

HIOSPADIAS BALANO - PREPUCIAL OPERADO 16 VECES NUESTRA OPOSICION CASI SISTEMATICA A SU INTERVENCION

Por los Dres. R. BERNARDI, F. A. ARESPACOHAGA
y C. LA ROSA GARCIA
(becado peruano)

La presentación de este trabajo, a la vez que contribuye a destacar la utilidad de la colaboración entre distintas especialidades, urología y cirugía plástica en este caso, tratará de poner de manifiesto las dificultades que entraña el tratamiento quirúrgico de una malformación relativamente frecuente como el hipospadias balánico o balano-prepucial, llamando la atención sobre la indicación operatoria, sus reales posibilidades y la manera de obviar algunos de los detalles que atentan contra el éxito de la misma, el bienestar del enfermo y el prestigio del cirujano.

Los numerosos métodos propuestos para el tratamiento quirúrgico del hipospadias balánico o balano-prepucial (Von Hacker-Beck; Baunghard; Duplay; Chocholska-Marion; Ombredanne; Denis-Browne, etc., etc.), demuestra la inoperancia de la mayoría: el fracaso sucede con bastante frecuencia.

La razón se debe: 1º) que la uretra es muy superficial y tenue a ese nivel, sin tejido esponjoso, protector y nutricional; 2º) a que se expone a frecuentes hematomas del glande que fuerzan y desprenden las suturas y 3º) a que las repetidas y prolongadas erecciones, prácticamente imposibles de combatir, elongan intensamente los colgajos y los separan. La porción de la uretra injertada en su nuevo lecho balánico es incapaz de seguirlo en su brusca y rígida proyección.

Todos los urólogos sabemos que desde el punto de vista quirúrgico una cosa es la fístula desarrollada en la uretra perineo-escrotal y otra la aparecida en la uretra peneana. La 1ª cierra espontáneamente, a veces, o con cualquier procedimiento, bastando avivar sus bordes y afrontarlos simplemente o dejar un tubo uretral en larga permanencia (Guyon, Marion y Sabadini). La 2ª constituye con justa razón un verdadero problema y a este propósito dice el maestro Campbell, en su conocido libro *Pediatric Urology*, pág. 477: "La corrección del hipospadias balánico no es recomendable" y agrega: "aún en la corrección de la cuerda congénita muchos meatos balánicos se hacen finalmente más posteriores requiriendo numerosas intervenciones".

Nosotros, después de haber operado a muchos casos de hipospadias con éxito bastante satisfactorio nos adherimos plenamente a esos conceptos y nos oponemos por tal razón, en forma casi sistemática a la operación de todo

enfermo que presente un hipospadias balánico o balano-prepucial: 1º) por la mínima deformidad que significa desde el punto de vista morfológico y estético; 2º) por la nula repercusión en la erección y fecundidad y 3º) por el problema quirúrgico que plantea al médico por un lado y los sacrificios y complicaciones que debe soportar el paciente por lo general.

En este último punto, todo urólogo de experiencia y honesto siente una profunda duda sobre el método a adoptar y por sus resultados finales, decepcionantes por lo general.

Los frecuentes fracasos suceden a la ardua y prolongada labor del especialista en un camino muchas veces largo y penoso para el enfermo. Cuando pensamos que para corregir un simple meato hipospádico que está a 1 ó 2 cm. a lo sumo de la cúspide del glande, debemos realizar como primera medida una cistectomía o una uretostomía derivativa, además de inciertos métodos quirúrgicos, nos rebelamos casi sistemáticamente contra esa excesiva agresión y en los últimos años, nuestra oposición a toda plástica es definitiva. Entendemos que solamente debe corregirse la estenosis consecutiva mediante una simple meatotomía o la brida a través de su extirpación y nada más. La única excepción está dada por la insistencia de un enfermo adulto, o familiares, en la solución de la deformidad, circunstancia en la que siempre dejamos a salvo nuestra responsabilidad. Solamente así operamos esos enfermos.

