

MI EXPERIENCIA SOBRE LAS ESTRECHECES DE URETRA

Por el Prof. Dr. ATHAYDE PEREIRA

Docente de Clínica Urológica en la Facultad de Medicina de San Pablo

Relator: Dr. GUILLERMO IACAPRARO

Comienza el autor definiendo la estrechez de uretra, a la que considera una disminución de su calibre por transformación fibrosa de su pared y la considera un padecimiento progresivo, cuya lesión es irreparable, reforzando su afirmación con las opiniones de Keyes, Eisendrath y Rolnick y Wildbolz, así como también hace notar su seria repercusión sobre todo el sistema urogenital. Repite sus conclusiones de 1940 cuando decía: "Tratar sólo la estrechez uretral no redundará en beneficio alguno para el enfermo. Hay que investigar todas las secuelas de la lesión uretral: anexitis, diverticulosis prostáticas, disturbios dinámicos de la vejiga y del aparato excretor del riñón y también tratar los procesos inflamatorios del riñón que puedan coexistir, para que éstas no se agraven y la estrechez no recidive". Considera que las E. U. no son actualmente de aparición frecuente en la clínica privada luego de los descubrimientos de las sulfas y los antibióticos, que proscibieron en la blenorragia los tratamientos locales irritantes o traumáticos, condicionantes etiológicos de la mayor parte de las estrecheces uretrales. Lo mismo en lo relativo a las lesiones tuberculosas, que con el uso de la estreptomina, las sulfonas, el ácido P. A. S. y el aceite de chaulmoogra, no llegan a dar los fungus proliferantes avanzados de localización uretral que acostumbraban a obliterarla totalmente.

Dice así tener registrados desde 1926 a 1951, solamente 65 casos de variados tipos de E. U.

Hace una clasificación descriptiva de E. U.: congénitas y adquiridas. Congénitas: a) vestigios fetales que desaparecen después del nacimiento; b) vestigios fetales persistentes después del nacimiento: válvulas y estenosis infantiles que se agravan en el adolescente (aunque Schneider no las considera en propiedad entre las E. U.).

Adquiridas: a) espásticas, de origen nervioso: transitorias o periféricas; y duraderas o centrales; b) traumáticas; c) inflamatorias: 1) blenorragicas, 2) por uretritis no blenorragicas, 3) granulomatosas: tuberculosas y luéticas; d) Neoplásicas.

En su estadística según edades, halla el autor en sus 65 casos, un predominio de la tercera y cuarta décadas, distribuidos así:

0-10 años	1
11-20 „	1
21-30 „	7
31-40 „	20
41-50 „	16
51-60 „	8
61-70 „	10
71-80 „	2
Total	<hr/> 65

Dichas cifras coinciden con las de Donald Beard y W. Coodyear, de 1948, con 211 casos.

En cuanto a la etiología, los casos se distribuyen así:

Congénitas: 3 casos. Dos meáticas (atresia) y una válvula uretral, sin trastornos funcionales de vejiga, vías excretoras ni riñones.

Traumáticas: 4 casos todos ellos de la porción membranosa y de causa externa.

Inflamatorias: 50 casos de E.U. blenorragica; 55 casos de E.U. no blenorragica y 2 casos de E.U. tuberculosa, con lesiones urinarias y genitales muy adelantadas.

Necplásicas: un solo caso por carcinoma de glánde con invasión uretral.

Según la extensión de las E.U., los casos se reparten: Únicas, 43; múltiples, 12; extensas, 10.

De acuerdo a su permeabilidad: Permeables, 51; impermeables, 13; estenosadas, 1.

Dada la localización topográfica, halla en los 65 casos: bulbares, 43; bulbopenianas, 6; peneanas, 8; bulbomembranosas, 5; membranosas, 2; prostáticas, 1.

Los tipos constitucionales de los portadores fueron, en los 65 casos: Asténicos, 42; pícnicos, 15; hipoplásicos, 3 y displásicos, 5.

