

REPARACION PLASTICA DE UNA PERDIDA DE SUBSTANCIA DE LA URETRA

Por el Dr. MAX BIRABEN
(de Mar del Plata)

Las intervenciones quirúrgicas destinadas a corregir defectos congénitos o adquiridos a nivel del conducto uretral son de difícil realización y gozan de mala reputación por los riesgos que se deben afrontar.

Desde el punto de vista de la terapéutica operatoria los procedimientos para la corrección del hipospadias y de las fistulas uretrales, son, con variantes los mismos. El ingenio quirúrgico ha ideado múltiples soluciones, desde la primera intervención realizada por Dieffenbach en 1836 y son más de 150 las técnicas correctoras de esta clase de defectos en la actualidad, si bien son muy pocas las que el uso ha consagrado. Esa misma multiplicidad es la mejor evidencia de las grandes dificultades plásticas de un órgano que además de mantener la continuidad urinaria, está sujeto a cambios de volumen intermitentes.

El caso que presento tiene por objeto ilustrar las alternativas de una fistula uretral consecutiva a un traumatismo pelviano de origen laborativo, que produjo la solución de continuidad a nivel del ángulo penoescrotal y que fue agravándose sucesivamente con cada nuevo intento de reparación al punto de ofrecer el aspecto que puede apreciarse en la figura número uno. El éxito se obtuvo con un procedimiento cuyo mayor mérito es el de la simplicidad, con excelente resultado anatomofuncional, el que podrá también ser utilizado en la reparación del hipospadias.

Historia Clínica: H. P., de 32 años, chileno, casado, mecánico y que reside en la localidad de Batán, Partido de General Pueyrredón, sufrió un traumatismo pelviano mientras trabajaba con una máquina industrial. fue llevado sin conocimiento a una clínica privada y tratado de inmediato de un gravísimo cuadro de shock y fracturas múltiples de los huesos de la pelvis. Presentaba también sección completa de la uretra membranosa y una herida en ángulo penoescrotal con pérdida de substancia correspondiente a la uretra bulbar en la región del periné, por lo que fue intervenido de urgencia por un colega, quien efectuó la reparación de la uretra membranosa suturando los cabos sobre tubo de polietileno dejando drenaje vesical hipogástrico.

La mejoría del enfermo fue progresiva observándose la pérdida de orina por el orificio de la fistula uretral del periné que medía alrededor de 2 centímetros y se encontraba ligeramente separada del borde de la piel por una angosta banda de tejido granulante.

Transcurrido el tiempo oportuno, el mismo cirujano intentó realizar el cierre de la fistula para lo cual utilizó el procedimiento de Sabadini. El fracaso consecutivo se debió, a mi entender, a que el procedimiento fue llevado a cabo sobre tutor de polietileno.

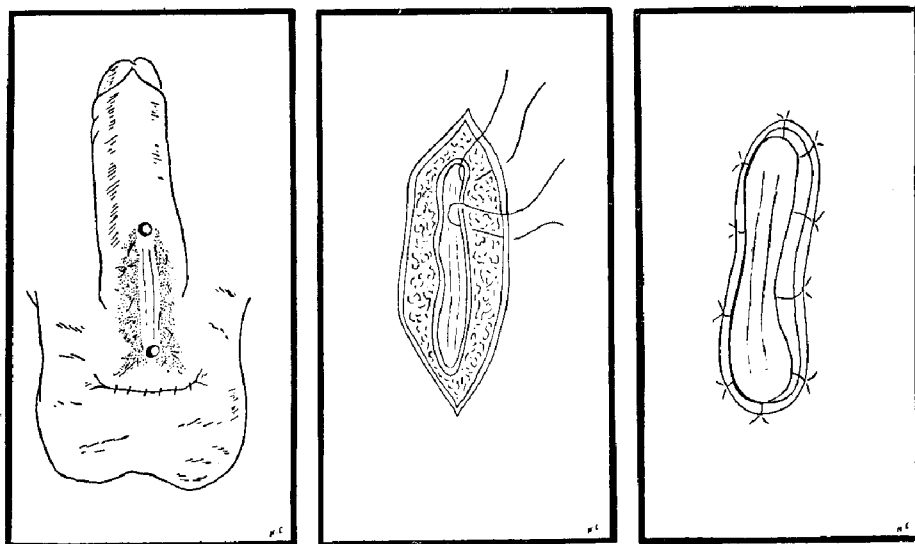
La fistula se presentaba ahora más extensa y los extremos del conducto lesionado se encontraban unidos por una estrecha franja correspondiente al techo de la uretra.

