

Por los Doctores

RICARDO BERNARDI y

CARLOS M. LAURNAGARAY

## SOBRE UN NUEVO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE LA FIMOSIS PRESENTACION DE CASOS

EN un trabajo anterior en "El Día Médico" (Año X, N° 23, 1938) nos ocupamos de este procedimiento y hoy queremos presentar a los colegas algunos de los enfermos operados, lamentando no poder mostrar más casos por los inconvenientes que son comunes en estas citas.

Es un procedimiento sencillo y de rápida ejecución, que se realiza con un material común.

1° *Material simple*, que luego detallaremos.

2° *Prácticamente exangüe*: se ligan muy pocos vasos o ninguno, debido a que las incisiones laterales se hacen en zonas avasculares y a que la sección transversal de los colgajos es tan alta que los vasos son de pequeño calibre y es suficiente la vaso-construcción por la brusca sección y la anestesia y el cierre rápido de los labios de la herida con los puntos ya pasados, como se hace en este procedimiento para que no haya hemorragia. En casos, excepcionales nos hemos visto obligados a ligarlos por separado.

Los hechos servirán para confirmar lo que a primera vista parecería incierto.

3° — *No reseca secundariamente la mucosa*, evitando el dolor y la pérdida de tiempo que esta maniobra representa, sin que eso perjudique la estética del prepucio, similar a la resección incompleta que Allis practica en su procedimiento.

4° — *Utilizar agujas de costureras* de 5 cm. de largo, baratas, manuales, atraumáticas, que atraviesan fácilmente los colgajos prepuciales.

5° — *Procedimiento de sutura rápido*, tres hilos que por incisión en su parte media dan seis cabos y que no exige perder tiempo en el afrontamiento de la piel y mucosa como en los otros procedimientos.

6° — *Nuevo orificio prepucial*, suficientemente amplio, como para permitir la salida del glande, durante la erección y situado en la *mitad* de éste, nivel ideal y estético si así se quiere, que contrasta con los otros prepucios operados, en los que el borde cutáneo-mucoso queda a la altura del surco balano-prepucial o por detrás del mismo dificultando la erección y ofreciendo un aspecto poco agradable que los yanquis llaman: "bald headed" — cabeza rapada o pelada — y que ha hecho decir a Bickham que: "es muy desagradable para el poseedor y un evidente descrédito para el cirujano responsable de ello".

Esos mismos autores señalan un detalle interesante y es el de que en estas condiciones el pene pierde sensibilidad por exceso de irritabilidad de los corpúsculos de Krause y terminaciones nerviosas libres, debido a la ausencia de un prepucio protector.

Por otra parte existen una cantidad de procedimientos más o menos ingeniosos que no describiremos para abreviar el trabajo, basados en incisiones dorsales, que nosotros rechazamos porque hieren los vasos; en circuncisión mediante clamps con resección secundaria de la mucosa, lo que no permite calcular la longitud del prepucio restante o métodos de "Ecrasement" de Doyen, o el de Allis, etc., que requieren instrumental y práctica poco corrientes.

La bondad de su técnica y resultados los hemos comprobado en numerosos casos que publicamos en nuestras comunicaciones anteriores y que ampliamos con la presente. 72 hasta la fecha.

Después de estas consideraciones pasamos a referir nuestro procedimiento, con una pequeña modificación en cuanto a uno de los tiempos operatorios, resultado de observaciones efectuadas a través de los primeros casos operados y que describiremos luego.

a) Campo operatorio: corriente.

b) Instrumental: Cuatro pinzas de Kocker. Cuatro agujas rectas de costureras de 5 cm. de largo, cargadas con hilo de seda

Nº 1. Una pinza de dientes de ratón. Una tijera recta. Un electrodo de galvanocauterío en forma de cuchillo.

c) Anestesia: Preferimos la novocaína con vasopresina, más que con adrenalina, porque aquélla hace más profunda y duradera la anestesia no presentando los inconvenientes de la dilatación secundaria.

Hacemos la anestesia utilizando una aguja intramuscular y otra subcutánea y una jeringa corriente de 5 cm. La aguja subcutánea debe ser de 25 x 7 mm. debido a que su pequeño calibre permite efectuar la anestesia sin mayor dolor. Con la aguja intramuscular hacemos la anestesia troncular, inyectando de 5 a 10 c.c. en el dorso del pene a la entrada del nervio dorsal y la subcutánea infiltramos dos zonas: a) medio peneana, en corona, que comprende las cubiertas del pene y b) a través de la piel, la zona de inserción del frenillo, que es la parte más sensible.

Con este tipo de infiltración la operación es absolutamente indolora y si persiste alguna sensibilidad, puede infiltrarse la mucosa con algunas gotas de anestesia en el trayecto de las incisiones.