A continuación hace el autor una descripción anatomopatológica de cada uno de los tipos mencionados de E.U., según su etiología.

Prosigue con la evolución de las E.U., que no sólo causan modificaciones locales, sino también síntomas clínicos y complicaciones en órganos vecinos y distantes que los identifica en la investigación clínica, perturbando el tratamiento y agravando el pronóstico. Los casos tratados presentaban las siguientes complicaciones:

Periuretritis, 1; Absceso prostático, 2; Absceso isquiorrectal, 1; Absceso perineal, 4; Extravasación e infiltración urinosa, 2; Infección urinaria, 16; Pielonefritis recurrente, 6; Orquiepididimitis aguda, 1.

Clínicamente se observaron los siguientes síntomas:

Secreción seropurulenta, 20; Secreción serosanguínea, 2; Secreción purulenta, 5; Fiebre (infectados urinarios o espermáticos), 18; Chorro fino, 41; Chorro bifido, 3; Micción gota a gota, 33; Dificultad miccional, 15; Retención aguda, 14; Retención crónica, 8; Imposibilidad miccional, 4.

Se hallaron los siguientes gérmenes:

En la secreción uretral: Coli-cocos, 26; Coli-corinebacterios, 5; Coli-cocos-corinebacterios, 3; Cocos-corinebacterios, 6; Mycobacterium tuberculosis, 2; Gono-estafilo-corinebacterios, 3; Estafilo-enterococos, 5; Corinebacterios, 1; Gono-estafilococos, 1; Coli, 1.

En la orina: Coli-cocos, 6; Coli-corinebacterios, 2; Coli-corinebacterios-cocos, 1; Cocos-corinebacterios, 2; Mycobacterium tuberculosis, 2; Gono-cocos-corinebacterios, 1; Entero-estafilococos, 1; Coli, 1.

El diagnóstico se hace clásicamente: anamnesis, examen objetivo, instrumental, radiológico. Considera el autor que la uretrografía es el examen más valioso del estrecho; pero se debe completar con la cistografía que da las alteraciones posibles de la dinámica vesical y el urograma excretor que da el índice del estado funcional y anatómico del riñón. La uretroscopia es un examen superfluo y raramente usado.

Dicho diagnóstico se hizo en los casos presentados, por: Inspección, 2 casos; Exploración (olivares y filiformes con anestesia), 62 casos; Uretroscopia, 2 casos; Uretrocistografía, 63 casos. Se registraron las siguientes complicaciones inmediatas al examen: Intolerancia al anestésico (percaína y novocaína), 2 casos; Hemorragia intensa a la exploración, 8 casos; Extravasado del medio de contraste a cuerpo, esponjoso y hemorragia a la uretrografía, 1 caso.

El pronóstico depende de la causa, de la etapa evolutiva, en que se inicia el tratamiento y de las complicaciones que acompañan la E. U.

También el tratamiento de las E. U. depende de su naturaleza, de la etapa evolutiva en que fué solicitado el mismo y de las complicaciones que las acompañan. De modo general consiste, respecto de la estrechez en sí, en la dilatación progresiva continua para las estrecheces inflamatorias permeables y dilatables y en la resección perineal para los estrechados callosos e impermeables, que no raramente se acompañan de fístulas antiguas o recientes y otras complicaciones. Es digno de nota que en el clima en que trabaja el autor, las bujías elásticas pierden rápidamente la consistencia y se inutilizan: por eso prefiere el autor los dilatadores metálicos tipo Le Fort, con conductores filiformes, cuyos tallos se aumentan progresivamente (desde calibre 6 hasta calibre 14 Charriere). Obtenido este último se inicia la dilatación a Beniqué, no pasando en los estrechos del calibre 47. Se relega al desuso por anacrónica la uretrotomía interna de Maisonneuve y su versión modernizada con el electrouretrótomo de Robertson (1937). En caso de estrechez callosa impermeable, la resección perineal y anastomosis cabo a cabo es de elección, previa cistostomía. En los casos de urgencia, traumatismos, obstrucción aguda, absceso perineal, extravasación e infiltración urinosa, secuelas de estrechez o por discontinuidad de la luz uretral, con o sin retención aguda, la cistostomía inmediata debe preceder a las medidas de refección del tránsito uretral, con o sin retención aguda, la cistostomía inmediata debe preceder a las medidas de refección del tránsito uretral, con las variantes que el criterio clínico impone.