En esas condiciones lo examiné por primera vez comenzando a efectuar dilataciones de la uretra posterior por el mismo orificio de la fistula, mientras vigilaba el progreso de la zona de granulación.

La escasez de piel del pene no permitía planear ninguna técnica de uretroplastía utilizando la que rodeaba la fístula por lo que me decidí por el procedimiento conocido como de Denis Browne, si bien su paternidad corresponde al gran cirujano francés Dupley, quien, con ligeras variantes, lo utilizó setenta años antes.

Confiaba en que la aproximación de la piel ampliamente liberada de ambos lados y suturada en la línea media mediante puntos de tensión permitiría al colgajo de mucosa de la uretra completar la circunferencia del conducto. A pesar de los cuidados técnicos y a la incisión de debridamiento dorsal, se observó que la aproximación de los bordes de la piel no se podía realizar sin cierta tensión.

Esta circunstancia fue seguramente la causante del fracaso subsiguiente, la supuración consecutiva de la herida y la necrosis del borde de la piel produjeron el desprendimiento de los puntos de tensión y la piel se retrajo considerablemente hacia afuera.



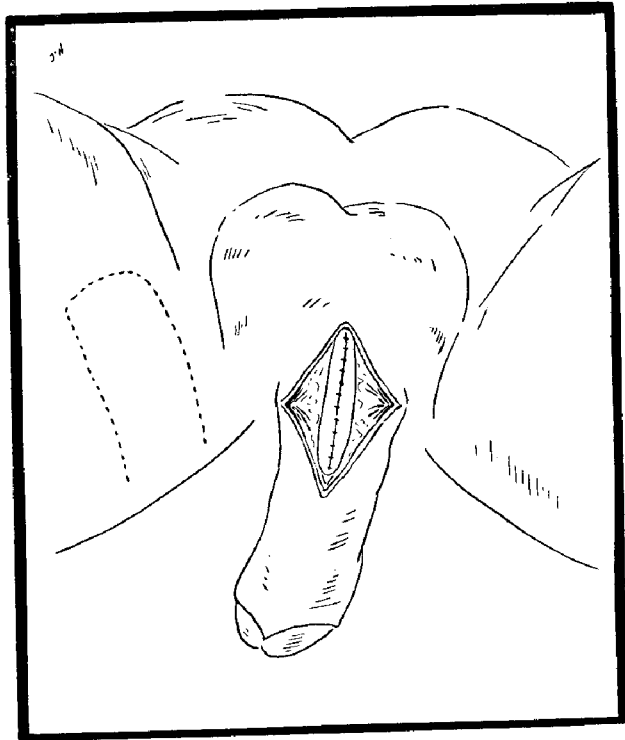
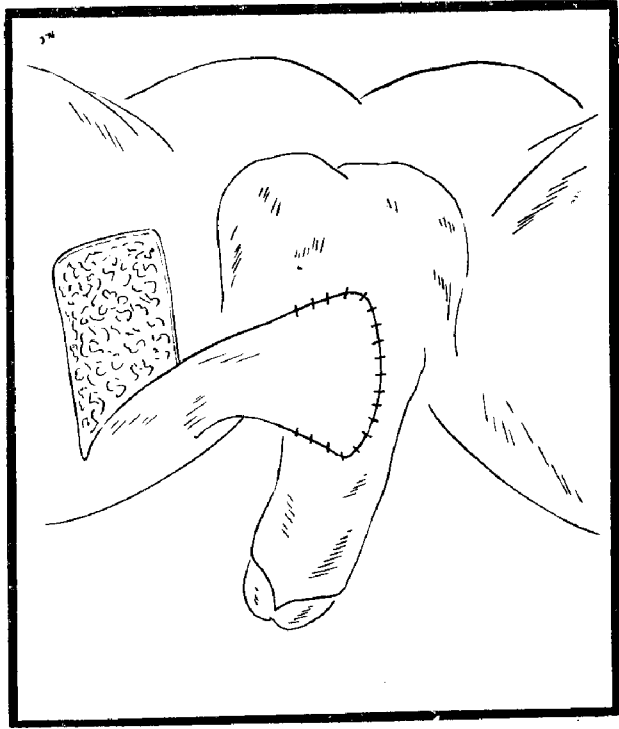
El aspecto de la fístula ahora era más serio con una amplia zona desnuda de tejido de granulación, cuya extensión disminuía a medida que el proceso de epitelización avanzaba desde afuera. Convencido de la inutilidad de insistir con procedimientos que utilizaran la piel local opté por un injerto, pediculado de la piel del muslo, el que fue tallado siguiendo las normas clásicas, realizando nuevamente la sutura del mismo al hecho lo que se conoce como colgajo diferido.

