

PLASTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL HIPOSPADIAS RECIDIVADO

Por los Dres. FORTUNATO BENAİM, JUAN IRAZU
y RICARDO A. SANCHEZ

CONSIDERACIONES GENERALES

El tratamiento del hipospadias, cualquiera sea su variedad requiere una reparación que se realiza mejor con la colaboración del urólogo y el plástico. Estas ventajas ya han sido expuestas por uno de nosotros (1).

Los fracasos del tratamiento se deben ya a defectos técnicos o a la contaminación de las heridas por la orina lo que obliga a modificar los procedimientos quirúrgicos para reparar la recidiva.

El error técnico suele observarse cuando al afectar la sección de los tejidos para construir la nueva uretra, no se tiene en cuenta el ancho útil del colgajo y por la retracción lógica, la neouretra resulta de calibre insuficiente. Otras veces, la necrosis por mala nutrición de los tejidos, la supuración por infección, o la formación de hematomas por mala hemostasia, son causas del fracaso. La contaminación por la orina ocurre por la obstrucción del catéter o por el cierre precoz de la uretrotomía al salir la sonda de su posición. Para obviar este inconveniente es aconsejable realizar la unión de la mucosa uretral a la piel del periné dejando así una uretrotomía sin sonda que se mantiene el tiempo necesario mientras se realiza la reparación.

Los dos casos que presentamos en esta comunicación previa fueron derivados con uretrotomía perineal, y una catéter modelador fué colocado en la uretra. Se trataba de dos recidivas y ante las dificultades que ofrecía el tejido cicatrizal, poco extensible y fibroso, se optó por efectuar una plástica con colgajo abdominal plano monopediculado para cerrar la brecha peneana.

Si bien es cierto que habitualmente se pueden corregir los hipospadias peneanos con la piel del pene con los procedimientos de Cathelin, Thiersch, Duplay, etc. a veces no es posible un cierre perfecto de la superficie cruenta y debe recurrirse a otros procedimientos. Así han empleado piel del prepucio Van Hook; Donnet; Ombredanne; Davis; Wesbit; Puigvert y otros autores como Landerer, Rochet, Bidder efectúan la plástica con piel del escroto.

Uno de nosotros (2) ha presentado casos curados con estos procedimientos al III Congreso Americano de Urología.

Otros procedimientos más recientes como el de Browne, economiza tejidos de las envolturas del pene dejando que la neo-uretra se forme a expensas de un delgado trozo de piel sepultado en la extensión del canal uretral ausente.

Las plásticas con colgajos abdominales para corregir el hipospadias han sido citadas por Kirschner, que pasa el pene hipospádico, una vez reconstruida la uretra, por debajo de un puente cutáneo abdominal con doble pedículo. Padgett (3) menciona muy rápidamente los colgajos con piel del pubis sin explicar técnica alguna. Bernardi (4) también menciona las plásticas con colgajo abdominal sin hacer comentarios.

En nuestros dos casos, hemos empleado una operación en dos tiempos aplicando un colgajo abdominal plano monopediculado que cubría ampliamente la zona cruenta y al mismo tiempo anclaba el pene en correcta posición. La técnica empleada fué la siguiente:

I) *Anestesia*: Hemos empleado la raquídea y la general. En pacientes tranquilos y con buena preparación preoperatoria, la raquídea permite reaizarse cómodamente toda la operación. Cuando las condiciones del enfermo lo requieren (excitables, pusilánimes, nerviosos) debe apelarse a la anestesia general. El pentothal endovenoso tiene su formal indicación.

II) *Técnica Operatoria* 1. *Tiempo*: a) *Talla perineal*. Se practica la talla perineal en la manera habitual, dejando sonda de Foley o suturando la mucosa uretral a la piel sin dejar catéter.

b) *Reconstrucción de la uretra*: La reconstrucción de la uretra se realiza sobre sonda, con la piel de la cara ventral del pene, de acuerdo a las técnicas clásicas. (Fig. 1:A,B,C.), pero tallando el colgajo cutáneo, suficientemente ancho como para conseguir un cierre sin tracción. Sutura a puntos separados con nudo hacia la luz uretral (puntos invertidos) con nylon multifilamento o con catgut crómico 000.

Hemostasia prolija de la superficie cruenta empleando puntos transfixionantes en X con aguja muy fina y catgut 0000.

c) *Tallado del colgajo abdominal*: Se lleva el pene hacia arriba y se lo aplica sobre el abdomen para calcular el tamaño del colgajo necesario para reparar la brecha cruenta. Se dibuja con verde brillante sobre la piel del abdomen el colgajo a emplear de modo que el pedículo quede a la altura del extremo del glande o mejor aun, unos centímetros por encima.

