

POSTECTOMIA CON GRAN COLGAJO DORSAL DE MUCOSA

Por el Dr. ROBERTO AMUCHASTEGUI *

He tenido oportunidad de operar una cantidad discreta de personas afectadas de fimosis, circunstancia que he aprovechado para experimentar un nuevo procedimiento, que expongo, y que denomino postectomía con gran colgajo dorsal de mucosa.

El conjunto de pacientes intervenidos, cuyo número alcanza a doscientos diez, de los cuales dos fueron reintervenidos, estuvo constituido en su mayoría por jóvenes cuyas edades oscilaban alrededor de los veinte años, integrándolo también algunos adultos y unos pocos niños.



Fotografías N° 13 y 14. — Ilustran el tipo de fimosis más frecuentemente tratado con el método que se expone. Es una fimosis incompleta de mediana intensidad (++) que permite en flacidez y con el anillo prepucial distendido, ver el meato uretral y una tercera parte del glande aproximadamente. Retraído el prepucio, el anillo límbico ciñe de manera notoria el cuerpo del pene, aún en flacidez.

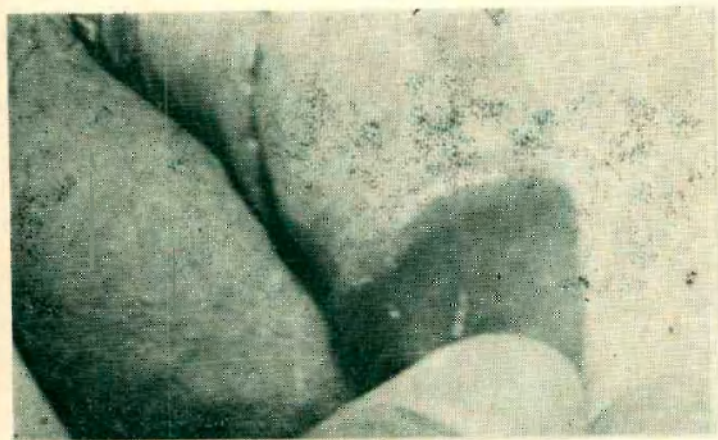
El tipo de anomalía que más observé fue la fimosis incompleta congénita de grado mediano (Fotografías N° 13 y 14), guiándome por la clasificación de Forgue, que en líneas generales, agrupa a las fimosis en completas e incompletas. Completa es aquella que por sí misma da trastornos disúricos, por tener un orificio prepucial muy estrecho, en los grados extremos, siendo puntiforme, sólo permite la emisión de orina con mucho esfuerzo y en los menos pronunciados, es siempre más pequeño que el meato uretral. Incompleta, aquella cuyo orificio prepucial es mayor que el meato uretral, no dando, por consiguiente, fuera de complicaciones, disuria, permitiendo o no la retracción del prepucio según su intensidad.

El propósito que me guió fue obtener una ampliación de la abertura prepucial sólo con una postectomía parcial, de manera que el prepucio residual cubriera aceptablemente el glande en flacidez, manteniendo una

conformación armoniosa y estética, lo que, a priori, podía conseguirse con un colgajo de mucosa amplio en el dorso, hecho que la experimentación clínica confirmó en un alto porcentaje de los casos observados.

Las características del procedimiento a que me refiero son las siguientes:

Primero. Suture el punto angular de una saliente de tejido con el de una entrante. Esta regla es también característica de las postectomías de Lowe Schütz, Drüner y Enrique Finocchietto. Fundamenta, así mismo, los métodos de Foley y de Schwyser con incisiones en Y para ampliar el ostium pieloureteral en la cirugía correctora de la hidronefrosis y la plástica en YV en la estenosis de cuello vesical y combinada con el deslizamiento de los colgajos, es utilizada para alargar la distancia entre dos puntos, mediante el zeteado simple o múltiple preconozidas por Denonvilliers y Morestin, respectivamente.



Fotografías N° 15 y 16. — Corresponden al postoperatorio del paciente de las fotografías N° 13 y 14. Se aprecia la amplitud del prepucio y la forma triangular del colgajo mucoso dorsal, con muy buena cobertura del glande en flacidez.

