

Servicio de Génito Urinaria  
del Hosp. de Caridad. Rosario

Por el Doctor  
VICTOR GORIA

## NUESTRA TECNICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPOSPADIA PENO-ESCROTAL

Si aquello de que "cuando una enfermedad tiene muchos tratamientos, es porque ninguno sirve" es cierto, en pocos casos encontraría mejor aplicación que en el de la hipospadia.

Desde la primitiva y simple tunelización y las primeras publicaciones de Nove-Josserand, en Francia en 1897, Beck en Nueva York y Von Hacker en Alemania en el año 1898, hasta nuestros días, casi un centenar de procedimientos han sido ideados.

Para tener una idea de ello, transcribo aquí la clasificación de Godard, sobre las diversas técnicas operatorias que se han propuesto para esta malformación.

### REPARACION DE LAS PERDIDAS DE SUBSTANCIAS PENIANAS Y BALANICAS

(Parte móvil de la uretra)

*Tunelización simple.* — Dupuytren, Guersant.

*Métodos plásticos basados sobre la extensibilidad de la uretra.* — Beck, Von Hacker, Bardenheuer.

*Métodos plásticos utilizando colgajos pediculados.* — 1º Penianos: Duplay, Marion, Tiersch, A. Cecil, Beavan, Chocholka-Marion, Mathieu, Potel, Duvergey. 2º Penianos: Koenig, Kronacker, Von Hooek, Mayo, Thévenard, Donnet, Perpignan, Martin. 3º Peno-Prepuenciales: Ombredanne, Birckenfeld, Russel, Gersuny, Meyer. 4º Prepuccio-escrotales: Wood. 5º Escrotales: Bouisson, Landerer, Bidder, Linck, Bucknall, Leveuf, Godard, Nove-Josserand, Rochet, Beck, Moutel, Cabtree. 6º Cutáneo-abdominal o femoral Laurent, Rosenberger, Lowenstein, Pickerill. 7º De mucosa vesical: Rosenstein.

*Métodos plásticos utilizando transplantes libres.* — a) Injertos autoplásticos: 1º Tubos dermos-epidérmicos: Tuffier, Nove-Josserand, Vianey. 2º De apéndice: Lexer, Strissier, Mac Guirre, Hoffenberg. 3º De vena: Tanton, Tuffier, Patel

y Leriche. Marion. Bazy. Stteter. Legueu. Lexer. Villard. Tavernier y Perrin, Becker. 4º De fascia lata: Hohmeier. Cksh. Levit.

b) Injertos homo o heteroplásticos: 1º Fragmentos de uréteres: Schmieden. 2º Aorta de perro: Legueu. Gouverneur. Garcin.

## REPARACION DE LAS PERDIDAS DE SUBSTANCIAS PENIANAS

(Parte fija de la uretra)

*Método de movilización y de distención.* — Koenig. Socin. Mickuliez. Rumpel. Eckhorn.

*Colgajos pediculares perineales.* — Guyón. Nogués. Marion. Pasteau. Iselin. Kurtzahn. Heynen. E. Hesse.

*Colgajos pediculados escrotales.* — Budde.

Indudablemente no todas son aplicables a todos los tipos de hipospadia, ya que se impone establecer diferencia entre una hipospadia balánica, penial o peno-escrotal y una perineo-escrotal, pero así mismo, de los múltiples procedimientos, es muy difícil escoger uno como tipo de elección para cada variedad de hipospadia, pues no basta, que técnicamente su descripción nos demuestre como se repara casi a la perfección la malformación congénita, sino que es necesario que biológicamente no tenga taras fundamentales, que comprometan la vitalidad de los tejidos, ni los predispongan a la infección, para no ver pronto mutarse en un lamentable fracaso, el éxito inmediato de una excelente reparación quirúrgica.

Aquí creo que estaba la causa de tantos procedimientos. Cuando uno ha tenido que practicar una intervención de esta naturaleza, ha estudiado el caso, ha elegido el procedimiento y más aún, lo ha ejecutado técnicamente bien; sentimos verdadera satisfacción pero..., si, a los pocos días surge el pero; el extremo del colgajo se está esfacelando o los puntos se han soltado por tracción o por infección, etcétera.