El pedículo debe ser suficientemente ancho para asegurar una buena nutrición. (Fig. 2.A.) Se levanta el colgajo y se cierra la zona dadora por deslizamiento, movilizándolo ampliamente los bordes para permitir el afrontamiento fácil. Se coloca un primer plano de puntos subdrémicos investidos con catgut 00 para aproximar los labios cutáneos y se completa el cierre con un segundo plano de puntos separados con nylon monofilamento 000.

d) *Aplicación del colgajo abdominal en la cara ventral del pene*: Se adelgaza convenientemente el colgajo, extirpado el sobrante de tejido celular y se lo aplica sobre la superficie cruenta en la cara ventral del pene por la reconstrucción de la uretra. Se sutura con puntos simples de nylon 0000 colocando algunos puntos en "U" para asegurar el afrontamiento.

En la base del pedículo se realiza un orificio de diámetro suficiente como para permitir el paso de la sonda Nélaton colocada en la uretra. (Fig. 2.B.) Ese detalle asegura la inmovilización del pene en la posición correcta.

Se protege la pequeña superficie cruenta de la base del colgajo con gasa vaselinada (Fig. 2.B.) y se coloca el apósito.

Post Operatorio: El riguroso cuidado post-operatorio es indispensable para mantener limpia la herida y asegura el buen funcionamiento de la uretrotomía.

Los puntos se retiran a los diez días. La sonda puede mantenerse en la uretra hasta los 15 o 20 días.

2º Tiempo: 4 semanas después, se procede a seccionar el pedículo. Se colocan algunos puntos en la herida abdominal para reaplicar el sobrante de piel. En el pene, se reconstruye el meato definitivo suturando el borde libre del colgajo a la extremidad anterior de la neouretra.

COMENTARIOS

Si consideramos los resultados satisfactorios obtenidos en casos similares con las técnicas conocidas, podemos decir que este proceder o esta nueva modalidad de operación del hipospadias recidivado nos proporciona las siguientes ventajas:

1) Permite disponer de mayor tela para la construcción de la neo-uretra consiguiendo así un buen calibre.

2) Es de fácil realización.

3) Deja anclado el órgano, en reposo, hacia arriba evitando la congestión y el edema y la erección.

4) Corrige la incurvación ventral.

5) El colgajo abdominal proporciona material suficiente para el cierre completo de la brecha ventral, sin posibilidad de tracciones que hagan fracasar las suturas.

Las desventajas a señalar serían: el mayor grosor que adquiere el pene en su porción anterior; la necesidad de un segundo tiempo para la sección del pedículo. El primer inconveniente puede transformarse en ventaja cuando se trata de miembros hipoplásticos, en cuanto al segundo, la operación complementaria es sumamente sencilla e inocua.

Quedaría por comentar el resultado funcional: en lo que a la micción se refiere, los casos operados orinan con toda facilidad por su neouretra y la expulsión de la orina se efectúa como en las personas normales. Nada podemos adelantar en cambio, en esta nota previa, sobre el orgasmo, ya que los operados son adolescentes.

CASO I. — R. L., 13 años. Ficha Nº 1368.

Antecedentes: Hipospadias peneano. Primera operación realizada en marzo de 1951 (técnica de Ombredanne) fracasó. Segunda operación en febrero de 1952 (técnica de Browne), mal resultado post operatorio con recidiva del hipospadias.

Estado actual: A su ingreso presenta el meato hipospádico ubicado en la parte media de la cara ventral del pene. Los tejidos de vecindad bien cicatrizados.

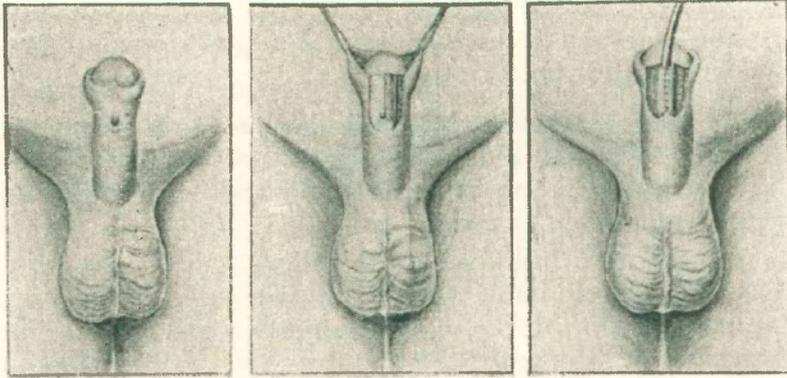


FIG. 1. — A) Hipospadias peneano recidivado. Esquema correspondiente al caso N° 1; B) Reconstrucción de la uretra. Tallado de los colgajos cutáneos en la cara ventral del pene; C) Uretra terminada, realizada sobre sonda. Queda una amplia brecha cruenta.