Segundo. Para llevar a cabo este tipo de suturas de entrantes con salientes, reseco piel y mucosas prepuciales, de manera de constituir colgajos triangulares, tallando en la parte dorsal de piel una cuña discreta-

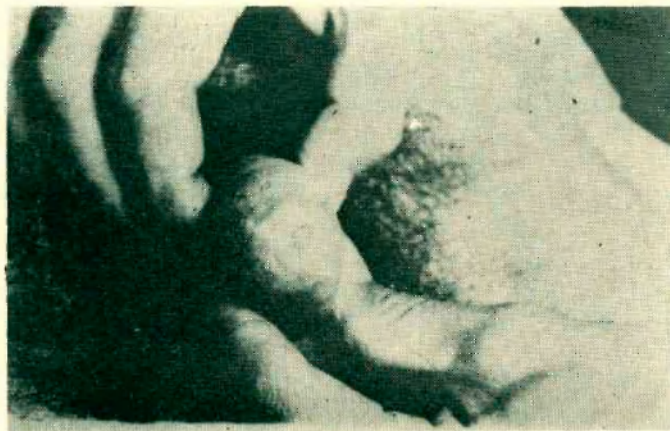
mente profunda y de poca base, y en la ventral otra, de poca profundidad y ancha base. En cuanto a mucosa, se reseca más ampliamente, dejando un gran colgajo cuneiforme en el dorso y otro más pequeño de igual forma, ventral (Fotografías N° 1-32 y 33).

Tercero. Generalmente secciono el frenillo.

Concluída la sutura cutáneomucosa queda un gran colgajo triangular de mucosa en el dorso, dos pequeños colgajos triangulares de piel látero-ventrales y un pequeño colgajo triangular de mucosa en la parte ventral. Vale decir que el prepucio residual está formado principalmente por un gran colgado de mucosa cueniforme y dorsal. (Figuras 11, 12, 13. Fotografías N° 22, 23 y 26).

Técnica: El operador se coloca a la derecha del paciente. La antisepsia se hace con solución alcohólica de merthiolate que produce un ardor fugaz. En las fimosis muy pronunciadas se instila el antiséptico en la cavidad prepucial previa infundibulización de la misma.

Primer tiempo. Tracción del pene. Tratándose de fimosis incompleta, se hacen dos habones anestésicos a nivel del anillo prepucial o limbo, uno en la línea media dorsal y otro en la ventral. (Figura N° 1. Fotografía N° 1). En estos habones se colocan dos pinzas de Kocher, que traccionadas hacia arriba y con ligera divergencia, al mismo tiempo que se hace contracción de la base del pene, tendrán tenso el prepucio, facilitando primero la anestesia y luego la incisión de piel.

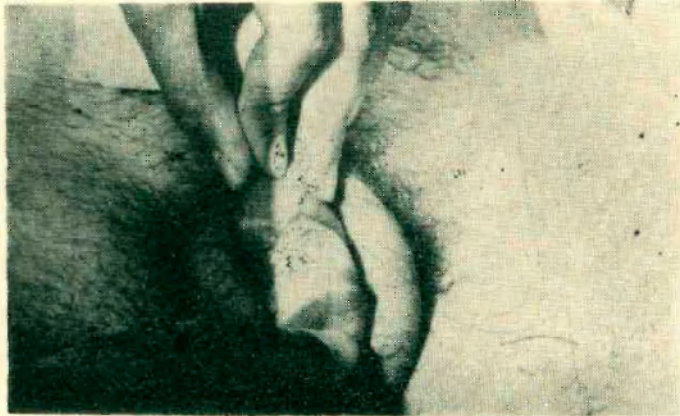


Fotografía N° 28. — Fimosis completa (++++) Se puede apreciar en la fotografía que el orificio prepucial es más pequeño que el meato uretral

En la fimosis completa, la prehensión con pinzas de Kocher se hace, según el tamaño del orificio prepucial, de dos a cuatro milímetros de la línea del limbo, sobre piel, de manera que la separación de los extremos de ambas pinzas sea aproximadamente de un centímetro. Al desplazar así ligeramente el anillo límbico al lado cutáneo, se facilita la marcación y tallado de los colgajos de piel.