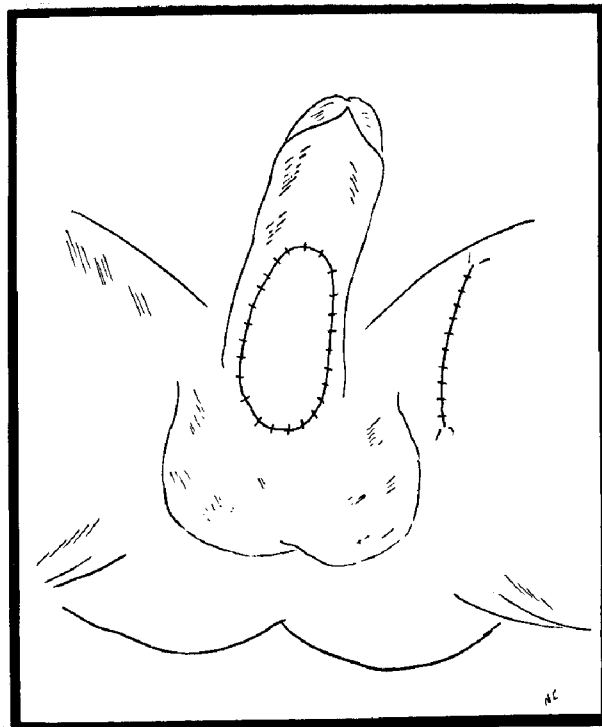
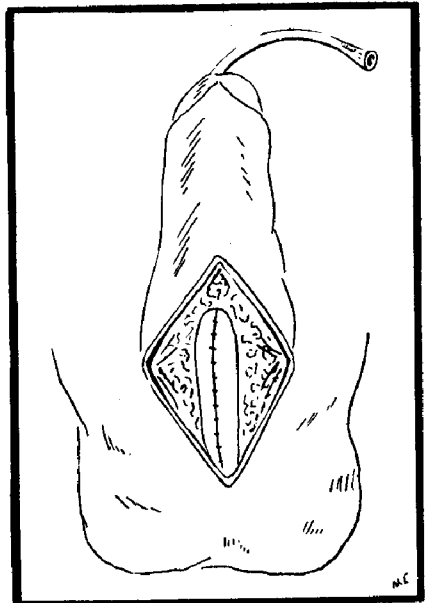
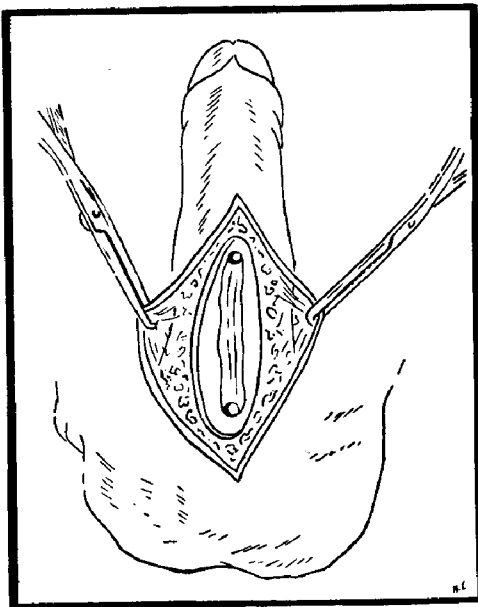
En tanto, el proceso de epitelización de la herida del pene avanzó considerablemente y presentaba el aspecto que es dable observar en la figura 2.

Dos semanas después se efectúa el transporte. Una amplia incisión en losanje de la piel alrededor de la fístula permitió llevar los bordes y suturarlos en la línea media (figuras 4 y 5).

