

SOBRE URETROMIA INTERNA

Por el Dr. UBALDO ISNARDI

La Uretrotomía Interna es una intervención elegante, de fácil ejecución, de muy poco riesgo y de resultados inmediatos. Es sin duda por esas características que ella se ha generalizado en el ambiente urológico y es practicada no sólo por especialistas, sino por muchos médicos generales. No es entonces difícil prever que se haya llegado al abuso. Mi modesta experiencia me ha convencido de tal abuso y he creído de utilidad hacer esta breve comunicación tendiente a puntualizar las indicaciones de esta intervención, a fin de contribuir a su difusión.

Tomaré como base la enumeración que hace **Manuel Serés**, en su libro de operatoria Urológica, y haré la crítica paso a paso.

Este autor español, divide las indicaciones en dos grupos: a) en los casos de estrechez blenorragica simple; b) en los casos de estrechez blenorragica complicada, y los enumera como sigue:

Grupo a)

1º "Cuando el calibre uretral no permite el paso de una bujía de los números 8 á 10 de la hilera Charriere".

Esta indicación no es admisible. Si la introducción de una bujía filiforme es posible, podrá también ser posible la dilatación progresiva. Si ello no es posible, podrá también ser posible la dilatación progresiva. Si ello no es posible entonces tampoco pasará la guía del del uretrótomo:

2º “En los casos en que las estrecheces son numerosas y de bastante longitud”.

Tampoco esta indicación es válida. Estrecheces múltiples y de gran longitud, son generalmente dilatables.

3º “En los casos de estrecheces demasiado duras, aunque la uretra tenga un calibre superior al N° 10, en los cuales la dilatación simple resulta, en un momento dado, completamente impotente, o bien no proporciona efecto alguno al dejar a permanencia una bujía filiforme”.

4º En aquellos en que la dilatación es completamente ineficaz y los resultados son nulos, incompletos o pasajeros, por tratarse de estrecheces elásticas en las cuales el calibre ganado se pierde en los días sucesivos”.

Estas indicaciones se reducen a estos términos: Cuando las dilataciones son infructuosas por tratarse de infiltraciones demasiado duras o elásticas.

5º En los casos en los cuales las sesiones de dilatación uretral van seguidas de complicaciones inflamatorias y fenómenos congestivos a nivel de la estrechez, o bien de una acción inhibitoria sobre la vejiga, que produce, como consecuencia, retenciones pasajeras de orina”.

Esta indicación no es admisible, sino en parte. Las poussées inflamatorias por dilatación son raramente tan intensas que exijan se suspenda el tratamiento.

6º “En las estrecheces muy congestionadas, en que las sesiones de dilatación, aún procediendo con gran dulzura, ocasionan uretrorragias”.

Tampoco esta indicación es válida. Si la infiltración es de naturaleza tal que permite el progreso en la dilatación, debe hacerse el tratamiento más lentamente.

7° En los enfermos muy excitables o neuróticas en los cuales las sesiones de dilatación resultan muy dolorosas y provocan fenómenos de retención vesical, por espasmo”.

Tampoco admito esta indicación. El dolor se hace tolerable con los medios analgésicos comunes, y en cuanto a la retención por espasmo, carece de importancia, pues cede a la terapéutica ordinaria.

8° “En los casos en que la dilatación uretral provoca fácilmente reacciones febriles”.

Entiendo que empleando una técnica correcta la dilatación no provoca jamás fiebre por sí misma.

9° En los casos en que la dilatación uretral es muy difícil por existir desviaciones del conducto que representan un obstáculo a la introducción de las bujías o beniquéés”.

Esta indicación desaparece si se tiene en cuenta el uso de los beniquéés guiados.

10. En los enfermos uretrotomizados anteriormente, se encuentra indicada la uretrotomía interna a secciones múltiples”.

El caso de los enfermos ya uretrotomizados, no difiere en sus indicaciones generales de los demás; cuando en ellos está indicada la uretrotomía, admito que convenga hacerla a secciones múltiples.

GRUPO. B

1° “En los enfermos que tienen por detrás de la estrechez un cálculo uretral”.

En estos casos es preferible la uretrotomía.