Ante la triste realidad observamos y comienzan las deducciones: el colgajo era muy largo, o el pedículo muy chico o la piel que lo recubría muy tirante, etc., etc., luego viene la manera de enmendar, en otra oportunidad, las deficiencias que hemos observado y al pensar la forma de hacerlo surge "una nueva técnica" la que en realidad no es más que una simple variante de otras ya existentes.

Si este ha sido el mecanismo de producción de los diversos procedimientos, no lo se, pero del nuestro estoy seguro que lo es, por

lo tanto, no pretendemos originalidad, aspirando solo a que las modificaciones que sugerimos sean de tan buena utilidad para los que nos honren aceptándolas, como lo ha sido para nosotros.

Después de haber visto fracasar algunas de las intervenciones propuestas y experimentarlas nosotros mismos varias veces, llegamos a la conclusión, que excluidas las causas de infección, los métodos que mejor resultado pueden dar, son aquellos que utilizan colgajos pediculares a condición que no sean muy extensos y que se pueda mantener una buena y amplia irrigación.

Otro hecho que observamos es la gran dificultad que hay para que el colgajo dérmico se adhiera a la mucosa del glande, especialmente cuando son colgajos invertidos. Esta dificultad parece independiente de la buena irrigación del colgajo, pues la hemos notado también en los casos en que se lo ha dejado adherido en su sitio, llevando al pene a su encuentro.

Con el objeto de sortear estas dificultades, es que planeamos nuestro procedimiento; el que aplicamos especialmente en la hipospadia peno-escrotal y en la peneana, cuando la incurvación del pene, impone un alargamiento previo de éste, puesto que en estos casos, la hipospadia peneana se transforma prácticamente en peno-escrotal. Cuando el alargamiento es necesario, lo hacemos simultáneamente con el primer tiempo de nuestra intervención.

Para evitar la inflamación traumática e infección, comenzamos por hacer siempre la derivación de la orina, y no poner nunca sonda permanente.

La frase de Ombredanne "Nada de derivación de orina, nada de sonda permanente" se transforma aquí en "nada de sonda, ni nada de orina".

Esta derivación la hemos practicado por medio de una fístula hipogástrica por punción, ya que su técnica es sencilla, no reviste casi ningún riesgo y se cierra con gran rapidez una vez suprimida la sonda.

#### TECNICA OPERATORIA

##### PRIMER TIEMPO

Una vez asegurado el buen funcionamiento de la sonda, comenzamos la intervención procediendo al despegamiento de la uretra solo en su mitad superior o techo, es decir, separándola de los cuerpos cavernosos en una extensión que va aproximadamente de 1 a 2 cms. según la altura del meato hipospádico y la

deformación del pene. Luego de los dos extremos de la incisión en media luna o en V que nos queda, tallamos un colgajo escrotal, tan largo como sea necesario para rebasar sobradamente al pene y tan ancho como para envolver una sonda N° 22

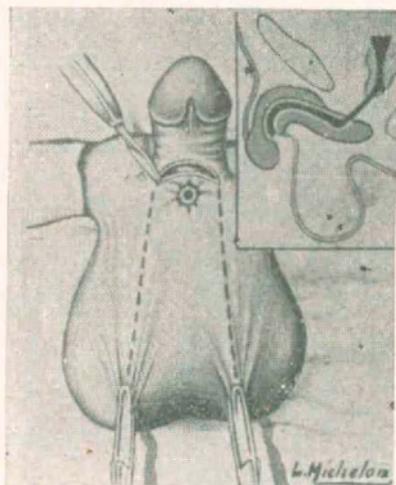


Figura 1

a 24 (Figs. 1 y 2). Este colgajo se desprende sólo lateralmente en una pequeña extensión para que nos permita suturar sus bordes sobre la sonda previamente

