

CIRUGIA PLASTICA DE URETRA POSTERIOR

Por el Dr. SAUL D. STEIMBERG

Durante nuestra estadía en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Sahlgrenska, en Gotenburgo, cuyo jefe es el eminente cirujano Dr. Bengt Johanson, tuvimos oportunidad de conocer su técnica para el tratamiento plástico en las estrecheces de uretra.

Desde que en 1836, Dugas publicó su primer caso de resección completa de la uretra y colocación de sonda permanente, pasando luego por las experiencias claves de Duplay en 1874, Marión en 1942 y D. Browne en 1949, que son los inspiradores directos de esta técnica, se recorrió un largo camino jalonado fundamentalmente de fracasos postoperatorios.

En esta comunicación vamos a presentar nuestros resultados con la operación de Johanson tipo 3, para la uretra posterior, que creemos es la solución definitiva de este complicado problema urológico.

Para comprender mejor la técnica creemos que es importante una rápida visión de la figura N° 1, donde se esquematiza la anatomía de la zona.

Siguiendo a Johanson hemos realizado una incisión curva de concavidad media hacia abajo y dos concavidades laterales hacia arriba (), alrededor de 4 cms. por delante del ano. Se realiza disección roma a cada lado del tendón central que luego es seccionado. Se continúa la disección roma o cortante según las necesidades, hasta llegar a la uretra membranosa, que se disecciona a varios centímetros en su porción estenosada, llegando hasta la parte sana tanto en su extremo distal como proximal.

En el caso de existir fistulas, como en nuestro enfermo N° 1, o abscesos como en el N° 2, son reseccados.

Se coloca un beniqué en uretra hasta la zona estenosada que entonces es abierta y fijada a los tejidos adyacentes con puntos simples de catgut cromado triple 0, siendo todos ellos reparados con pinzas.

Se disecciona luego por el subcutáneo de la pared posterior del escroto hasta llegar al ángulo escrotal, donde se comienza una incisión de 4 a 5 cms. de longitud en dirección a la raíz del pene. Se vierte luego la piel como se puede apreciar en las figuras Nos. 2 y 3 y se realiza la sutura con los puntos previamente reparados de acuerdo a las figuras 4 y 5, al extremo proximal de la uretra y a los bordes. Finalmente el extremo distal de la uretra es unido al ángulo superior de la incisión escrotal.

Por el orificio proximal se deja colocada una sonda Foley a permanencia durante los 12 primeros días del postoperatorio retirándosela luego para permitir la micción espontánea.

Al cabo de 2 meses en que ya se han superado todos los problemas inflamatorios de la herida y se ha producido la revascularización de la misma, previo

tallado del enfermo, con una incisión oval que abarque los 2 orificios como se puede apreciar en las figuras 6 y 7, se deja sepultado lo más profundamente posible esa tira de piel, que de acuerdo a las experiencias de D. Browne y Johanson, se transforma luego en un tubo.

Se cierra la incisión como podemos apreciar en las figuras 8 y 9, con perlas que afronten la herida sin presión y con puntos simples complementarios.

Nuestras experiencias: Hemos de presentar dos casos operados por nosotros. El primer enfermo, C. Q., de 51 años, internado en la cama 19 de la Sala