2º “En los casos complicados con blenorragia se esperará que desaparezca la fase aguda de la infección. Sin embargo, si aparecen complicaciones por parte de la vejiga o de la próstata debe practicarse inmediatamente la uretrotomía interna”.

Cuando aparezcan complicaciones de la próstata o la vejiga, la necesidad del drenaje inmediato es independiente de la existencia o no de una blenorragia.

3º “En los casos de estrechez complicada con retención completa de orina, puede dejarse una bujía filiforme a permanencia si la retención no va acompañada de fiebre. Si la bujía drena podremos esperar, pero si la bujía no drena la vejiga, debe practicarse la uretrotomía interna”.

Esta indicación queda condicionada a la urgencia con que haya de actuarse. Una bujía permanente drena siempre, si no inmediatamente, al cabo de algunas horas, cuando no hay otra causa que infiltración dura.

4º “Si la retención completa va acompañada de accidentes febriles”.

Esta es una indicación absolutamente admisible.

5º “En los casos de estrechez complicada con retención incompleta, si la orina está infectada y la dilatación va seguida de complicaciones febriles, o bien si el enfermo es viejo y se encuentra en peligro de retención ureica”.

La infección vesical crónica, no febril, no es una indicación de uretrotomía. En tales casos la dilatación no ocasiona fiebre. El peligro de retención ureica en los viejos, aconseja la uretrotomía interna, si no hay otra causa que exija la talla vesical.

6º “En las estrecheces complicadas con infección de las vías urinarias superiores”.

También aquí la uretrotomía interna está indicada, a menos que haya de preferirse la talla.

7º “En las estrecheces con fístula urinaria”.

“Si la fístula es antigua, no es admisible. Si fuera reciente debe admitirse sólo en el caso de que la sonda permanente no permita drenar convenientemente la vejiga.

8º En los casos de estrechez complicados con abscesos peri-uretrales debe abrirse previamente el absceso y tratarse más tarde la estrechez. Sin embargo, si la inflamación peri-uretral se encuentra en su principio puede acudir a la uretrotomía interna. En algunos casos producirá la resolución de la inflamación peri-uretral”.

En los casos de infección peri-uretral con efracción de uretra e infiltración de orina, está igualmente indicada la uretrotomía interna a fin de evitar el establecimiento de una fístula, cuando la vejiga no pueda ser drenada por la sonda.

9º “En los casos de estrechez complicada con prostatismo debe practicarse la Uretrotomía Interna como operación preliminar”.

Esta indicación no es admisible. Si el prostatismo es subsidiario de la estrechez, cederá conjuntamente con aquélla, con la dilatación progresiva. Si el prostatismo depende de una afección prostática, cederá al tratamiento indicado.

10. “En los casos en que la estrechez coexiste con una enfermedad grave, local o general, tales como la diabetes, tuberculosis génito-urinaria, fiebre tifoidea, albuminuria, etc. Estas enfermedades no representan una agravación del pronóstico de la Uretrotomía Interna”.

Esta indicación es valedera.

A estas indicaciones resumidas por Serés, hay que agregar algunas otras, que son las siguientes:

1º En los tumores duros de la uretra, como tiempo previo al tratamiento endoscópico.

2º En las estrecheces congénitas y traumáticas.

3º En todo enfermo en quien haya urgencia en introducir un instrumento endoscópico, sea por razones de diagnóstico o de tratamiento.

4º En los enfermos que se encuentran afectados de cualquier otra afección con pronóstico de supervivencia breve.

Sintetizando entonces los casos que indican la uretrotomía interna, podemos, pues, resumirlas en los siguientes términos:

1º Las estrecheces que por cualquier causa resisten a la dilatación progresiva o ella sea imposible.

2º Cuando haya urgencia en drenar la vejiga para evitar accidentes debidos a la retención o la infección, o para introducir instrumentos endoscópicos.

3º En el absceso urínoso, cuando no pueda drenarse la vejiga por medio de la sonda, como complemento de la escisión del absceso.

4º Cuando coexiste una enfermedad grave que no permita esperar.

5º En los tumores duros de uretra, como tiempo previo a su extirpación.

6º En las estrecheces congénitas y traumáticas.

