

**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA**  
**SESION DEL 26 DE JUNIO DE 1975**

*TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ESTRECHEZ DE LA URETRA*

Dr. Ricardo Mario González

La aplicación de los principios de la cirugía plástica, el mejor control de la infección y la adquisición de nuevos elementos de sutura han permitido un gran avance en la corrección quirúrgica de las estrecheces de la uretra. La presente es una revisión de los pacientes operados por esta causa en los últimos once años. La indicación de la intervención se reserva para aquellos que no mantienen estable el calibre por dilatación por períodos mayores de un mes, que cursan con infección y/o presentan fístulas.

**MATERIAL**

Se efectuó la revisión de las historias clínicas de 38 pacientes portadores de estrechez de la uretra internados en el Servicio de Urología del Hospital Penna desde 1964 hasta la fecha y que fueron tratados quirúrgicamente. La edad osciló entre los 7 y 65 años. Correspondieron 36 de los enfermos al sexo masculino y 2 al sexo femenino. A los primeros se los agrupó en relación a la ubicación de la lesión: en 14 de la uretra peneana, 16 de la bulbar y 6 de la membranosa. De la uretras femeninas una fue del tercio anterior y la otra del tercio medio.

**METODO**

**Peneanas:**

En las estrecheces anulares se efectuó resección y anastomosis término-terminal. En las estrecheces extensas se efectuó en un primer tiempo incisión longitudinal de la lesión con un margen de por lo menos un cm de uretra sana y fijación de los bordes a la piel, adaptando el cierre en un segundo tiempo a las condiciones locales de cada paciente ya que fueron empleados para reconstruir la uretra: piel de pene capitonada con gran debridamiento dorsal o piel de escroto, previo sepultamiento del pene en el mismo.

Los segundos tiempos siempre se efectuaron con una diferencia de por lo menos tres meses de los primeros. En las uretras peneanas cuando se utilizó material irreabsorbible se suturó el primer plano con un surget en guarda griega extra mucoso y luego dos o tres planos con puntos separados, dejando los extremos del surget reparados con un tutor externo que mantiene la tensión de la sutura continua y facilita la extracción posterior de la misma.

Los puntos de piel del pene o los penoescrotales (Cecil) fueron reforzados con capitonones para lo cual se utilizaron perlas de plástico fijadas mediante clips de aluminio, para impedir la dehiscencia de las suturas por el edema postoperatorio. Los puntos de piel se retiran al octavo día, los capitonones al décimo y la sonda al duodécimo día. En los casos excepcionales en que no se dejaron puntos capitonados, la sonda permaneció dos o tres días más.

**Bulbares:**

Las técnicas utilizadas fueron: sección y anastomosis sobre tutor, sección y cierre por segunda sobre tutor, apertura y deslizamiento de piel de escroto con cierre del escroto en un segundo tiempo después de más de tres meses (técnicas de Fenger, Guyon-Pasteau, Johanson

y Turner Warwick respectivamente.

#### **Membranosas:**

Se emplearon técnicas de resección de la estrechez y anastomosis en un tiempo por vía transpubiana en un caso, y plásticas con deslizamiento de piel de escroto en dos tiempos (técnicas de Johanson y Turner Warwick) en todos los casos.

#### **Femeninas:**

En la estrechez del tercio distal de la uretra tras vulvectomía por leucoplasia se efectuó liberación, superficialización de la uretra retraída y plástica del meato estrechado. En un segundo tiempo se restituyó la longitud uretral efectuando un tubo con mucosa de cara anterior de vagina. El otro caso fue una sección con pérdida de sustancia del tercio medio de la uretra consecutivo a una toma de forceps. Se ampliaron los orificios de ambos cabos y se fijaron a la mucosa vaginal, uniéndose en un segundo tiempo mediante un tubo de mucosa de la cara anterior de la vagina. El lapso entre uno y otro tiempo en ambos casos fue de más de tres meses. En las dos pacientes se dejó sonda uretral durante doce días.