Segundo tiempo. Marcado de la Incisión. Teniendo el prepucio tenso, se marca el trazado de la incisión con verde de malaquita u otro colorante, de la siguiente manera. A partir de la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores del orificio prepucial, transformado en línea recta por la tracción antes referida, o del anillo cutáneo, pseudo limbo, si se me

permite la expresión, en caso de fimosis completa (Punto 1 de la figura N° 1 - fotografía N° 1) se trazan dos líneas oblicuas descendentes a derecha e izquierda, la misma se dirige a la línea media dorsal que se encuentra aproximadamente a 1 centímetro y medio del limbo, lo que corresponde generalmente a la mitad de la distancia entre el meato ureteral y la corona del glande (Punto 2 de la fig. N° 1) que se aprecia por palpación. Esta referencia es para prepucios de dimensiones normales. En prepucios largos, se procurará que el punto 2 esté a dos o dos y medio centímetros de la pinza de Kocher dorsal y un poco menos en los cortos. La convergencia de estas dos marcaciones delimita una cuña de piel de base distal y vértice proximal.



Fotografía N° 29. — Postoperatorio del caso de la fotografía anterior. Se ha señalado con colorante el límite de mucosa y piel para mostrar mejor la amplitud y forma de cuña del colgajo mucoso



Fotografía N° 30. — Postoperatorio correspondiente al caso de las fotografías anteriores. Hay buena cobertura del glande, cuya corona se ha señalado con línea punteada mediante un colorante

A partir del punto 1, a derecha e izquierda también, se hacen otras dos marcaciones, en dirección de la línea media ventral, con una oblicuidad mucho menos pronunciada que en las anteriores, siendo aproximadamente de 30° con respecto a la horizontal, que encuentra el rafe a medio centímetro de la pinza de Kocher ventral (Punto 3 de la figura N° 1). Reparemos que las líneas anteriores, son casi verticales, si consideramos al sujeto en decúbito supino y el pene dirigido hacia el cenit; en cambio las posteriores, son casi horizontales. Por otra parte, el lado ante-

rior del colgajo cutáneo formado es mayor que el posterior, en la proporción de cinco a tres aproximadamente.

Tercer tiempo. Anestesia. Exceptuados los niños, se emplea anestesia local infiltrativa, utilizándose xilocaína al 2 % sin epinefrina, que se inyecta a partir de los habones iniciales con aguja 40/8 la cual se dirige en forma de abanico infiltrando el tejido celular del prepucio hasta el plano que corresponde a la corona del glande. Esta anestesia no es suficiente para el frenillo, que debe infiltrarse en un segundo tiempo durante la operación. Si fuera necesario insensibilizar la mucosa del glande por existir adherencias bálanoprepupciales muy firmes, se bloqueará el nervio dorsal del pene con una inyección profunda subfacial en la raíz del mismo a nivel del ligamento suspensorio.

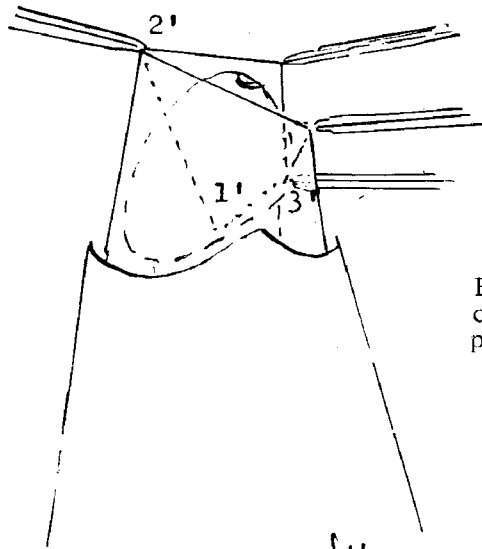


Fig. 7. — 1', 2' y 3' ángulos del colgajo mucoso que se corresponderán con 1, 2 y 3 de la figura 1