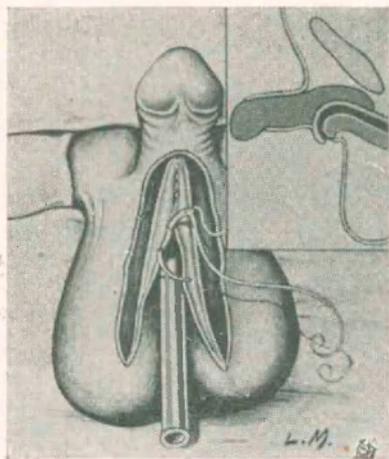


Figura 2

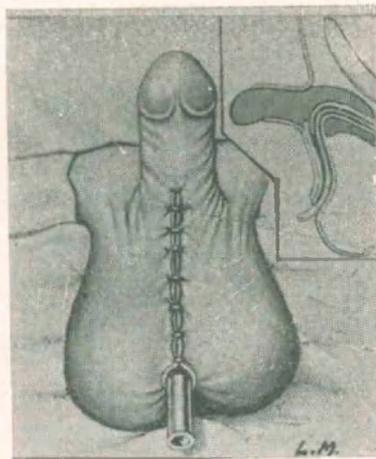


Figura 3

colocada en la uretra y traccionando de los extremos del colgajo (las pinzas lo representan en la figura) veremos que éste se continúa bien con la uretra desprendida, casi sin brusquedad lo que nos permite con facilidad comenzar la sutura

desde la uretra misma hacia el extremo distal del colgajo. *La sutura no debe hacerse con puntos perforantes sino subdérmicos (Fig. 2) y con catgut fino.*

Terminada la sutura, la uretra se encuentra alargada en toda la extensión del colgajo escrotal y adherida a las bolsas. Uniendo los bordes escrotales por encima de la uretra neo-formada, esta queda en la intimidad del tejido. retiramos entonces la sonda y dejamos que todo cicatrice (Fig. 3).

Después de unos 8 a 10 días hacemos que nuestro operado orine por su uretra, y observamos si hay o no infiltración de orina en el tejido escrotal, así lo tenemos un tiempo y cuanto más mejor. para que se reduzca en todo lo posible el tejido cicatrizal y nos permita un mejor desprendimiento de su uretra.

#### SEGUNDO TIEMPO

Se practica una incisión como se ve en la figura 4 que permite reseca la cicatriz anterior.

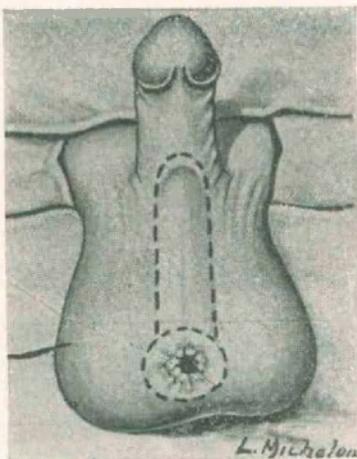


Figura 4

Una vez desprendido el extremo distal de la uretra. por intermedio de una jareta invaginante cerramos su orificio, con el fin de ponernos a cubierto de una posible contaminación, y dejamos largos sus hilos, los que nos sirven como tractores.

Desprendida que tenemos la uretra bien hasta la base del pene, con un trócar grueso provisto de su camisa practicamos la tunelización del glande y del pene hasta la proximidad misma de la uretra (Fig. 5) retiramos el trócar dejando la camisa colocada y luego pasamos los hilos por su interior y traccionamos hasta introducir el extremo cerrado de la uretra en su orificio (Fig. 6) luego a medida que se va traccionando de la uretra, vamos retirando la camisa hasta que aquella aparezca en la extremidad del glande, por el orificio inicial de la tunelización.

En esta oportunidad se fija por unos puntos a la mucosa, teniendo la precaución que la uretra sobresalga un poco, lo que siempre es posible ya que el alargamiento debió calcularse más que la longitud del pene.