Enfrentados sorpresivamente con un hipospadias balánico o balano-prepucial, nuestro subconsciente responde de inmediato, siempre las mismas palabras, hechas carne en nuestro espíritu: "demasiado sacrificio para tan pocos resultados".

Dijimos en varias ocasiones que la cirugía plástica eminentemente conservadora, estética y fisiológica, exige amplios conocimientos anatómicos, funcionales y quirúrgicos del cirujano; debe por ello figurar en las postrimerías de su actuación profesional cimentada en su gran experiencia y manualidad, como una expresión de superación y no de limitación técnica.

El especialista novel, con escasos conocimientos de la anatomía regional (relaciones y calidad de los tejidos); de la fisiología del pene y la uretra (micción, erección, uso adecuado de los catéteres, medicamentos, suturas, etc., etc.) de la cirugía precisa en el tamaño, forma, trazo y disección de los colgajos se expone a frecuentes fracasos.

El cirujano, en cualquier situación debe planear cuidadosamente la técnica operatoria, sin peligrosas improvisaciones y conocer y disponer de antemano de todo el delicado instrumental y elementos de sutura que requiere esta operación. Si alguno de estos elementos falla debe postergarse la operación sin ninguna dilación. Debemos recordar que cada fracaso operatorio, deja el tejido en peores condiciones y obliga por otra parte a recurrir a zonas cada vez más alejadas recurriendo a colgajos pediculados o a piel que no ofrece las condiciones ideales de las inmediatas (pene o escroto).

Es por ello que después de la 8ª operación practicada a este sufrido paciente, y 1ª realizada en nuestro Servicio, recurrimos a los buenos oficios del Dr. Arespacochaga, con cuya colaboración, mancomunada la acción del urólogo y el cirujano plástico, llevamos a feliz término la corrección de un simple y minúsculo orificio de un hipospadias balano-prepucial cuya odisea quirúrgica, llamémosle así, comenzó un venturoso día de febrero de 1950 y

finalizó en marzo de 1957, 7 largos años de dura prueba en los cuales no se sabe si admirar más la paciencia, estoicismo y ciega confianza del *Paciente* (con mayúscula) en nuestra dudosa capacidad o nuestro ferviente deseo de solucionarle una deplorable complicación de la que nos sentíamos en parte responsables y muchas veces desorientados y desalentados.

En cuanto a la descripción de la historia clínica de este buen paciente, tiene después de las consideraciones referidas, una importancia relativa, por lo que seremos breves.

Comienza en febrero de 1950, cuando tenía 10 años de edad, a raíz de una operación practicada en otro hospital, destinada a corregirle un simple hipospadias del surco balano-prepucial que: "nunca le molestó", según refiere.

La primera intervención si bien le trasladó el meato a la cúspide del glande, le dejó como complicación una *fístula uretral* por detrás del primitivo orificio. En ese mismo hospital, le practicaron 6 operaciones más con el objeto de cerrarla con resultados francamente negativos: *la fístula aumentó de tamaño*, según referencias del enfermo.

En mayo de 1955, a los 14 años, ingresó a nuestro Servicio del Hospital Pedro Fiorito con una *fístula de la uretra medio-peneana del tamaño de una moneda de 5 centavos*.

Una cistostomía, una uretrotomía perineal derivativa y numerosos procedimientos plásticos como se verá en las fotografías adjuntas, jalonan las 9 intervenciones que le practicaron en nuestro Servicio.

Después de nuestro tercer fracaso operatorio, vale decir, después de la 10ª operación, como el tejido vecino a la fístula era muy escaso y escleroso, recurrimos al avivamiento de sus bordes y aproximación *enterrando* la cara ventral del pene en un colgajo del *pubis bipediculado*, como se verá en las fotos adjuntas que al seccionarlo cubrió perfectamente la lesión.

Sin embargo, pocos días después, reapareció la fístula aunque de menor tamaño, y cuando ya estábamos a punto de claudicar porque las potentes y repetidas erecciones arrasaban colgajos y puntos la pertinaz fístula, como una cabeza de fósforo, cerró por fin con el simple procedimiento de disecar y afrontar en forma invertida amplias superficies laterales.