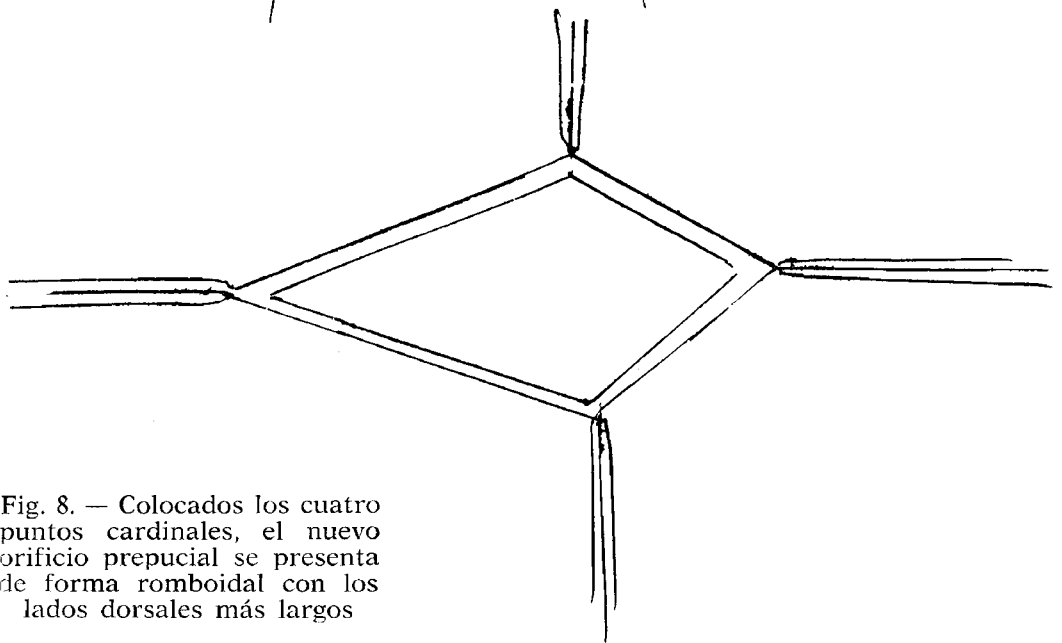


Fig. 8. — Colocados los cuatro puntos cardinales, el nuevo orificio prepucial se presenta de forma romboidal con los lados dorsales más largos

Cuarto tiempo. Incisión de la piel. El cirujano con su mano izquierda toma la piel del cuerpo del pene, llevándolo hacia la raíz del mismo, haciendo contracción con respecto a las pinzas de Kocher, sostenidas por el ayudante y ubicadas distalmente en el anillo prepucial. De esta

manera la piel está tirante y la incisión hecha con el bisturí sobre la línea marcada es muy fácil (Figura N° 2 - fotografía N° 3). Al aproximarse con el escalpelo a la línea media dorsal, se tratará que los extremos de las incisiones no se junten, sino que entre las mismas queden unos dos o tres milímetros, de modo de poder redondear a tijera el ángulo, lo que beneficiará la futura sutura. Cuando se llega al plano celular, se deja el bisturí y a golpe de tijera se desciende la piel hasta la proximidad de la corona del glande, separándola de la mucosa (Figura N° 3 - fotografía N° 4).

Quinto tiempo. Incisión de mucosa. Se cambian las pinzas de Kocher colocándolas en los extremos dorsal y ventral de la piel reseca y adherida a la mucosa, de la cual se libera a tijera, de tal forma que sea más evidente el cilindrocono de mucosa. Este se secciona con tijera recta, mediante una incisión transversal, a nivel de la zona límbica, de manera de extirpar la piel residual (Figura N° 4 - fotografía N° 5).

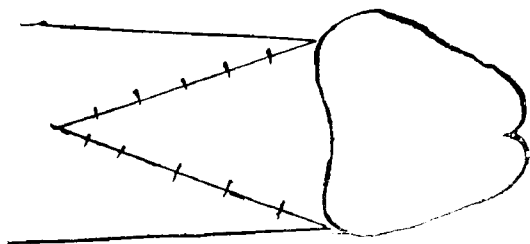


Fig. 11. — Sutura terminada, vista dorsalmente

Fig. 12. — Sutura terminada, vista lateralmente

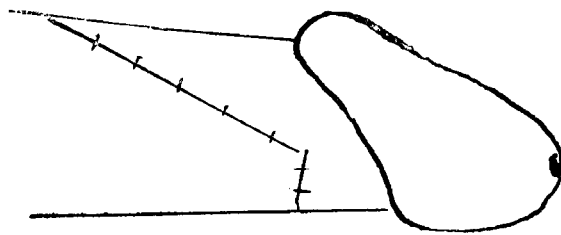
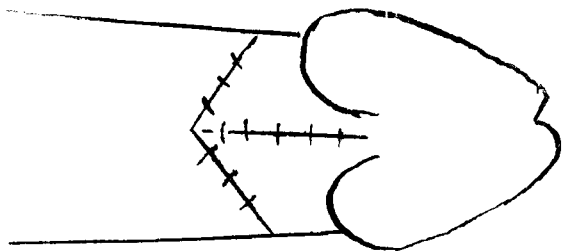