Los casos del autor fueron tratados por los siguientes métodos:

Punción vesical, 1; Dilatación progresiva, 47; Electrocoagulación de la estrechez, 1; Cistostomía de urgencia y dilatación progresiva de la estrechez, 2; Cistostomía de urgencia y apertura de absceso, 4; Cistostomía y resección perineal, 9; Cistostomía y cateterismo retrógrado, 1.

Accidentes en el curso de las dilataciones: Hemorragia, 2; Edema de pene, 1; Crisis de pielonefritis aguda, 4; Cavernitis, 2.

Los casos observados, portadores de anexitis (infección espermática) fueron sometidos a los siguientes tratamientos:

Diatermia y masaje próstatovesicular, 2; Lavajes transdeferenciales de vesículas, 11; Radioterapia próstatovesicular, 5; Vesiculectomía bilateral, 1; Tratamiento con antibióticos, 6.

Fueron tratados con antibióticos y antisépticos, los portadores de infección urinaria, 16 casos.

Resultados de los tratamientos de los 65 casos, de los cuales 53 eran estrecheces de evolución primaria y 12 recuentes:

	<i>Sin result.</i>	<i>Con result.</i>
Cistostomía, dilatación, lavajes vesiculares	1	4
Dilatación progresiva y lavajes vesiculares	4	14
Dilatación progresiva y onda corta	1	—
Dilatación progresiva únicamente	9	16
Cistostomía y dilatación progresiva	1 con recidiva	
Resección	—	9
Resección y lavajes vesiculares	—	1
Electrocoagulación y dilatación	1	—
No operados	4	—

En uno de los casos la dilatación progresiva no dió resultado: recidivó a los 2 años. Practicando el lavaje vesicular más la dilatación progresiva se curó sin más recidivas desde hace 5 años.

De las tres muertes registradas en la estadística, dos fueron debidas a complicaciones renales de la estrechez (nefritis, pielonefritis, terminadas por uremia), casos en que hubo desidia en el tratamiento por parte de los propios enfermos.

Para terminar, insiste el autor en que en los estrechos en estado evolutivo adelantado deben ser sometidos a examen radiológico completo (urografía y uretrocistografía) para verificar el compromiso de las vías excretoras y del riñón, el estado de la dinamia vesical además de la topografía de la estrechez, extensión, multiplicidad, abscesos, fístulas, etc., para una terapéutica acertada. Las estrecheces inflamatorias, que son secuencia de la infección anexial, obligan a comprobar ésta y a tratarla con antibióticos (cloromicetina, aureomicina, terramicina y estreptomycin) a los cuales se agregará, cuando sea necesario, el lavaje de las vesículas seminales y la radioterapia próstatovesicular. En las estrecheces no inflamatorias, el estado anexial debe ser verificado, pues el estancamiento retroestructural condiciona la infección que debe ser tratada para evitar la recidiva. La verificación del estado epididimario no debe descuidarse. Las epididimitis crónicas (infección focal), reinfectan las vesículas tratadas y repiten el cuadro de las prostatovesiculitis a recidivas. Los estrechos por tuberculosis no deben escapar a esta verificación. La infección urinaria debe por otra parte ser combatida con perseverancia puesto que el infectado urinario acaba por infectar o reinfectar las vías espermáticas. Las sulfas y derivados y los antibióticos de uso corriente, prestan inestimable ayuda en este propósito.

Sigue una nutrida bibliografía de 24 fichas.