#### PRIMER TIEMPO

*Toma (Esquema Nº 1).* — Se toma el meato prepucial por su borde cutáneo-mucoso, con cuatro pinzas de Kocker colocadas en situación paramediana, de tal manera que transforman por trac-

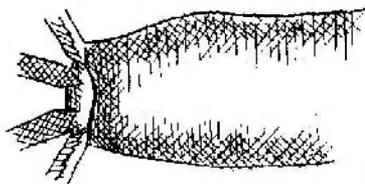


Figura 1

ción, el orificio circular en un cuadrado. Esta toma debe ser más o menos amplia y estrictamente en el borde cutáneo-mucoso, con el objeto de permitir una tracción más o menos enérgica, que repercutirá más en la mucosa que en la piel ya que aquélla es menos elástica, lo que nos evitará de resecarla. Si el meato prepucial fuera

puntiforme y no nos permitiese colocar las cuatro pinzas mencionadas, haremos unas pequeñas incisiones laterales que se ampliarían en el tiempo siguiente.

## SEGUNDO TIEMPO

*Incisión bilateral (Esquema N° 2).* — Ultimamente modificamos este tiempo haciendo las incisiones laterales *hasta la cúspide del glande* y no a 5 mm. por debajo, como lo realizáramos al principio. De esta manera queda mayor prepucio y algunos enfermos no parecen operados.

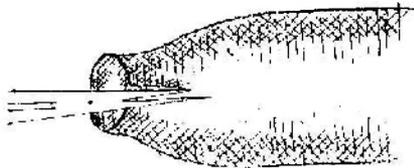


Figura 2

Las secciones laterales serán francas y llegarán hasta el punto referido, pero no cortarán el pequeño reborde mucoso que siempre sobresale en virtud de la retracción de la piel. De esta forma obtendremos dos amplios colgajos prepuciales (ventral y dorsal) que ponen al glande ampliamente al descubierto permitiéndonos completar la limpieza de la zona, por el esmegma siempre acumulado, realizar a cielo abierto el desprendimiento de la mucosa en el surco balanoprepucial y aún agrandar las incisiones si consideráramos excesivo el prepucio a quedar.

En realidad bastaría en la fimosis con seccionar el anillo fibroso del orificio prepucial en toda su altura para hacerlo desaparecer, porque la forma de cono, bruscamente cerrada que presenta el prepucio, fimótico y la gran elasticidad y amplitud de las paredes situadas inmediatamente debajo de él, justifican este criterio.

### TERCER TIEMPO

*Sección del frenillo (Esquema N° 3).* — Invertimos completamente el colgajo ventral, para exponer el frenillo y con un electrodo para gálvano cauterio, en forma de cuchillo al rojo sombra, lo cortamos. Preferimos utilizar este instrumento, porque secciona y realiza hemostasia a la vez, abreviando el tiempo operatorio, contrariamente a la ligadura sobre pinza de Kocke o con ayuda de agujas, que fracasan casi siempre debido a que la arteria del frenillo, continuación de la bulbo-uretral, está profundamente situada rodeada por el tejido esponjoso, que es esencialmente hemorrágico y

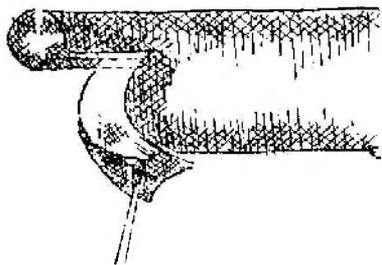


Figura 3

observándose, además, que la sangre aumenta en cada tentativa que realizamos para cohibirla con estos procedimientos.

Debemos agregar, que sólo incindimos los frenillos largos, mientras que los cortos los dejamos, siguiendo el consejo de algunos autores yanquis.

### CUARTO TIEMPO

*Pasaje de los hilos (Esquema N° 4).* — Preferimos la seda o el lino de catgut, porque actuamos en un terreno séptico, en el que la reabsorción del último se acompaña de mayor maceración que de costumbre; esta circunstancia hace que los bordes del prepucio se presenten definitivamente engrosados e irregulares ofreciendo un aspecto muy desagradable.

El ayudante realiza entonces una buena tracción del colgajo ventral con las pinzas de Kocker, todavía colocadas, y el operador pasa el primer hilo en situación paramediana, a dos milímetros por

debajo del extremo inferior de la incisión lateral correspondiente (derecha o izquierda), ayudándose con la pinza de dientes de ratón colocada en el lugar de la puntada, con el propósito de evitar la transfixión que siempre se realiza por deslizamiento de la mucosa sobre la piel. Este punto pasado en la prolongación de lugar de trac-

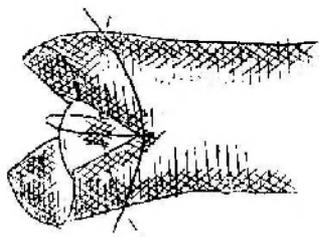


Figura 4

ción de una de las pinzas, atraviesa el colgajo ventral (piel-mucosa), pasa por uno de los lados del glande y luego el dorsal (mucosa-piel), saliendo al mismo nivel que el anterior.

