

Cirugía de la uretra membranosa (*)

Dr. Boccon-Gibod, L.(**)

La cirugía de la uretra membranosa está dirigida a todas las lesiones de la uretra membranosa, ya sea de origen traumático, congénito o tumoral. Nosotros trataremos esencialmente las lesiones traumáticas, las cuales pueden ocasionarse por traumatismos externos o internos, iatrogénicos, secuelas de la cirugía o de maniobras endoscópicas.

- Los traumatismos de la uretra membranosa: Ellos se originan ya sea por un mecanismo externo (fractura o dislocación de la pelvis), o interno durante la cirugía endoscópica o, más raramente en la actualidad, durante la cirugía de exéresis pelviperineal.
- Los traumatismos externos de la uretra membranosa son aquellos que provocan los problemas terapéuticos más importantes en la urgencia diferida, o distante del traumatismo.
- En presencia de un traumatismo de la uretra membranosa, la siguiente actitud terapéutica puede ser recomendada en la urgencia: en un primer tiempo es necesario drenar la orina con una cistostomía por punción, sin abordar el espacio de Retzius, luego solicitar la consulta de un traumatólogo, quien: o bien estimará la necesidad de realizar una intervención de reparación, y el tratamiento urológico definitivo tendrá lugar cuando sea posible efectuarlo, o por el contrario, estimará que no es necesario la intervención, y en ese caso, el tratamiento de la lesión uretral podrá realizarse en urgencia diferida. En cualquiera de los casos, existen algunas maniobras quirúrgicas que no deben efectuarse bajo ningún pretexto, tales como el abordaje quirúrgico de la ruptura, el drenaje del hematoma o la tentativa de

reestablecer la continuidad uretral por medio de suturas o realineación, dado los riesgos de hemorragia, de infección, de agravación de la lesión uretral, de falsa vía y de trastornos de la erección, complicaciones que están indiscutiblemente ligadas a este tipo de maniobras.

En urgencia diferida, entre el cuarto y quinto día, es indispensable realizar una uretrografía retrógrada que permitirá reconocer las rupturas parciales de las rupturas totales y determinar si los extremos uretrales están alineados, o no.

En presencia de una ruptura parcial, el mejor tratamiento está representado por la cistostomía supra-púbica sola durante 3 meses controlada por una uretrografía miccional a los 3 meses, la cual generalmente mostrará la conservación de la permeabilidad uretral. El paciente podrá entonces ser controlado ulteriormente con flujometría y control endoscópico si fuese necesario. Esta técnica conservadora da, en general, entre 60 a 70 por ciento de éxitos. La aparición de una estenosis es tratada eficazmente con uretrotomía endoscópica.

En caso de ruptura total, existen 2 eventualidades: Si la ruptura es alineada, es posible, generalmente, intentar un cateterismo uretral endoscópico, utilizando el uretrótomo por el meato uretral y un fibroscopio o un beniqué por la cistostomía.

Con esta técnica se logran entre 50 a 70 por ciento de éxitos, normalmente no existen las complicaciones de impotencia o incontinencia, y si sobreviene una estenosis, ésta puede ser tratada eficazmente con uretrotomía interna.

En el caso opuesto, si la ruptura no está alineada, es ilusorio intentar un tratamiento endoscópico, y se debe recurrir entonces a la reparación uretral a cielo abierto, la cual debería ser realizada cada vez que sea posible por vía perineal, más raramente por vía transfisaria; ésta operación

(*) Conferencia dictada en el Curso de Avances en Urología - 1992

(**) Clinique Urologique de l'Hospital Bichat
75018 Paris, France

comprenderá la evacuación del hematoma, el reparo de los extremos uretrales y la sutura uretro-uretral sobre una sonda, que se dejará en la uretra durante 3 semanas. Esta técnica dá un 50 a 70 por ciento de éxitos con un índice de impotencia probablemente superior a la técnica precedente.

A distancia del accidente, la aparición de una estenosis tardía necesita de una uretrografía retrógrada y miccional que permitirá establecer el grado de lesiones. Si la obstrucción es mínima o leve, es razonable intentar en un primer tiempo una uretrotomía endoscópica, la cual dará generalmente, buenos resultados. Si existe, por el contrario, una obstrucción importante, una uretroplastía, or vía perineal o más raramente por vía transinfisaria, permitirá reestablecer la permeabilidad uretral.

Es indiscutible que cada vez que sea posible hay que tener el recurso de una anastomosis uretro-uretral, y que no es raro tener que recurrir alguna vez a una uretroplastía de agrandamiento, ya sea en un tiempo con la ayuda de un colgajo prepucial o, no tan frecuente en la actualidad, en 2 tiempos con la utilización de un colgajo escrotal.

Finalmente, es importante saber que la cirugía urológica

provoca frecuentemente estrecheces uretrales y que, en particular las adenomectomías prostáticas por vía alta o por vía endoscópica puede dejar secuelas graves, provocando un estrechamiento a nivel del apex de la próstata en plena zona esfinteriana exponiendo al paciente al riesgo de una complicación mayor asociando estenosis e incontinencia por destrucción esfinteriana.

El tratamiento mínimo en estos pacientes es el de dilataciones uretrales con beniqué, más raramente la uretrotomía endoscópica, o la electroincisión de la estenosis.

En todo caso hay que saber que, si existe una estenosis asociada a un daño esfinteriano, es posible hoy en un primer tiempo tratar eficazmente la estenosis utilizando una prótesis endouretral tipo UROLUM, seguido, en un segundo tiempo una vez asegurada la permeabilidad uretral, de la colocación de una prótesis esfinteriana AMS 800.

En conclusión, en una época en donde la cirugía urológica tradicional ve su campo limitarse progresivamente, la cirugía de la uretra membranosa, ya sea a cielo abierto o endoscópica, conserva todo su atractivo y representa todavía un desafío a la habilidad del urólogo.