

EL CONCEPTO DE SABADINI EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTRECHEZ TRAUMÁTICA E INFLAMATORIA DE LA URETRA

Relato de 4 casos

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y S. WAIMBERG

La vasta experiencia de Sabadini, urólogo del Norte de Africa (Argelia), en el tratamiento de las lesiones traumáticas e inflamatorias de la uretra, adquirida durante su profesión y ampliada en la última guerra con más de 150 casos tratados personalmente, de acuerdo con su interesante libro titulado: "Chirurgie de l'Urètre", y sus numerosos trabajos sobre el tema, la hemos aprovechado en 4 casos asistidos en nuestro Servicio del Hospital Pedro Fiorito y cuyos resultados presentaremos en forma sintética.

El concepto de Sabadini en este tópico, original en algunos aspectos, puede resumirse así:

1º) Estudio uretrográfico completo, *inmediato* de toda lesión uretral, traumática o inflamatoria, incluyendo en esta última al flegmón difuso peri-uretral.

2º) A continuación *cistostomía derivativa* con sonda de Pezzer adecuada.

3º) Tratamiento quirúrgico *inmediato* de las lesiones traumáticas o inflamatorias (abscesos, flegmón o fístulas) con amplia perinectomía y uretrectomía.

4º) Solución *inmediata* y lo más completa posible de la conducción o de lo que llamaríamos con más propiedad el problema uretral: extirpación de fístulas, incisión a cielo abierto de las estrecheces, resección de trozos de uretra con reparación completa y sobre todo secundaria a través de un largo tubo de goma de 30 a 60 centímetros fenestrado, calibre 18 a 22 Charriere (6 a 8 milímetros de diámetro), que penetra por la uretra y sale por la *cistostomía realizada previamente*. Este tubo de confección original, aunque práctico y barato y que nosotros llamamos "tubo de Sabadini", debe quedar en la uretra *no menos de 30 días*.

5º) Según el autor y de acuerdo con su gran experiencia, los resultados obtenidos con este procedimiento han sido altamente satisfactorios: a) por la rareza en la recidiva de las estenosis uretrales; b) por la ausencia de fístulas secundarias; c) por la perfecta continencia esfinteriana.

Entusiasmados por estos resultados quisimos realizar nuestra propia experiencia, como corresponde a todo juicio que pretende ser serio, coincidiendo en gran parte con el autor.

De los 4 casos tratados corresponden 2 a rupturas traumáticas de la uretra membranosa con fractura del cinturón pelviano (Historia N° 1964 y 2045) y 2 a periuretritis aguda una y crónica la otra, con fístulas múltiples (Historias N° 1657 y 1794).

Los resultados han sido en casi todos los enfermos satisfactorios como lo demuestran las uretografías adjuntas, por la ausencia total de fístulas y trastornos urinarios, salvo la discreta tendencia a la estrechez observada en el último de los enfermos que presentaba una ruptura traumática de la uretra membranosa con "decalage" de los cabos y fractura de las ramas íleo e isquio-púbicas, que nos obligó a dilatarlo en forma espaciada y moderada por mantener un calibre que oscila en el N° 35 de Beniqué.

Lamentamos manifestar que por carecer nuestro Servicio de un aparato de Rayos X, no hayamos podido realizar las uretografías en plena fluxión inflamatoria como lo aconseja el autor, aunque las obtenidas en las estrecheces crónicas con reacción periuretral, durante el pre y postoperatorio, nos han permitido observar la lesión y los resultados obtenidos en tiempos que oscilan entre 3 años y 2½ meses, para el primero y el último de los enfermos tratados con este criterio. Consideramos que gran parte del éxito obtenido con el tratamiento precoz y sistemático de estas lesiones, como lo aconseja el autor, se debe al uso de los antibióticos actuales que además de evitar la difusión bacteriana, permiten una rápida cicatrización de las heridas y aumentan la tolerancia tisular a los cuerpos extraños uretrales, sonda o tubo de Sabadini en estos casos.