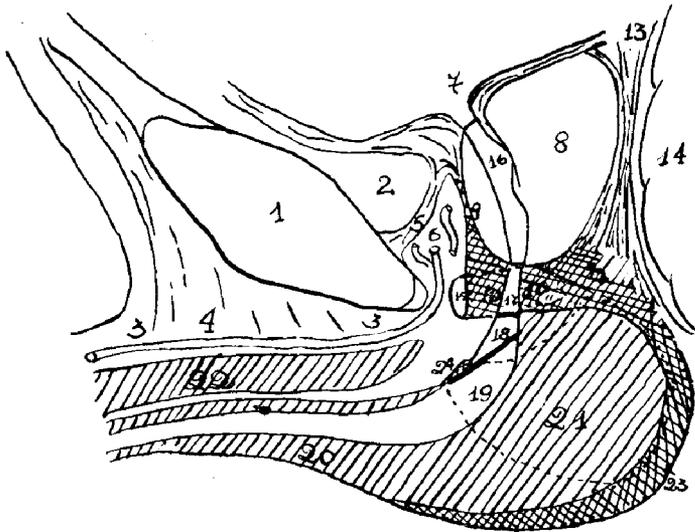


FIG. 1 — Parte anterior del piso de la pelvis de acuerdo a Waldeyer

- | | |
|---|--|
| 1. Sinfisis con el ligamento arcuatum. | 15. Ligamento perinea transverso de Henle. |
| 2. Espacio prevesical de Retzius. | 16. Uretra prostática. |
| 3. Vena dorsal del pene. | 17. Uretra diagragmática. |
| 4. Ligamento suspensor del pene. | 18. Pars nuda de la uretra. |
| 5. Ligamento pubo-prostático. | 19. Porción esponjosa de la uretra. |
| 6. Plexovesico-prostático venoso de Santorini. | 20. Cuerpo esponjoso. |
| 7. Vejiga. | 21. Bulbo del cuerpo esponjoso. |
| 8. Próstata. | 22. Cuerpo cavernoso. |
| 9. Esfínter externo porción prostática. | 23. Músculo bulbo esponjoso con el músculo compresor de la pars nuda (línea cortada). |
| 10. Esfínter externo porción diafragmática. | 24. Lámina tendinosa del músculo compresor de la pars nuda en la pared anterior de la parte inferior de la pars nuda de la uretra. |
| 11. Glándula de Cowper bulbouretral. | |
| 12. Músculo transverso perineal profundo. | |
| 13. Septum recto genital (fascia de Denonvilliers). | |
| 14. Recto. | |

Laugier del Hospital Necker de París. Este enfermo había sufrido en 1935 una ruptura traumática de uretra posterior, siendo intervenido por ese motivo en dos oportunidades, habiendo quedado finalmente con una cistostomía por presentar diversas fistulas perineales. En la urografía escretora tenía el enfermo el riñón izquierdo excluido.

Por gentileza del Prof. Couvelaire, tuvimos oportunidad de intervenirlo con la técnica antedicha, el 28 de febrero de 1961, en que le realizamos el primer tiempo de la operación, pues el segundo fue hecho por el Prof. Couvelaire dos meses más tarde.