De inmediato se levantó el colgajo de su lecho y se cubrió con el mismo la zona desnuda (figuras 3, 6 y 7). Con puntos de catgut se efectuó la sutura al celular en todo el perímetro que correspondía a la pérdida de substancia, completándose con puntos de lino el afrontamiento de los bordes. Se dejó un pequeño drenaje de goma el que se hizo salir por el único borde no suturado del colgajo, protegiéndose la cara inferior del mismo con un apósito grasoso. El otro extremo se mantuvo adherido a la piel del muslo entubándolo en varios centímetros de extensión.

El control medicamentoso de las erecciones se realizó muy satisfactoriamente con fosfato de iproniazida (Marçilid Roche) pero no fue llevado a cabo hasta el tercer día por un





descuido de la enfermera y el paciente presentó erecciones ocasionales en ese lapso que no alteraron el curso post-operatorio normal. A las tres semanas se seccionó el colgajo, el que mostraba excelente vascularización, y suturó el borde a la piel del pene.

La reparación, desde el punto de vista anatómico funcional y estético es muy satisfactoria.

La uretrografía muestra la perfecta continuidad del conducto (figura ...).

Tengo la impresión que la utilización de ese tipo de colgajos de piel es un espléndido recurso que permite disponer de toda la piel local para la uretroplastia y evita la tensión resultante de la utilización de esa misma piel para la cubierta superficial.

Con este tipo de intervención se habrán llenado todos los requisitos de una buena operación plástica: no hay tensión, no existe superposición de suturas, hay buena irrigación, excelente adaptación a los cambios volumétricos del pene producido por las erecciones y respeto por las estructuras locales del miembro, las que podrán ser utilizadas generosamente para la uretroplastia.

Por estas razones nos permitimos aconsejar el uso de injertos pediculados en la reparación de ciertas fístulas uretrales y en el hipospadias, en la convicción de que su correcta aplicación, podrá solucionar muchas de las grandes dificultades que depara este tipo de cirugía.

DISCUSION

Dr. Steimberg: El trabajo presentado es a todas luces interesante. Tengo cierta experiencia plástica de uretra membranosa. Aclaro que el método de Johanson no es el mismo que el de Duplay, pues éste construye el tubo de piel en forma directa constituyendo un porcentaje bastante alto de recidiva.

En cambio con el método de Johanson tipo III se sepulta un colgajo de piel y posteriormente forma de cilindro.

Este método de Johanson tuve oportunidad de verlo practicar por su autor en Suecia y posteriormente presenté un trabajo sobre el tema en las jornadas de Mendoza.

Creo que esta técnica reglada da muchos mejores resultados, siendo en la actualidad utilizada como procedimiento de elección en importantes servicios plásticos americanos y europeos.

Dr. Trabucco: Quería preguntarle si depila o no.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. M. Birabén: Tengo entendido que el Dr. Steimberg se refiere a la primera técnica de Dupley, porque éste tiene dos técnicas; la primera ya he mencionado, y la segunda él ya la usó en 1880, que está acabadamente documentada y ha dado lugar, incluso, a controversias entre Dennis Brown y los defensores del brillante cirujano francés, quien prácticamente es el que dio las bases de la cirugía plástica. La otra técnica de Dupley sólo se diferencia de la primera en que deja un tutor. Si bien es cierto que la diferencia existe, no sé si eso autoriza para que se le dé una nueva denominación.

En ese sentido, la técnica del hipospadias, que ha ido sufriendo cambios a lo largo del tiempo y hasta recibiendo otros nombres, cuanto que sus creadores hace muchísimos años ya habían sentado las bases que después el uso ha consagrado con otras denominaciones, tiene el mérito de haber retornado a nuestra época, cuando había sido ya prácticamente abandonada.

Al Dr. Trabucco digo que este caso no tuvo inconveniente en el posoperatorio. El control de las erecciones ha sido hecho en todos los casos en que he debido hacer intervención de plástica con fosfato de iproniacida.

En este enfermo, por descuido de la enfermera, no se hizo el contralor de las erecciones, por cuyo motivo tuvo violentas erecciones durante los dos primeros días de la operación; sin embargo, no se desprendió ni un solo punto de la reparación. Tuve la sensación de que el colgajo estaba adherido a su lecho y que no iba a influir ninguna de las posibilidades contingentes a que esa circunstancia podía llevarlo.

Actualmente, el paciente orina casi sin dificultades porque la lesión del uréter posterior también fue satisfactoriamente solucionada con anterioridad.