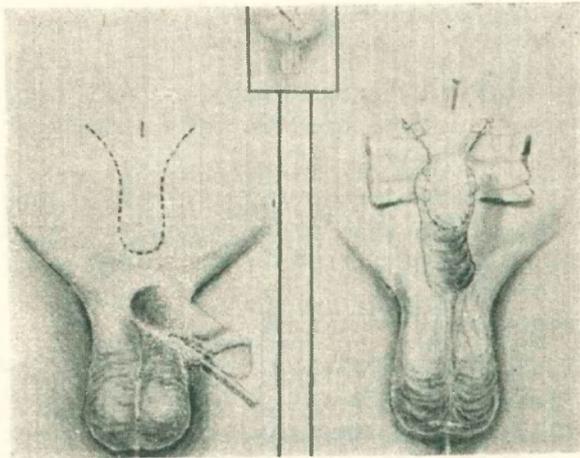


FIG. 2. — A) Dibujo del colgajo abdominal plano, monopeditulado. Base ancha. En recuadro, el colgajo levantado y la zona dadora cerrada por deslizamiento; B) Aplicación del colgajo sobre la superficie cruenta peneana. La sonda Nelaton sale por un orificio practicado en la base del colgajo.

Operación: 16-X-52. Anestesia raquídea. Se realiza el primer tiempo perineal, reconstrucción de uretra y colgajo abdominal según la técnica descrita (figs. 1 a 7). El 24-XI-52 se practica el segundo tiempo seccionando el pedículo y reconstruyendo el meato. Cierre de la uretrotomía perineal.

Evolución: Evolucionó sin complicaciones. El colgajo bien nutrido. El cateterismo demuestra buena permeabilidad de la uretra. Orina perfectamente por las vías naturales.

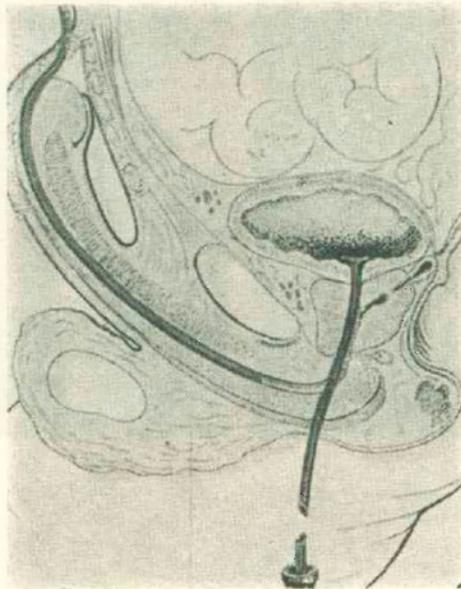


FIG. 3. — Corte sagital para mostrar la disposición de la sonda de la uretrotomía perineal y de la sonda Nelaton, colocada en la uretra. Obsérvese como la sonda atraviesa el colgajo abdominal por su base y mantiene el pene traccionado hacia arriba.

CASO Nº 2. — R. O. D., 13 años. Ficha Nº 1548.

Antecedentes: Hipospadias penéano. Operado por primera vez el 14-1-52 (se desconoce la técnica practicada). Recidivó.

Estado actual: A su ingreso presenta hipospadias medio penéano. Tejidos de vecindad cicatrizados. Cicatriz de talla vesical anterior.

Operación: Anestesia general, Pentothal. Talla perineal. Reconstrucción de uretra con piel del pene de acuerdo a la técnica descrita. En este paciente, el tallado del colgajo abdominal fué realizado con una variante, pues la presencia de la cicatriz mediana, secuela de su talla vesical, impidió la utilización de esa piel. Se practicó entonces un colgajo horizontal a pedículo derecho, cerrando la zona dadora en la forma habitual. El colgajo se rotó 90° aplicándolo sobre la cara cruenta del pene en la forma descrita. En el postoperatorio, debido a dificultades en el funcionamiento de la sonda de la uretrotomía perineal, se produjo filtración de orina por el pene, lo que determinó la dehiscencia de la sutura izquierda del colgajo que debió ser reparada.