Fig. 13. — Sutura terminada, vista por el lado ventral



Queda a la vista un orificio de tamaño variable correspondiente al extremo distal del cilindrocono de mucosa restante, que se jalona con tres pinzas delicadas tipo mosquito. La primera, pinza N° 1, en la línea media dorsal y las otras dos en parte ventral muy cerca y a cada lado de la línea media. (Pinzas N° 2 y 3). En este momento, con aguja corta y fina 25/6 ó 25/7 se hace una infiltración anestésica en el frenillo (Figura N° 5 - fotografía N° 6) y se incide con tijera recta longitudinalmente entre las pinzas N° 2 y 3 hasta la base del mismo, colocando aquí también como reparo una cuarta pinza (Pinza N° 4), que corresponde al punto de mucosa señalado con el número 3, en la figura N° 7 (Fotografía N° 7).

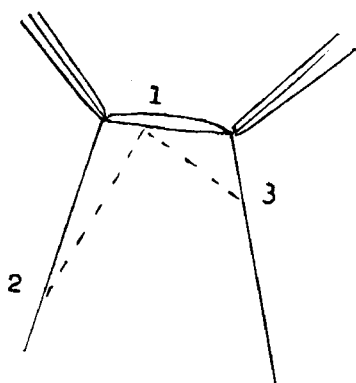


Figura 1

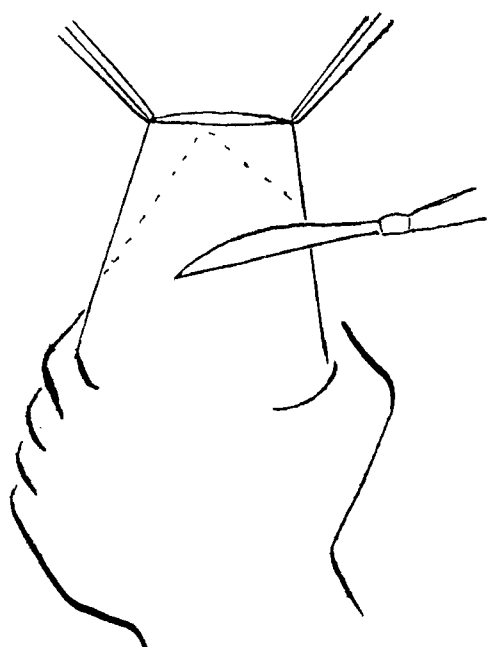


Figura 2

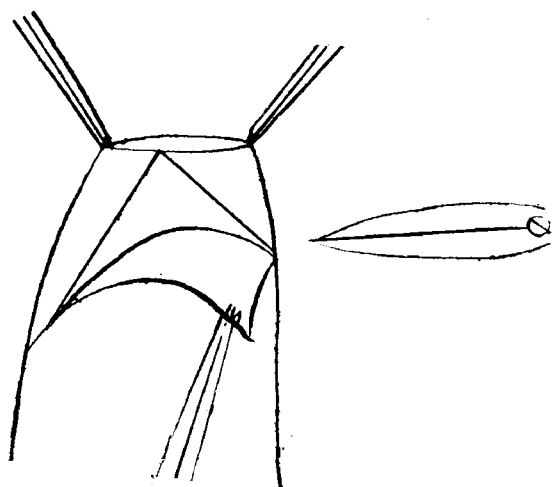


Figura 3

Fig. 4. — 1) Piel. 2) Cilindrocono mucoso. 3) Línea de sección del mismo

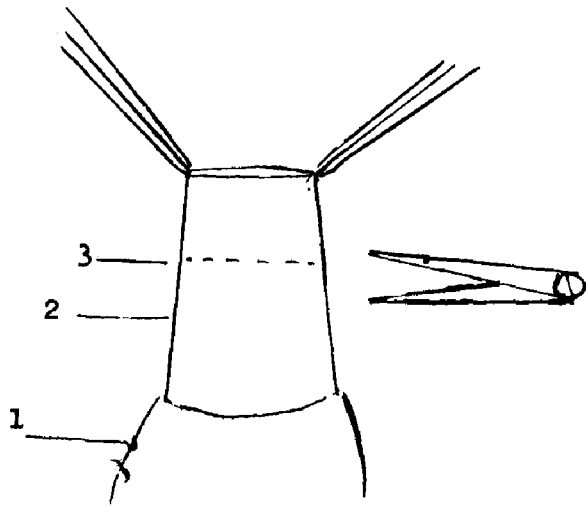


Fig. 5. — Prehensión del cilindrocono de mucosa con pinzas delicadas y anestesia del frenillo