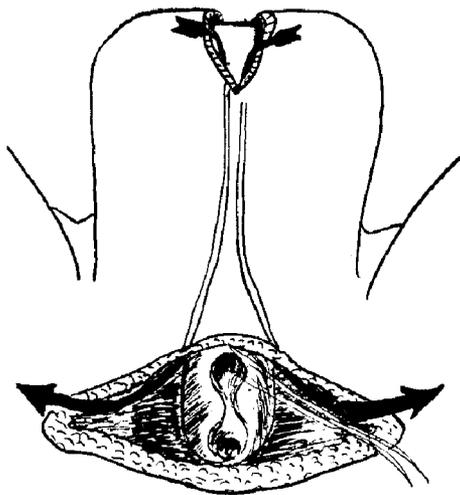


FIG. 2 — Según Johanson



FIG. 3 — Según Johanson

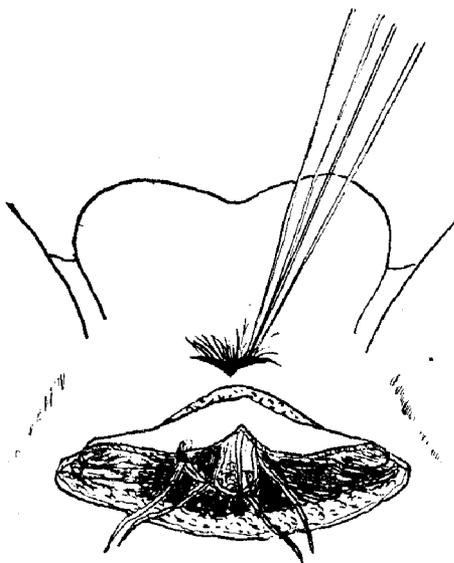


FIG. 4 — Según Johanson

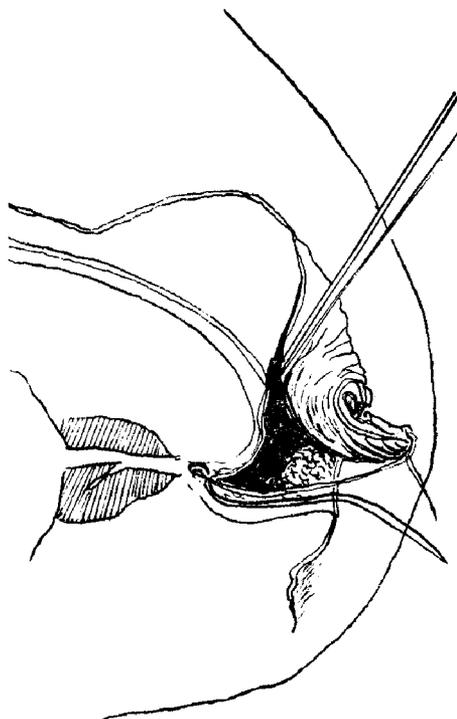


FIG. 5 — Según Johanson



FIG. 6 — Según Johanson

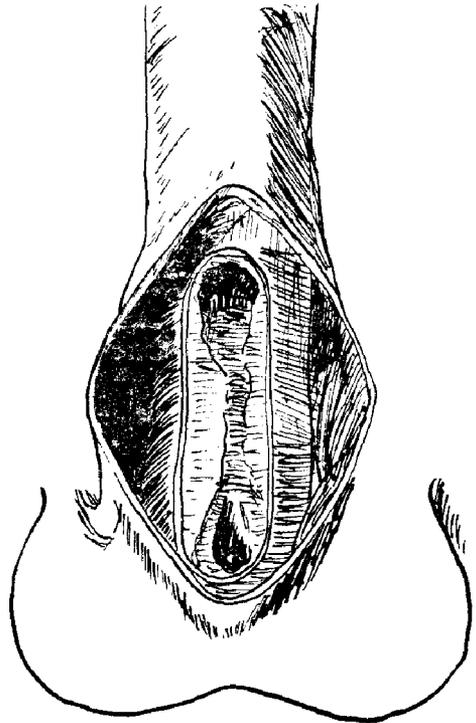


FIG. 7 — Según Johanson

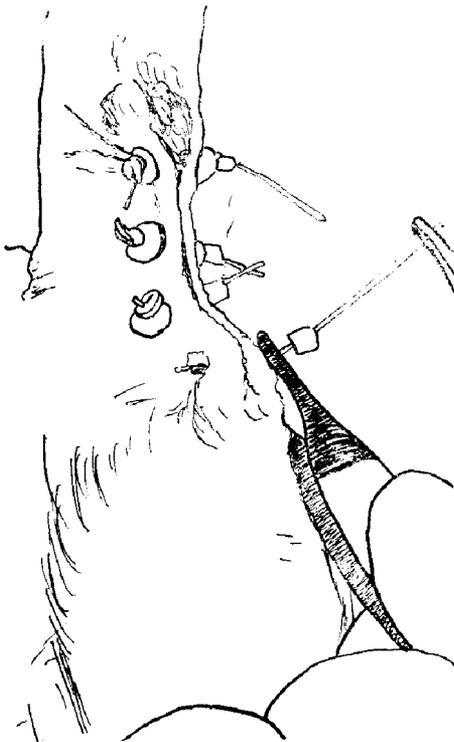


FIG. 8 — Según Johanson

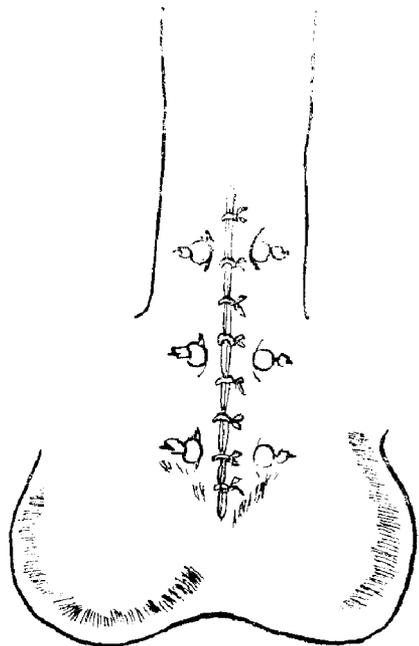


FIG. 9 — Según Johanson

El segundo paciente a quien operamos en la Sala IV del Hospital Alvear, historia clínica N° 654, y cuyas radiografías pre y postoperatorias podemos apreciar en las figuras 10 y 11. Le realizamos el primer tiempo el 6 de julio de 1961 y el segundo, el 7-9-1961. *La estrechez en este caso fue ocasionada por maniobras instrumentales realizadas como tratamiento complementario de una gonococcia.*

Si bien todavía no tenemos experiencia alejada con esta técnica, en cambio



FIG. 10 — Uretrografía preoperatoria del caso N° 2

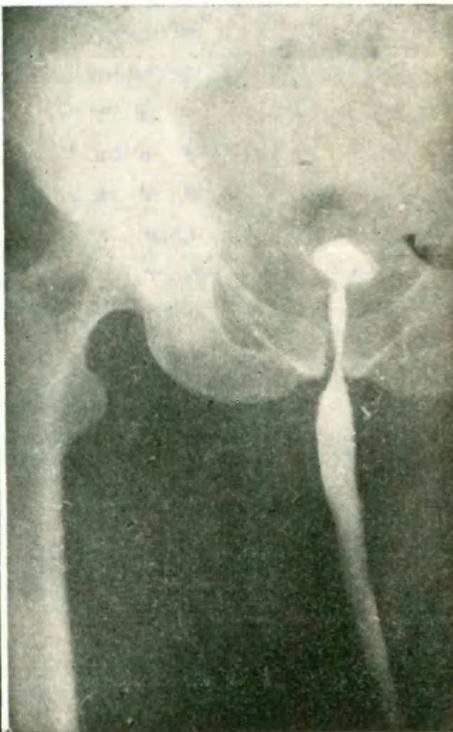


FIG. 11 — Uretrografía postoperatoria del caso N° 2

podimos observar en el Servicio del Dr. Johanson, pacientes en control varios años luego de la intervención clínica y radiográficamente curados.