Debemos agregar que durante el largo tiempo de su derivación hipogástrica y perineal tuvo varias *crisis de pielonefritis ascendente-bilateral* por obstrucción de las sondas y por perturbación del dinamismo vésico-ureteral que comprometieron seriamente el estado general.

Las numerosas urografías y uretrografías adjuntas, muestran con lujo de detalle, la evolución seguida por este proceso.

Las últimas uretrografías señalan el buen resultado obtenido y la presencia de un uretrocele adquirido, de discreto tamaño, a nivel de la uretrotomía perineal, que como ya dijimos necesitó ser intervenida para lograr su oclusión.

Aprovechamos esta ocasión para referir algunos detalles técnicos que consideramos importantes, para lograr el éxito de la operación.

a) No dejarse seducir por lo fácil que se desliza y "da" la piel del pene, pues aunque parezca viable la sutura, con frecuencia está a más tensión de lo que suponemos o de lo que puede soportar y la dehiscencia de la misma se produce alrededor de la tercera semana, aproximadamente. Quizá en este

aspecto el artificio protésico que se vale Mutard, de Oxford, sea realmente útil. No tenemos experiencia al respecto.

b) Hacer las plásticas con la mayor prolijidad posible en lo que a instrumental, sutura, hemostasia y asepsia se refiere. Utilizar de preferencia nylon multifilamento en la piel, lo que permite retirar los puntos más tarde sin fenómenos locales de inflamación. No superponer suturas.

c) La uretrotomía perineal la consideramos superior a la suprapúbica, es mejor tolerada por lo general, a través del prolongado tiempo que requieren estas plásticas; el cierre posterior es también mejor y más estético en la uretrotomía; *sin embargo, nuestro enfermo quedó con una fístula a ese nivel, que nos obligó a intervenirla.*

d) No descuidar el peligro de la erección con sedantes reiterados y estrogeneroterapia en cantidad. Pensamos que en los casos extremos de repetidos fracasos operatorios, debe recurrirse al sueño prolongado, con el objeto de evitar la erección.

e) La utilización del *apósito de plástico pulverizado* para la curación inmediata, permite una mayor impermeabilización de la zona y un perfecto cierre quirúrgico, que debe recambiarse cada 3 días.

f) La posición hacia arriba del pene, que consideramos más fisiológica, facilita la permanencia de una cánula de polietileno y sobre todo, permite colocar más cómodamente el apósito inmóvil que debe usarse en el post-operatorio.

g) No se debe olvidar el tratamiento médico conjunto, estimulante de la cicatrización (ácido ascórbico, tiroides, etc.) y el profiláctico de la infección (antibióticos, etc.).

CONCLUSIONES

1º) El hipospadias balánico o balano-prepucial representa una anomalía insignificante desde el punto de vista morfológico, estético y fisiológico (micción y coito).

2º) Si se acompaña de una estenosis del meato uretral, se practicaría su incisión únicamente.

3º) La corrección de esta anomalía debe desaconsejarse en forma casi sistemática de acuerdo a nuestra modesta experiencia: I) por los frecuentes fracasos operatorios; II) por la necesidad de realizar previamente una derivación vesical o uretral excesiva para tan ínfima deformidad; III) por los riesgos operatorios (meato más posterior; fístula consecutiva, pielonefritis, etcétera).

4º) La erección prácticamente imposible de combatir es un elemento que atenta tenazmente contra el éxito operatorio por lo que debería aconsejarse la intervención en condiciones excepcionales, durante la época prepuberal.

5º) En caso de intervenir, el urólogo señalará los inconvenientes con el objeto de dejar a salvo su prestigio.

6º) Resuelta la operación estimamos que el éxito estará asegurado, cuando exista una amplia y decidida colaboración entre el urólogo y el cirujano plástico.

