

Por el Doctor
LEONIDAS REBAUDI

RESULTADOS OBTENIDOS EN UNA PLASTICA URETRAL

MOTIVA esta comunicación el hecho de haber obtenido excelentes resultados en la práctica uretral con la vena safena y el de haberme visto obligado a efectuar una operación que no realizo nunca y que podría decirse está radiada de la urología; me refiero a la uretrotomía interna.

El 7 de Septiembre de 1936 es llevado al Hospital de San Isidro el enfermo N. N., español, de 61 años de edad, comerciante, en profundo estado de intoxicación.

Se trata de un hombre delgado, sudoroso, de lengua roja y seca, con disnea, que respondía con dificultad las preguntas que se le hacía. Aseguraba que su afección no era dolorosa en ese momento.

El pene y bolsas aumentadas enormemente de tamaño, estaban recubiertas con una piel negruzca ulcerada en los o tres partes; hasta en la región dorsal del miembro se observaba una ulceración por donde se eliminaba una secreción rojiza y maloliente.

El aspecto general era sencillamente impresionante. El pene enormemente aumentado de tamaño, de color negro reposaba sobre el vientre, las bolsas del mismo color, muy edematizadas estaban bañanas por la misma secreción pútrida.

El médico que me llamó para intervenir creía en la necesidad de una amputación.

Bajo anestesia general se practican grandes incisiones en el pene, en el escroto y en el periné. El tratamiento con suero antigangrenoso, suero fisiológico, tónicos cardíacos y generales levantan poco a poco al paciente, el cual mejora lentamente.

La micción se efectúa por muñón de uretra que queda escondido debajo del ángulo peno-escrotal, en medio de una ganga fibrosa y retráctil. El resto de la herida segrega una secreción seropurulenta.

El estado del paciente permite la realización de una talla vesical hipogástrica, la cual se lleva a cabo el 13 de Noviembre de 1936, con anestesia local.

La herida penoana, mejora visiblemente, la secreción es más serosa que purulenta, las granulaciones de la herida son más rojas, por el ángulo peno-

escrotal no sale más orina y sólo se percibe una fístula uretral estrechada por tejido fibroso.

En estas condiciones el 9 de Enero de 1937, se practica un injerto con la vena safena, a pesar de tener el enfermo una vena bien palpable y ligeramente esclerosada.

La operación se hace con anestesia general previa asepsia de la región. Se saca un colgajo de forma ligeramente trapezoidal de base superior y cuya altura es dos veces mayor que la superficie a cubrir.

El colgajo trae toda la grasa subcutánea y la vena safena, el extremo inferior de ésta es suturada por tres puntos de catgut al pequeño resto de uretra que ha quedado a nivel del meato. Todo el acolchado grasoso acompañado de la vena cubre la región cruenta del pene y la piel de aquél es suturada a la piel de éste con crin.

El ángulo penoescrotal es drenado con gasa.

Un mes más tarde se secciona la base del colgajo, se disecciona el extremo uretral que queda escondido detrás del ángulo penoescrotal y se sutura la uretra al extremo inferior de la safena, se coloca como sonda permanente uretral una sonda Pezzer n° 20, concluyéndose de esta manera la talla.

El post-operatorio es excelente, el injerto ha prendido totalmente, sólo a nivel del ángulo penoescrotal persiste una fístula por donde una vez extraída la sonda el enfermo pierde orina.

El pene aparece entonces deformado por el exceso de grasa del colgajo y por la retracción cicatricial que lo curva acentuadamente.

El 9 de Marzo de este año, se practica una incisión losángica a nivel de la fístula, tratando de liberar la uretra del tejido fibroso y resecaando el trayecto fistuloso. Se hace una incisión lateral a nivel del pene reduciendo la cantidad de tejido injertado y se coloca una nueva sonda permanente. Esta operación se efectúa con anestesia local.

La fístula tiene tendencia a curar y extraída la sonda, aquélla se reproduce, hecho que es atribuido a estrecheces quirúrgicas en el trayecto neouretral. En efecto, existen dos puntos estrechos, uno a 1 cm. del meato y el otro en el extremo inferior del injerto.

Con sondas Pezzer se lo dilata hasta llegar a un 44 beniqué. Pero tropezamos con el inconveniente siguiente: que al día siguiente sólo es posible pasar una bujía n° 16 y algunas veces ni siquiera ésta.

La retracción cicatricial impide la micción normal del enfermo y favorece la persistencia de la fístula peno-escrotal.

Los Dres. Figueroa Alcorta y Gorodner, a quienes hacemos llegar nuestro agradecimiento, tuvieron a bien interesarse por el enfermo y le practicaron dilataciones con beniqué vibrador, obteniendo un resultado inmediato bueno, pero al día siguiente la retracción llevaba al enfermo a la misma situación antes descripta.

Estando así las cosas se le practica una uretrotomía interna haciendo sólo dos cortes. El post-operatorio fué accidentado debido a que la sonda colocada se obstruyó repetidas veces.

Las dilataciones con beniqué fueron entonces continuadas, llegando hasta el número 50.

Actualmente las condiciones son buenas, el enfermo se dilata sólo cada 15 ó 20 días, persistiendo la estrechez próxima al meato y permitiendo el pasaje de un beniqué número 45. La fístula ha curado completamente y la micción es normal.