Resumen: Presentamos la operación de Johanson tipo 3 para estenosis de uretra posterior que consideramos es la solución ideal para este serio problema urológico.

Agradecimientos: No podemos concluir este trabajo, sin manifestar nuestro profundo reconocimiento al Dr. Johanson, que hizo desde todo punto de vista tan fructífera y agradable nuestra estadía en su Servicio; como asimismo al Prof. Couvelaire, que nos dio la posibilidad de operar en su hospital nuestro primer caso. Finalmente debemos decir de nuestro agradecimiento al profesor Mathis que con tanta amplitud nos permite desenvolvemos y nos aconseja en su servicio.

BIBLIOGRAFIA

- Johanson, B.:* Reconstruction of the male urethra in strict. 1953.
Waldeyer, W.: Das Becken F. Cohen, Bonn 1899.
Duplay, S.: De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chir. Arch. gén. de med. 133:657-682, 1874.
Campbell, M.: Strict. of male urethra. Ann. Surg. 89:379-399, 1929.
Marion, G. et Perard, J.: Technique des opérations plastiques sur la vessie et sur l'urètre, Paris, Masson et Cie, 1942, 113-122 y 158-183.
Attwater, H.: History of urethral strict. Brit. J. Urol. 15:39-51, 1943.
Nesbit, R.; Butler, W. and Whitaker, W.: Production of epithelial lined tubes from buried strips of intact skin. J. Urol. 64:387-395, 1950.
-