Segundo tiempo: 22-V-53. Con anestesia general se secciona el pedículo. Colgajo bien nutrido. Se realiza sección del meato.

Post-operatorio: El control inmediato demuestra colgajo en buenas condiciones. Se mantiene aún la uretrotomía perineal. A los 7 días, la uretrotomía se cierra espontáneamente y el enfermo orina por su nueva uretra sin inconvenientes.



FIG. 4. — Caso N° 1: Hipospadias peneano recidivado. Meato situado en unión de tercio anterior con los dos tercios posteriores de la cara ventral del pene.

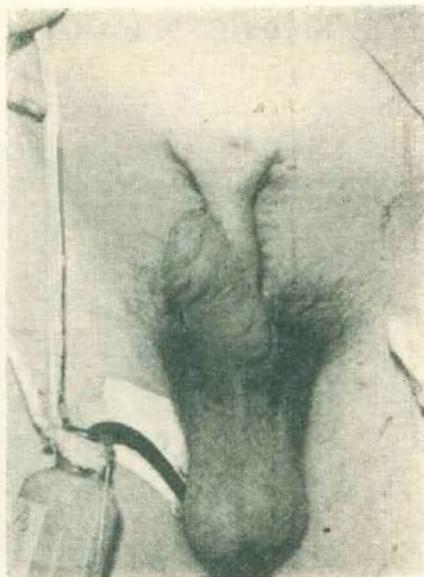


FIG. 5. — Colgajo abdominal monopediculado aplicado al pene.



FIG. 6. — Operación terminada. Resultado a los ... meses.

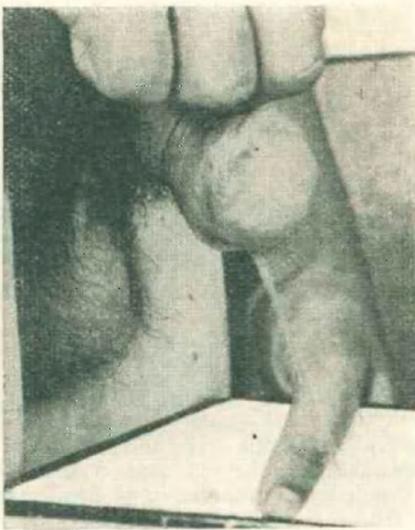


FIG. 7. — Resultado funcional. La emisión de orina se realiza por la meuretra en condiciones normales.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Iraza, J. y Niklison, J.* — "Hipospadias. Tratamiento. Colaboración del urólogo y el plástico". *El Día Médico*, 21:6, 1948.
- 2) *Iraza, J. y Niklison, J.* — "Hipospadias". *Anales del III Congreso Americano de Urología*. Río de Janeiro, sept. 1947.
- 3) *Padgett and Stephenson.* — "Plastic and Reconstructive Surgery". Ed. Thomas. 1st. Ed. 1948. 724.
- 4) *Bernardi, R.* — "Cirugía Plástica Urológica". *El Día Médico*, Suplemento N° 6, 1949.

REVISTA DE REVISTAS

Seminoma abdominal. *F. Sampaio y K. Schimitt.* «Boletim do Centro de Estudos (Hospital de Cirurgia)». Vol. I, Mayo-Junio 1953, N.º 3, Aracaju-Sergipe-Brasil.

El seminoma abdominal, es el tumor mas frecuente del testículo según los autores (36 a 47%). Describen la mayor incidencia de estos tumores en testículos ectópicos derechos y creen de interés relatar el primer caso observado por ellos por su gran tamaño y localización. Se trataba de un sujeto de 29 años, con dolor y tumor abdominal, defensa de la pared abdominal y ectopia del testículo derecho. Operado a los 5 años de la evolución de la enfermedad, se halló un voluminoso tumor con aspecto de testículo invadiendo el epididimo. Consideran que los dolores abdominales digestivos y lumbares; el estado infeccioso y su posición retro-peritoneal, hacían pensar en adenopatía neoplásica secundaria, o peritonitis enquistada; pero que habiendo ectopia testicular derecha, en situación inguinal, no pensaron en tumor testicular; estando indicada pues la laparotomía para salvar la dificultad diagnóstica. El seminoma fué diagnosticado por el examen anatómopatológico, y no se trataba de una metástasis. Debía pues pensarse que se trataba de un tercer testículo con localización intra-abdominal. La retirada posterior del testículo inguinal y su examen anatómopatológico aclararon el origen del seminoma.