DISCUSION

Dr. Leónidas Rebaudi. — Quisiera saber si en el segundo caso, el doctor Bernardi trató el proceso prostático que se aprecia en la radiografía

Dr. Armando Trabucco. — Nosotros hemos presentado en el Congreso Panamericano de Cirugía, realizado en 1950, en Lima, unos 10 casos de rupturas de uretra tratados en forma similar. Puntualizábamos que la exploración uretral debe ser hecha totalmente, es decir, previa cistostomía debe tomarse la radiografía del cuello de la vejiga hasta el sitio de la estenosis y del meato uretral hasta el lugar de la incisión. La intervención debe hacerse en aquellos casos en que realmente ningún tratamiento médico ha dado resultado o en donde la separación de la uretra es muy grande, no pudiendo preverse ninguna reconstitución. Debe tenerse la seguridad acerca de la ubicación de los cabos distal y proximal. Esa puede conseguirse solamente mediante la radiografía retrógrada, que puede hacerse como la realiza Sabadini o bien, con un benique colocado por la parte posterior.

No utilizamos tubos de goma, pues nos parece un cuerpo altamente granulomatoso en la uretra, dificultando la cicatrización.

Nos inclinamos más al uso de tubo de molibdeno, que no produce reacción. No utilizamos un tubo muy largo porque no lo consideramos necesario para mantener el eje de la estructura corregida; atamos un hilo en forma de circuito cerrado, vale decir, en el momento en que uno quiere cambiar el tubo por otro más grande, con atarlo en la punta del hilo que está en un extremo, se hace correr en la uretra y se deposita en la vejiga, sin necesidad de sacar el tubo de la herida hipogástrica. De ese modo, estando así durante 30 días, el enfermo se hace más continente, pues su talla hipogástrica no se moja y permanece con una herida completamente limpia.

Además, hay que preparar a estos sujetos para que eviten la infección lo que se logra con el uso de antibióticos. Deben evitarse asimismo los fenómenos de erección y de excitación que interfieren en la cicatrización del proceso y provocan la formación de hematomas. Usamos dosis considerables de estrógenos para dominar la secreción testicular y el desagradable proceso erectógeno que siempre tienen estos pacientes con una sonda colocada en la uretra.

Con respecto al postoperatorio, si bien Sabadini afirma no observar inconvenientes después de la intervención, creo que todos estos enfermos no deben ser abandonados y sí tratados sistemáticamente durante 6 a 7 meses o un año con dilataciones constantes que el mismo enfermo puede aprender a hacer por sí mismo.

En aquellas estrecheces crónicas, a pesar de que se extraiga todo el tejido esclerógeno y se efectúe una plástica correcta de uretra y se utilicen antibióticos, hay tendencia a que se produzca

esclerosis en el sitio de la cicatriz. Consideramos, pues, que no debe ser abandonado el enfermo sino que debe ser tratado después de sacársele el tubo. Recién entonces, se podrá dar de alta definitivamente, pero hasta entonces, es prudente tenerlo en constante vigilancia médica.

Dr. José Gorodner. — A propósito del último de los puntos tocados por el Dr. Trabucco recuerdo 2 enfermos a los cuales les hice una resección de uretra; eran antiguos blenorragicos, con periuretritis crónica fibrosa. Una vez resecados y realizada la anastomosis de extremo a extremo, para combatir la tendencia a la estenosis, esos enfermos abandonaron el servicio sabiendo colocarse ellos mismos unas bujías 18 con la que continuaron durante varios años.

Dr. Juan Irazú. — Nosotros hemos presentado en esta Sociedad varios casos de ruptura de uretra y hemos obtenido los éxitos que menciona el Dr. Bernardi, es decir, han sido satisfactorios.

Me parece un tanto exagerado que se llame al procedimiento a que hizo mención el Dr. Bernardi intervención de Sabadini, ya que conocíamos este método como tratamiento de uretrorrafia sobre sonda. Actualmente, se efectúa como lo dice el Dr. Trabucco sobre la sonda de molibdeno.

