

FISTULAS URETROPENIANAS: SU REPARACION POR PLASTICA DE VEST

Por los Dres. ALFONSO PUJOL y JOSE NOLAZCO

Aun cuando parezca que son ya muchos los procedimientos recomendados para la reparación de las fístulas uretropenianas, consideramos sin embargo, que casi todos son necesarios por cuanto cada uno de ellos responde, sea a diferentes necesidades de las fístulas o a predilecciones del cirujano urólogo: el



Figura 1



Figura 2

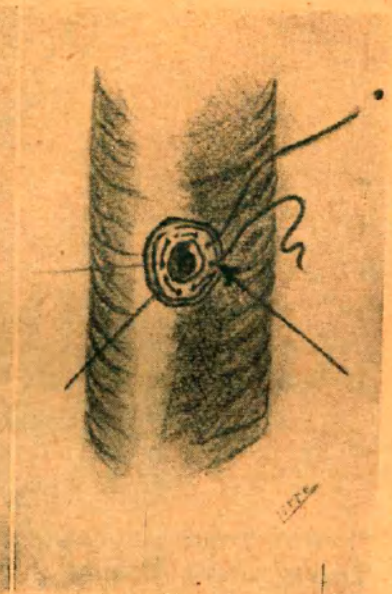


Figura 3

que en esta oportunidad presentamos, el de Vest reúne condiciones recomendables y sus resultados merecen ser comentados.

Vest, autor de la técnica, sostiene que las fístulas urinarias son difíciles de reparar a causa de las características del tejido interesado, que enumera de la manera siguiente: 1º Su tendencia a infectarse fácilmente; 2º Factor aún más importante, la delicadeza y el escaso espesor de los colgajos y 3º Su pobre irrigación o falta de vascularización.

Técnica: La incisión será circular o losángica rodeando el trayecto fistuloso e interesará piel, celular y parte del tejido cicatricial, tratando de respetar el tubo epitelial que conduce hasta la abertura interna de la uretra, con lo cual se extirpará toda la fistula, dejando tejido sano y un trayecto cruento tubular (figs. 1 y 2). Como segundo tiempo se efectuará una jareta a través del plano ventral del pene que comprenderá parte del cuerpo esponjoso con el refuerzo de su albugínea y la fascia penis o cubierta elástica del pene, con catgut crómico. (figs. 3 y 4). Dicha jareta tiene la finalidad al cerrarse de invertir los bordes uretrales hacia la luz de la misma uretra moderadamente. En un tercer tiempo es preciso realizar el cierre del resto de los planos con puntos de

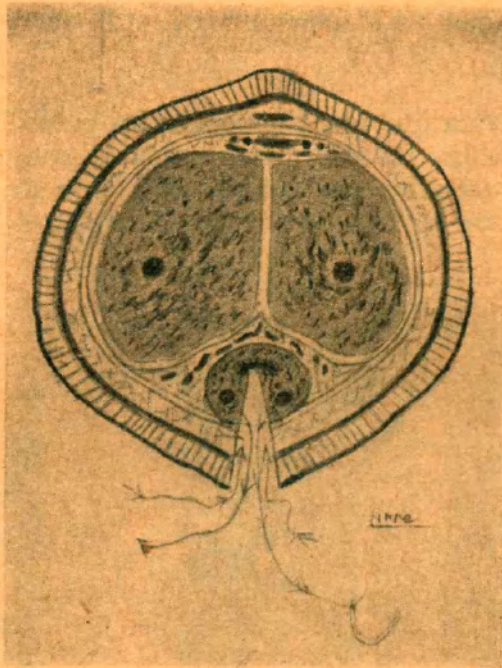


Figura 4

colchonero, sobre tutores laterales, dispuestos de tal manera que se produzca un desplazamiento lateral de los planos y no se correspondan los orificios del cierre interno en jareta con el externo sobre los tutores, de forma que el orificio interno esté cubierto así por tejido nuevo y bien irrigado (figs. 5, 6, 7 y 8). Para poder efectuar ese deslizamiento de planos es preciso liberarlos prudentemente a fin de conservar su vitalidad, pero de manera que permitan su transporte sin tensión.

Lo que más importa en esta técnica es el hecho de prescindir de la derivación de la orina, nosotros hemos empleado el drenaje uretral con tubos delgados de polietileno, calibre 15, pero a condición de tener una uretra amplia de manera que exista un espacio holgado entre pared interna de uretra y catéter a lo cual Vest da mucha importancia. Es preciso mantener un cuidado permanente del tubo uretral, lavados diarios y antibióticos.



Figura 5

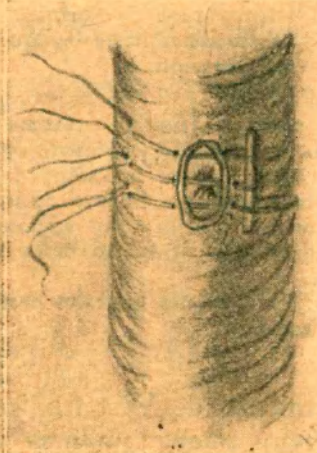


Figura 6



Figura 7



Figura 8

OBSERVACIONES

J. F., 65 años. Paciente operado de adenoma de próstata a quien a consecuencia de la sonda permanente impuesta para el cierre final de la brecha suprapúbica, hizo una periuretritis que dejó como secuela una fístula uretral medio peniana del tamaño de una lenteja que compartía la micción con el meato uretral anterior. Tal era el estado del enfermo cuando llegó a nuestra consulta para rehusar una nueva operación al precio de otra derivación suprapúbica de orinas.

Tratamiento: Dilataciones hasta beniqué N° 54, reparación plástica de la brecha fistulosa según técnica de Vest. Curación.

R. T., 29 años. Sufrió un traumatismo de la pelvis, retención de orina, sonda permanente en un servicio de traumatología, absceso periuretral que deja como secuela una fístula amplia por donde se escapa la orina en buena parte durante la micción y que el enfermo atenúa temporalmente aplicando el pulpejo del dedo para ocluir el orificio. Orina ligeramente piúrica que responde rápidamente a los antibióticos. Cistostomía de derivación cerrada. El paciente no desea una nueva talla y viene en busca de un tratamiento que la evite.

Tratamiento: Dilataciones uretrales hasta beniqué N° 56. Reparación de la fístula según técnica de Vest. Curación.

El procedimiento de Vest que preconizamos en esta comunicación, tiene su indicación, según nuestra manera de ver:

1º Cuando existe una uretra amplia.

2º Cuando los planos periuretrales no han sufrido grandes alteraciones cicatriciales.

3º Su principal ventaja radica en la prescindencia de una derivación de orina, siempre molesta para el paciente y que alarga mucho tiempo el tratamiento.

Finalmente, es muy simple y el postoperatorio benigno.