7º En los enfermos con pronósticos de breve supervivencia.

De todos modos la uretrotomía interna debe ser seguida de dilataciones progresivas, cuando se desean resultados duraderos.

CONCLUSIONES

De lo que antecede, se desprende que en las estrecheces inflamatorias de la uretra, la dilatación progresiva es el tratamiento

de elección, y la uretrotomía interna, el tratamiento de excepción; por lo tanto, en los casos en que no haya una indicación excepcional, no debe practicarse la uretrotomía.

A este modo de proceder, podría objetársele que la dilatación definitiva de la uretra puede ser obtenida por las dilataciones progresivas efectuadas después de la uretrotomía, sin someter al enfermo a las molestias que significan los primeros grados de la dilatación. Pero es el caso que la resolución de los infiltrados duros, se hace más dificultosa, y a veces imposible, en los enfermos uretrotomizados.

En efecto, un infiltrado circular, que se mantiene íntegro, se dilata todo él, y se reabsorbe progresivamente con el uso de las bujías metálicas. Pero cuando haya sido seccionado, las dilataciones realizadas posteriormente no dilatan ya tan eficazmente el anillo, sino que distienden los tejidos en el punto en que han sido seccionados, reabriendo la sección y disminuyendo, por lo tanto, el efecto de la bujía sobre los segmentos del anillo cortado. De este modo, se transforma una infiltración dura y rígida, en una estrechez elástica, que cede fácilmente al paso de la bujía, y recobra su acción estenosante poco tiempo después.

Estos enfermos se ven entonces obligados a someterse a tratamientos de dilataciones y uretrotomías repetidas, muchas veces en su vida. Tal eventualidad no se produce cuando sus infiltrados fibrosos han sido dilatados sin ser seccionados, porque aún en el caso en que no se logre su total reabsorción, un anillo amplio y rígido no perturba la micción.

Deseo insisistir en que es excepcional que una infiltración dura no ceda a la dilatación. Por mi parte, creo no haber encontrado sino un caso, en diez años de práctica, en un enfermo que había tenido múltiples abscesos peri-uretrales, que dejaron fistulas y trayectos fibrosos uretro-cutáneos en la región peneana.

La infiltración dura cede rápidamente a la dilatación. Creo puede afirmarse que con los procedimientos comunes, una estre-

chez filiforme alcanza un calibre 40 beniqué, en un término medio de 3 semanas, y es también bastante común que ese calibre se logre en dos semanas, en enfermos que llegaron al consultorio orinando gota a gota.

Para terminar, expreso que la práctica demuestra que se abusa de la **uretrotomía interna**. Muchos son los enfermos que han sido uretrotomizados sin que se haya tentado antes la dilatación progresiva, y hay también muchos que no fueron dilatados ni antes ni después de la intervención. Esto es un error que perjudica a los pacientes, y este error debe señalarse, para evitarlo.

Mi criterio en el tratamiento de las estrecheces inflamatorias de la uretra, lo resumo en estos términos: "Donde pasa una bujía filiforme, podrá pasar un beniqué 60, y una bujía filiforme pasa siempre".

Esta premisa es válida para la inmensa mayoría de los casos.

DISCUSION

Sallera J.:

En principio está de acuerdo con el comunicante, al extremo de que en el Hospital Fernández ya no se practican uretrotomías internas porque todas las estrecheces se dilatan, con dificultad a veces, pero se dilatan.

Comienzan con una filiforme permanente durante 24 a 48 horas hasta conseguir un N° 10 o 12.

Las únicas contraindicaciones, son los infectados, donde hay que obtener un calibre rápido, y aun en estos casos es preferible la talla. Las estrecheces sífilíticas son rebeldes a la dilatación, con bujías o con uretrotomía interna.

Schiappapietra T.:

En las estrecheces duras no pone filiforme por temor a la retención, poniendo entonces sondas que vacían gota a gota la vejiga.

Montenegro A.:

Cree que se abusa de la uretrotomía, pero sin embargo no cree que tenga tantas contraindicaciones. Personalmente practica la uretrotomía interna, cuando quiere ganar tiempo, y en las estrecheces traumáticas muy difíciles de dilatar.