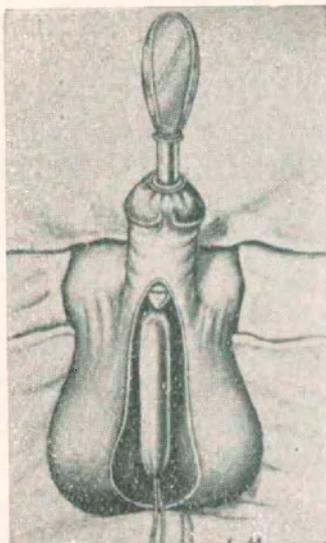


Figura 5

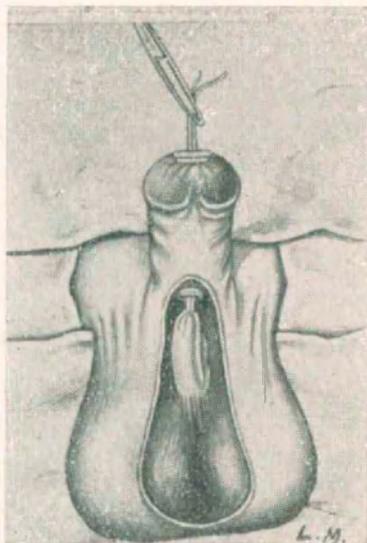


Figura 6

Se cierra por debajo con unos puntos en el tejido subcutáneo y puntos sueltos, especialmente crin de Florencia, en el escroto (Fig. 7).

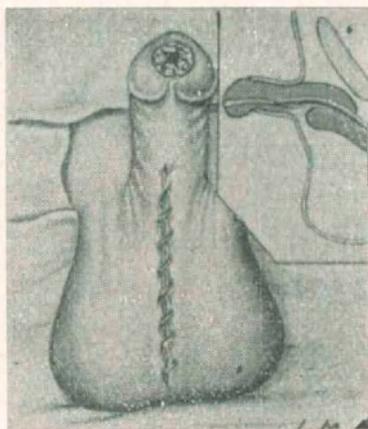


Figura 7

#### COMENTARIOS

La técnica que acabamos de describir es, a prima facies, semejante a la de Rochét, pero en realidad difiere fundamentalmente de ella. Este autor talla el colgajo en su totalidad y lo despega casi totalmente, dejando solo un pequeño pedículo posterior junto al

meato hipospádico, que sirve, a manera de bisagra, para pasar de atrás adelante por el pene tunelizado al injerto; todo esto lo hace en el mismo acto operatorio.

El pequeño pedículo no es suficiente para mantener la nutrición de un colgajo tan amplio, pudiendo entonces correr este, la misma suerte que los injertos libres a la manera de Nove-Josserand por ejemplo.

Por el otro lado, el incompleto afrontamiento de la uretra con el tubo cutáneo, deja siempre una fístula que requiere un ulterior cierre.

En cambio la forma como hacemos el alargamiento uretral en nuestro procedimiento, nos pone a cubierto de ello ya que la sutura se hace en una línea recta partiendo del meato hipospádico hasta el extremo distal del colgajo sin solución de continuidad y como por otro lado dejamos a la neo-uretra adherida a las bolsas y recubierta por ella, queda más que suficientemente garantida su vitalidad.

Esto es en realidad la parte más importante y original del procedimiento. El segundo tiempo no tiene nada de particular, si lo relacionamos con los otros procedimientos de tunelización.

Los mismos inconvenientes propios de la tunelización que pueden presentarse en ellos, se presentan aquí, es decir que el tejido cicatrizal restante por el alargamiento del pene, hagan que los tegumentos queden muy tirantes y hasta se produzcan esfacelo de la piel y permita que se corra el tubo uretral, o bien que la presencia de un hematoma nos obligue a abrirla, corriendo el mismo riesgo. Pero felizmente estas contingencias no son muy frecuentes y en un caso en que al practicar la tunelización observamos que el tejido cicatrizal podía comprometer el resultado, resolvimos extirparlo totalmente, fijando la uretra neoformada en la gotera que esta exéresis nos dejó, cubriendo luego la parte ventral con un colgajo prepucial a la manera de Ombredanne y el resultado fué muy bueno, lo que nos hace pensar que esta práctica puede ser adoptada con mucha frecuencia.

Para evitar los inconvenientes que podría acarrear la presencia de pelos en el interior de la uretra, aconsejamos proceder previamente a su destrucción, eligiendo para ello la electrólisis o electrocoagulación, a la radioterapia; pues esta, puede producir una radiodermatitis,

que nos obligue a esperar mucho tiempo para no comprometer la suerte de los injertos.

Nuestra escasa casuística, dos casos, una en la forma pura descrita y otro completado por un colgajo a lo Ombredanne, no nos permite hablar con las estadísticas extensas, pero en cambio nos alienta si, hacer llegar nuestras sugerencias a vosotros, para que si en principios merecen vuestra aprobación, la tengáis en cuenta y al poco de experimentarla ya sabreis si ella es digna de vuestra preferencia o pasa a ser simplemente un procedimiento más.

---