La segunda aguja realiza la misma trayectoria del otro lado y la tercera pasa por el extremo inferior de las dos incisiones laterales cruzando el glande a la altura del meato y a los otros dos hilos *por encima*, para evitar su inclusión en el nudo, al realizar el sexto tiempo.

#### QUINTO TIEMPO

*Resección de los colgajos (Esquema N° 5).* — Se resecan los colgajos por separado, comenzando generalmente, por el inferior. Mientras el ayudante tracciona los hilos para abajo y las pinzas para

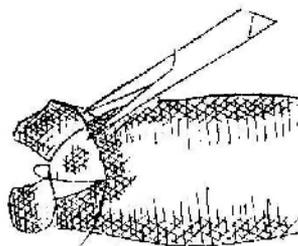


Figura 5

arriba, el operador secciona el colgajo con tijera recta, teniendo especial cuidado de hacerlo un poco por encima de los hilos, para no cortarlos. En la misma forma y con la misma técnica se hace para el colgajo superior.

SEXTO TIEMPO

*Sección y anudamiento de los hilos (Esquema N° 6).* — Mu-  
nido el operador de la pinza de dientes de ratón y la tijera, comienza  
por levantar el hilo N° 3, transversal, pasado en último término por  
arriba de los demás; lo corta por su parte media y da uno de esos  
extremos al ayudante; en estas condiciones se obtienen rápidamente  
cuatro cabos, que el operador y el ayudante *anudan al mismo tiem-  
po*; idéntica maniobra se realiza con los hilos N° 2 y N° 1. El resul-  
tado es: que de tres hilo se han obtenido seis, anudados por el ope-

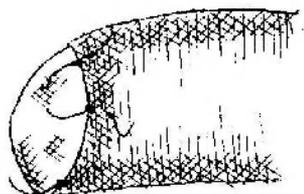


Figura 6

rador y el ayudante a la vez, con la ganancia de tiempo que la  
maniobra significa. Con la cuarta aguja se hacen algunos puntos  
complementarios, (2 ó 3) si se creyera necesario y 8 a 10 en total,  
realizándose la tracción sobre los cabos anteriores no cortados toda-  
vía. Con este tiempo se termina la operación que ha sido rápida,  
casi exangüe y poca indolorosa.

DISCUSION

DR. VILAR. — *Respecto al detalle de cómo debe quedar el pre-  
pucio, yo creo que se obvia el procedimiento que se haga, teniendo  
en cuenta cómo se hace el apósito, es decir, una vez operado si se  
corre el prepucio se hace entonces, adherencias al tejido celular y  
queda con prepucio que cubre el glande. Si se hace en posición clá-  
sica, entonces, queda sin prepucio.*

*Teniendo en cuenta cualquier procedimiento que se haga, si se  
desea que quede con prepucio correrlo sin hacer el "forcisonage".*

*Este procedimiento es bueno, si no hay adherencias de mucosa,  
pero casi siempre, en estos enfermos, lo que interesa es suprimir la  
mucosa. Nosotros tenemos una gran cantidad de operados en que*

resecamos sistemáticamente la mucosa y corremos el prepucio. Quedan siempre con el glande cubierto, teniendo mucho cuidado en reseca el mínimo de piel.

DR. BERNARDI. — Yo puedo decir que tenemos 72 casos operados. Lo hacemos rápidamente; la operación no lleva más de 10 minutos. Utilizamos un material sumamente simple y no hemos tenido nunca ese inconveniente a que se refiere el doctor Vilar. Solamente lo hemos tenido en las fimosis adquiridas.

De lo contrario, siempre lo hemos hecho con mucha facilidad. Ahora, no vamos con la incisión lateral muy abajo. Algunos de esos enfermos que no han quedado del todo bien, ha sido porque precisamente ha supurado un poco, por ser una zona muy séptica. De ahí que usemos hilo de seda. Además, como la seda no se reabsorbe ni masera los bordes, es muy útil. Al no reseca la mucosa ahorramos tiempo.

DR. VILAR. — Nosotros hacemos esta operación sin ayudante; tardamos 5 minutos. Usamos hilo de lino.

DR. SURRA CANARD. — Creo que la operación de fimosis es una operación plástica que se realiza con motivos diversos.

El tipo de operación puede ser también diverso. Si es por una estrictura, se hace una operación. Si es por una patología de la mucosa, es otro tipo de operación el que debe practicarse.

Creo que los procedimientos a utilizarse deben estar de acuerdo con el sujeto y con el motivo que llevan a hacerlo.