DISCUSIÓN

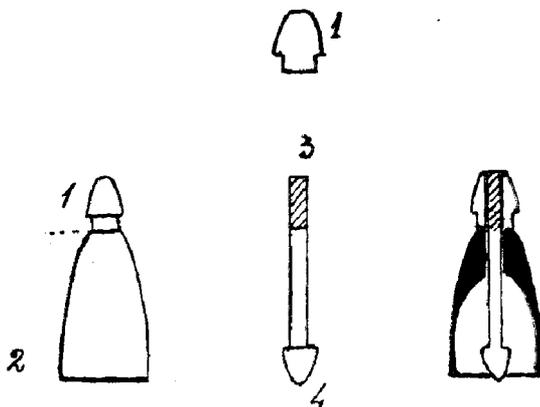
Dr. Schiappapietra. — Quisiera saber si hicieron la depilación previa de la piel suprapúbica.

Dr. Bernardi. — No la hicimos porque consideramos que no existía ninguna razón. El pene se enterró por debajo de la piel. Quedó un colgajo muy sólido, pero tuvimos la mala suerte de que se desprendió en su porción inferior.

UN APARATO PARA LA INTRODUCCION DE SONDAS O DRENAJES POR VIA RETROGRADA

Por el Dr. LEONIDAS REBAUDI

La introducción de sondas o tubos de drenaje por vía retrógrada tiene muchas veces sus dificultades, estos inconvenientes se refieren especialmente a la fijación de los tubos de drenaje unos con otros, los que se realizan generalmente por medio de suturas con el material quirúrgico a manos del cirujano, el otro inconveniente se encontrará al pasar los tubos por zonas más estrechas donde se notarán resistencias más o menos acusadas que pueden en cierto caso, hacer saltar la unión de los dos tubos, en otros lastimar el borde,



como sucede en la prostatectomías con el borde de la uretra en la región del verum montanum.

Para facilitar la tarea de este pasaje es que he ideado este pequeño aparato con el cual pretendo salvar todas las dificultades. Se trata de un pequeño proyectil de forma cónica, con vértice truncado de 2 mm. de diámetro superior, 10 mm. de diámetro inferior y 23 mm. de altura. A una distancia de 4 mm. del vértice, tiene una garganta cilíndrica, de $2\frac{1}{2}$ mm. de diámetro. Continuando el aparato hacia abajo, donde aumenta paulatinamente su diámetro desde los $2\frac{1}{2}$ mm. hasta llegar a 10 mm. en su parte inferior o base.

El vértice, hasta llegar al término de la garganta constituye una pieza aislada, la que reconoceremos por pieza N° 1 en la figura. En esta pieza enrosca el tallo N° 3, de 1 mm. 8 décimas (1,8) de diámetro y 14 mm. de largo. Este tallo termina en una oliva (4).

La parte inferior del proyectil está constituida por la pieza N° 2, la cual es hueca, dejando pasar por su interior al tallo N° 3.

Existen dos piezas más N° 2, una de 8 mm. de base y otra de 6 mm. de base para cambiarla en caso necesario.

Modo de usar el aparato: Se desarma el aparato, desenroscando la pieza N° 1. Se separa el tallo N° 3, se introduce la oliva 4 en el pabellón de la sonda, se anuda el pabellón por debajo de la oliva con un hilo de sutura, se introduce el tallo en el pabellón de la pieza 2 y se enrosca en el extremo de la 3, la pieza N° 1. Se introduce entonces otra sonda en la pieza 1 de tal manera de pasar la garganta y se anuda la sonda por medio de un hilo en la antedicha ranura y queda ya armado el todo para pasarlo por vía retrógrada.

Ventajas: 1°) No es necesario perforar la sonda de tal manera que no queden éstas inutilizadas.

2°) No existen resaltos en el pasaje porque el aparato protege al organismo al ocultar la sonda más gruesa.

3°) La maniobra de armar el aparato es fácil y no demanda mucho tiempo.

4°) Se puede cambiar la pieza N° 2 por otras más pequeñas.
