximal y distal a la estrechez.

El urólogo no debe tentarse en aplicar este tipo de uretroplastias en estrecheces consecutivas a una uretritis, pues aunque la estrechez parezca bien localizada en la uretrografía retrógrada existe una fibrosis uretral que abarca en mayor o menor grado toda la uretra anterior, reduciendo la elasticidad de la misma. Cabe agregar igual consideración al realizar una uretroplastia término-terminal en una uretra desfuncionalizada.

Apéndice

O. B. 17 años. Historia clínica nº 134271. Paciente que sufrió un traumatismo perineal hace 3 años. Evolucionó con disuria y retención aguda y completa de orina. Tratado con dilataciones uretrales, sin éxito. La U.R. muestra una estrechez bulbar de 1 cm de longitud. Flujo urinario de 5 cm³/seg. El 29/10/81 se efectuó una uretroplastia término-terminal. La U.R. de control a los 6 meses es normal. Flujo urinario: 33 cm³/seg. Seguimiento: 19 meses, libre de dilataciones uretrales.

M. A. D. 74 años. Historia clínica nº 132261. Paciente que ingresa al servicio por disuria y disminución del chorro miccional. La U.R. muestra estrechez de 1 cm de longitud a nivel de uretra bulbar posterior. Tratado inicialmente con dilataciones uretrales. El 2/10/80 se efectuó una uretroplastia término-terminal. La U.R. de control a los 6 meses es normal. Urocultivo (negativo). Seguimiento: 24 meses, el paciente no ha sido instrumentado desde la intervención quirúrgica.

J. C. G. 37 años. Historia clínica nº 143146. Paciente que el 31/6/80, luego de un accidente automovilístico, evoluciona con retención aguda y completa de orina, tratado inicialmente en otro hospital con dilataciones y cistostomía suprapúbica. La U.R. muestra estrechez a nivel de la uretra bulbar. El 3/4/81 se efectuó uretroplastia término-terminal. La U.R. de control a los 6 meses es normal. Actualmente micción con excelente flujo urinario. Seguimiento: 24 meses, no ha vuelto a ser instrumentado.

S. Q. 32 años. Historia clínica nº 161216. Paciente que en 1971 sufre un traumatismo perineal. Evolucionó con retención aguda y completa de orina, fue tratado inicialmente con dilataciones uretrales. En enero de 1982 cistos-

tomía suprapúbica. La U.R. muestra estrechez de 1 cm a nivel de uretra bulbar. El 22/4/82 se efectuó uretroplastia término-terminal. La U.R. de control es normal. Seguimiento: 12 meses.

R. A. V. 28 años. Historia clínica nº 139623. Paciente con antecedente de traumatismo perineal en 1978. Evolucionó con disuria. La U.R. muestra estrechez de 1 cm a nivel de uretra bulbar. El 17/2/81 se efectuó uretroplastia término-terminal. Evolucionó a los 21 días posoperatorio con una mínima fistula a nivel de la neoboca. La U.R. de control, 7 días más tarde, constató ausencia de fistula, retirándose el catéter uretral fenestrado y la cistostomía suprapúbica. La U.R. a los 6 meses es normal. Seguimiento: 24 meses con urocultivos negativos, flujo urinario normal y libre de dilataciones.

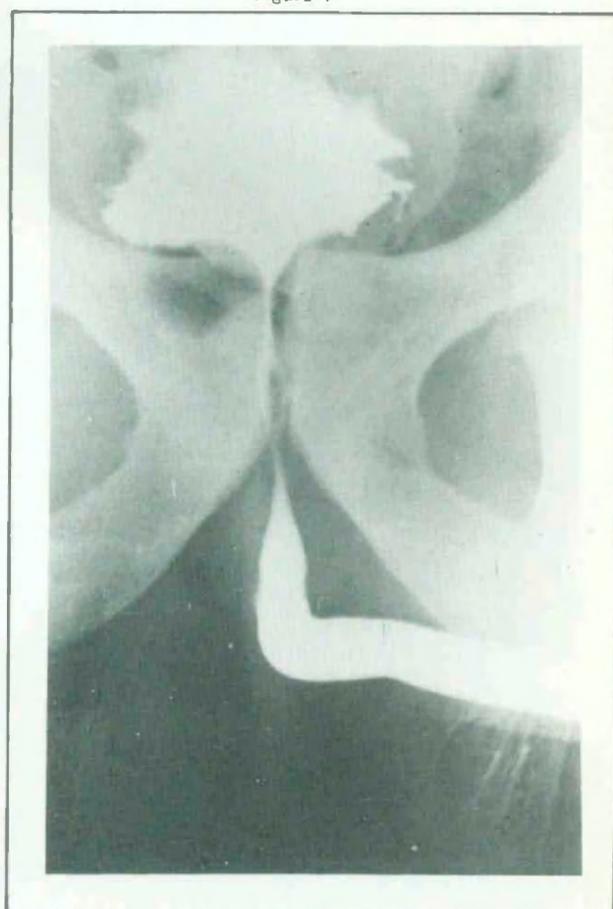
F. A. 20 años. Historia clínica nº 182620. Paciente portador de TBC urinaria a los 8 años de edad. En 1972, nefro-ureterectomía izquierda y ureterostomía cutánea derecha. La U.R. muestra estrechez completa a nivel de uretra bulbar. El 24/6/82 se explora por vía perineal la uretra, y se comprueba una estrechez de 1 cm de longitud y severa retracción vesical. Se realizó una uretroplastia término-terminal a nivel bulbar como primer paso para reconstruir el aparato urinario. La U.R. de control a los 6 meses muestra una estrechez a nivel de la neoboca.

A. Q. 29 años. Historia clínica nº 134709. Paciente que a los 18 años de edad sufrió un traumatismo perineal. La U.R. muestra una estrechez a nivel de uretra bulbar de 1 cm de longitud que fue tratada inicialmente con dilataciones uretrales. El 30/10/80 se le efectuó una uretroplastia término-terminal. La U.R. a los 6 meses es normal. Seguimiento: 24 meses libre de instrumentación desde su intervención quirúrgica (figs. 6 y 7).

Figura 6



Figura 7



Bibliografía

1. Blandy, J.: "One-stage and two-stage urethroplasty". En: Libertino, J. A., y Zinman, L. (eds.): "Reconstructive urologic surgery". Williams J. Wilkins Company, pp. 275-286. Baltimore, 1977.
2. Desy, W. A.; Oostelinc, W.; Verbaeys, A.: "European experience with 1-stage urethroplasty with free full thickness skin graft". J. Urol., 125:502-503, 1981.
3. Devine, C.; Devine, P. C.: "Urethral strictures". J. Urol., 123:506, 1980.
4. González, R. M.: "Tratamiento de la estrechez de la uretra". Rev. Arg. de Urol., Sociedad Arg. de Urol., 18-29, 1975.
5. Pierce, J. M.: "Urethroplasty". J. Urol., 125:508, 1981.
6. Turner-Warwick, R.: "Observations on the treatment of traumatic urethral injuries and the value of the urethral catheter". Brit. J. Surg. 60:775-781, 1973.