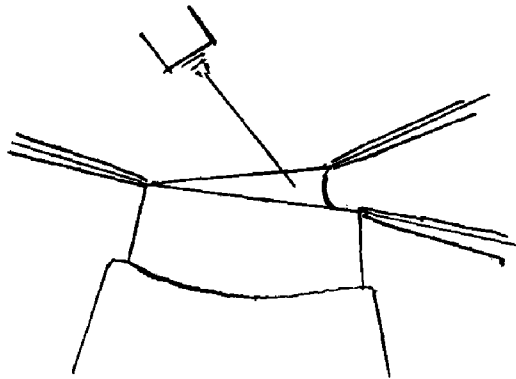
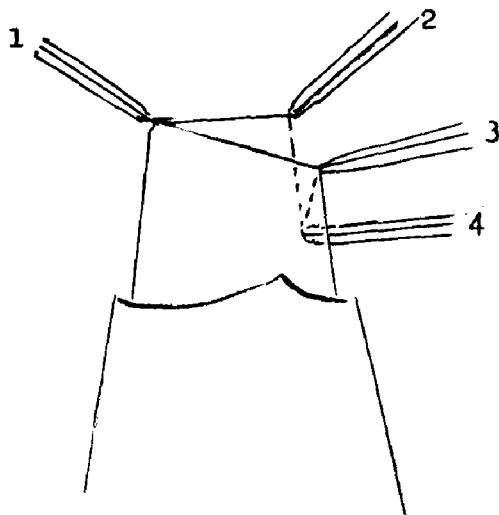


Fig. 6. — Incisión del cilindrocono mucoso en la línea media ventral y colocación de la cuarta pinza delicada



La longitud de esta última incisión es variable, generalmente entre tres y siete milímetros, según la forma de inserción del frenillo y la mayor o menor distancia de la incisión transversal respecto de la piel.

Desde el punto 3', con tijera recta y con oblicuidad de 30° aproximadamente con referencia a la horizontal, de la parte ventral a la dorsal y de la distal a la proximal, se incide a ambos lados la mucosa, hasta la proyección de la vertical que pase por la unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior de la línea del orificio límbico (Punto 1' - figura N° 7). El mismo, desde un punto de vista práctico, corresponde aproximadamente a la mitad del hemiperímetro de la corona del glande. Al llegar al punto 1' se cambia la dirección de la incisión, llevándola hacia la pinza N° 1, siempre en línea recta (Punta 2'). Al hacer el cambio de dirección de las incisiones, se trata de formar un ángulo ligeramente romo.

Para facilitar este tiempo, el ayudante sostiene las pinzas N° 1 y 4 y el cirujano la N° 3, cuando se incide en el lado derecho; cuando se lo hace en el izquierdo, aquél sostiene las N° 1 y 2 y éste la N° 4 (Fotografías N° 8 y 9).

Después de la resección de la mucosa, en la mayoría de los casos se hace la sección del frenillo, incindiéndolo a bisturí entre dos pinzas delicadas colocadas en los extremos de su base y dirigiéndose hacia el surco bálano-prepucial. Haciendo la incisión a bisturí hay menos probabilidad de herir la arteria del frenillo, rama de la esponjosa. Los bordes cruentos de la incisión se suturan con tres o cuatro puntos perpendiculares a la misma.

Concluido este tiempo, observando el prepucio de frente, quedan dos aberturas de forma romboidal, una cutánea y otra mucosa (Figura N° 8); en cambio, si la observación es lateral, aparecen los perfiles de mucosa y piel angulados (Figura N° 9). El ángulo de la mucosa es de seno distal (1', 2' y 3') y el de la piel de seno proximal (1, 2, 3).

En este momento se verifica si las aberturas de piel y mucosa son lo suficientemente amplias, para permitir el desplazamiento prepucial aún en erección, que es el propósito principal de la operación. Si hubiera necesidad, se hace una pequeña incisión de descarga en el dorso, tratándose de piel (Punto 2) o a ambos lados (Punto 1'), si la abertura insuficiente fuera de mucosa.