Es interesante que refiera un caso tratado por nosotros; era una estrechez crónica de uretra, acompañada de otras complicaciones, tales como cálculo gigante de la vejiga y una estrechez infranqueable de la uretra. Gracias al procedimiento a que hizo mención el Dr. Trabucco, la radiografía retrógrada, pudimos comprobar la existencia de una estenosis del cuello de la vejiga. El enfermo anduvo bien y tendimos oportunidad de presentarlo en una de las próximas sesiones.

Queremos resaltar el concepto emitido en el sentido de que estas uretras deben vigilarse. No podemos decir que ese enfermo tenga una uretra completamente amplia. Pasa una sonda 18 y con ese calibre creemos que lo podremos mantener haciéndole dilataciones periódicas.

Dr. Luis Pagliere. — El problema, a mi juicio, debe ser considerado desde tres puntos de vista. Cuando se trata de lesiones crónicas fistulizadas su tratamiento es de carácter clásico, o sea, el restablecimiento del conducto uretral que se puede conseguir previa talla. Ese es un concepto adquirido hace tiempo.

En cuanto a las lesiones traumáticas, debe considerárselas en el período inmediato para restablecerse la continuidad uretral, tratando de evitar que se haga una cicatriz que determine las estrecheces consecutivas.

Si se trata de lesiones adquiridas y es una estenosis provocada por un traumatismo uretral, siempre que la zona de la estenosis sea corta, conviene hacer la resección y la sutura terminal cabo a cabo de la uretra.

Dr. Ricardo Bernardi. — He de contestar en general. He dicho que se trata de un concepto relativamente original. Todos los que tenemos experiencia en materia de cirugía de la uretra y los que actuamos en hospitales como el Fiorito en donde son tan frecuentes las lesiones de la uretra, conocemos bien estos conceptos. Y digo "relativamente original", porque ya Guyón y Marión colocaban sondas en permanencia.

Me he querido referir a la ventaja del tubo Sabadini porque es cómodo de colocar y no se sale como las sondas bequille o nélaton, que colocábamos hasta hace pocos años.

Solamente queríamos relatar la experiencia de 150 casos tratados por Sabadini. Me ha impresionado muy bien su libro sobre "Chirurgie de l'uretère" que está documentado con espléndidas uretrografías. Lamentablemente nosotros no tenemos aparatos de rayos como para poder documentar el grado de la lesión y evolución.

Algo original de Sabadini es que, con su gran experiencia, interviene en los casos agudos, aún en los flemones de la uretra, reparándola. El problema uretral no lo deja para más adelante, sino que trata de solucionarlo. Si es que no puede unir la uretra cabo a cabo, que es lo ideal, por lo menos, trata de colocar ese tubo sin temor. Ha dado un paso más hacia adelante frente a un problema que siempre nos frena un poco cuando existe un proceso inflamatorio de la uretra.

Sabido es que las estenosis secundarias a procesos inflamatorios de la uretra, de origen blenorragico, se acompañan de estrecheces y de infiltración del tejido vecino. A esos enfermos hay que cuidarlos. Nos llama la atención haber podido intervenirlos rápidamente, sin esperar tanto tiempo como antes y en segundo lugar, el resultado obtenido, salvo el último paciente, ha sido satisfactorio. En ese enfermo después de haber logrado pasar un benique de calibre 50, ésta se redujo a un calibre 35.

Esto está de acuerdo con los conceptos de Chauvin, enunciado últimamente en la Sociedad Francesa de Urología, donde dijo que no se puede aceptar en un cien por ciento en lo que se refiere al calibre de la uretra. Prevalece el antiguo concepto de que debe cuidarse la estrechez uretral. Lo que se pretende imponer en esta exposición es que se puede hacer el diagnóstico precoz e intervenciones más rápidas en lugar de esperar 4 ó 5 meses hasta que la fluxión de la uretra desaparezca, vale decir, siguiendo un criterio similar. Se va directamente al proceso y se lo trata. En consecuencia, salen beneficiados el enfermo y el médico.