Sexto tiempo. Hemostasia. Habiendo dejado las aberturas de piel y mucosa lo suficientemente amplias, se verifican minuciosamente los puntos sangrantes, pinzándolos con hemóstatos delicados y ligando con catgut simple tres ceros. Mientras el ayudante presenta el campo, el cirujano frota con gasa para poner en evidencia algún vaso que no se apreció sangrando, por estar momentáneamente cohibido. Este tiempo debe hacerse con pausa y minuciosidad para evitar los hematomas postoperatorios. Si en el transcurso de los tiempos anteriores sangran abundantemente alguna arteriola, se la debe pinzar y ligar para que no ensucie el campo, antes del tiempo destinado normalmente a la hemostasia.

Séptimo tiempo. Adosamiento y sutura de los bordes cutáneo y mucoso. Con pinzas de Farkas Quenú o similares se toma el ángulo saliente de la mucosa dorsal (Punto 2'), que se redondea a tijera resecaando la parte mortificada por la pinza de prehensión, y se sutura con punto simple utilizando aguja recta redonda y catgut triple cero simple, al ángulo entrante de piel (Punto 2), también dorsal y redondeado como ya se dijo en el cuarto tiempo. De esta manera, evitándose una sutura de puntos muy angulados, hay menos posibilidad de necrosis. Se hace lo mismo con los puntos ventrales 3 y 3', y luego con los laterales 1 y 1'. Al suturar los ángulos ventrales se hace un punto en U transversal, resecaando también

la porción de mucosa mortificada por la prehensión de la pinza. Se reparan los cabos de los hilos con pinza de Kocher. Quedan así delimitados cuatro sectores (Figura N° 8 - fotografía N° 10), completándose con tres o cuatro puntos la sutura en cada uno de ellos. Los puntos no deben ser ajustados.

Se concluye la operación protegiendo el pene con una gasa grande o compresa de gasa, perforada en su parte media por donde pasa aquél, la cual sostenida sobre el pubis por una tela adhesiva transversal, a manera de charnela, cae como un doble babero cubriendo la parte dorsal y ventral del órgano, el que se impregna con una pomada antibiótica. (Fotografía N° 12).

En muchos casos, con el propósito de combatir el edema, especialmente de la mucosa residual, y siempre que fuera posible controlar de cerca el postoperatorio inmediato, he colocado un vendaje circular de tela adhesiva ligeramente compresivo, enrollado en espiral sobre una capa de gasa, en la parte distal del cuerpo del pene, inmediatamente detrás de la corona del glande. (Figura N° 13 - fotografías N° 10 y 11). Este procedimiento que tiene algunos riesgos, nunca se aplicó en niños, diabéticos, arterioesclerosos o sujetos sospechosos de algún trastorno vascular. El vendaje se deja alrededor de 48 horas y al retirarlo se cubre el glande con el prepucio residual. Aproximadamente a los siete días, cuando la sutura está más o menos firme, se comienza la movilización del prepucio, aprovechándose la maniobra para la higiene local.

Practíquese o no el vendaje circular ligeramente compresivo, es útil como profiláctico del edema de la zona operatoria el empleo durante unos pocos días de antibióticos y antiinflamatorios.

Se registraron dieciséis complicaciones, que se agrupan de la siguiente manera: cinco casos de balanopostitis, uno de los cuales hizo retracción secundaria del limbo y nueva estrechez del prepucio; dos hematomas submucosos; tres edemas de meato; una retención de orina; cuatro edemas marcados de mucosa con parafimosis, de los cuales uno se hizo subagudo y una hemorragia de discreta intensidad.

Se reintervinieron dos pacientes, uno por parafimosis irreductible, que requerirá una postectomía total y otro para cohibir una hemorragia.

De la observación de los casos operados por espacio de dos meses aproximadamente, se deduce que en 186 (88 %) hubo un buen resultado, considerando como tal, abertura satisfactoria del prepucio en erección y aceptable cobertura del glande en flacidez. Resultado regular, por cobertura insuficiente y demasiado eversión de mucosa en 22 (10,7 %). Mal resultado en 2 (0,95 %) debido a parafimosis prolongada y balanitis retráctil.

En consecuencia y considerando que los resultados mediocres y malos pueden mejorarse con más experiencia, creo que el procedimiento expuesto cumple con el propósito señalado de ampliar el prepucio, conservándolo en gran parte. No lo considero aplicable al niño muy pequeño, por las dimensiones reducidas del pene y porque necesitándose anestesia general, deben preferirse técnicas rápidas y ésta insume alrededor de treinta minutos.