## RESULTADOS

#### **Peneanas:**

De los 14 casos revisados, a dos pacientes se les efectuó resección del anillo y anastomosis término-terminal. Evolucionaron bien, estando asintomáticos y bajo control a lo largo de ocho y doce meses respectivamente. A 11 de los pacientes se les efectuó apertura longitudinal de la estrechez hasta uretra sana de los bordes a la piel en el primer tiempo. Un paciente está a la espera del segundo tiempo. En dos de estos casos el cierre se efectuó a lo Cecil, con buena evolución en ambos, a lo largo de cuatro y dos años respectivamente.

En 8 pacientes se utilizó piel de pene: dos según técnica de Denis Brown, uno con tubo uretral cubierto con solapas superpuestas a lo Tihersh y cinco con tubo uretral cubierto con cierre por planos con gran debridamiento dorsal. Un caso de Hohanson se fistulizó, efectuándosele reavivamiento de los bordes de la fístula peneana y cierre por planos. Está asintomático y lleva una evolución de seis años.

Uno de los pacientes ingresó al servicio tras un injerto de piel de muslo por gangrena de pene, con una fístula en el ángulo penoescrotal y estrechez de la uretra a ese nivel. Se repararon los cabos previa cistostomía y en un segundo tiempo se efectuó un tubo de piel que se cubrió con un colgajo deslizado de escroto. Evolucionó con dehiscencia de la sutura y fístula. Fue reintervenido incidiendo la uretra estrechada y fijando los bordes a la piel. A los seis meses se efectuó nuevo tubo uretral con piel y se deslizó otro colgajo de escroto a pedículo lateral; evolucionó bien perdiéndose de la consulta a los cuatro meses por regresar a su país de origen.

#### **Bulbares:**

De los 16 casos operados, a 7 pacientes se les efectuó uretrotomía y cierre sobre tutor a lo Fenger; 3 debieron continuar con dilataciones por presentar una recidiva menor de su estrechez dos debieron ser reoperados con técnicas de T.W. y han evolucionado bien durante el año en que estuvieron bajo control y dos se perdieron de la consulta. A un paciente se le practicó uretrotomía y cierre por segunda sobre tutor, que evolucionó bien. De los ocho restantes se les efectuó plástica a lo T.W. a cuatro ante el fracaso de plásticas anteriores. Todos evolucionaron favorablemente, si bien tres de estos casos son muy recientes (aproximadamente tres meses), los demás llevan entre seis meses y cuatro años de operados.

**Membranosas:**

En cinco de los seis **pacientes**; se efectuó la **plástica de T.W.** ante el fracaso de otras, así en un caso a los dos meses de efectuada una **plástica término terminal** por vía transpubiana se lo reoperó habiendo evolucionado satisfactoriamente a los seis meses del segundo tiempo. En dos de estos **pacientes** la reoperación fue posterior a **plásticas a lo Sabadini**; uno evolucionó bien, controlado a lo largo de dos años y el otro presenta estenosis del orificio proximal a los cinco meses del primer tiempo. El cuarto paciente fue reoperado por presentar estrechez luego de una **plástica a lo Johanson**, evolucionó de su primer tiempo con estenosis del orificio proximal siendo reoperado por esta causa en tres oportunidades, en la actualidad se efectuó una **cuarta meatoplastía** con deslizamiento de piel del escroto a gran base lateral.

El quinto paciente concurrió al servicio luego de haber sido intervenido en varias oportunidades por vías suprapúbicas y perineales, se efectuó el primer tiempo debiendo efectuarse en dos oportunidades **plásticas de orificio proximal** previo al segundo tiempo del que lleva dos años asintomático. En el otro paciente debió ampliarse en dos oportunidades el cabo proximal.

**Femeninas:**

El primero de los casos evolucionó muy bien, libre de estrechez, y lleva más de tres años de operado. La otra paciente debió ser reoperada luego del primer tiempo por estenosis del orificio proximal que se amplió. Lleva tres meses de efectuado el segundo tiempo y está bajo control de su infección, sin estrechez.

**CONSIDERACIONES**

En las primeras **plásticas de uretra** se realizó la derivación suprapúbica de la orina. Actualmente preferimos el catéter uretral (sonda uretral autofijable) de calibre 16 F preferentemente, que permite el drenaje de las secreciones entre éste y la pared uretral si las hubiera. Pensamos que la utilización de los nuevos materiales de sutura ha incidido favorablemente sobre el curso de las intervenciones. En las primeras **plásticas** se utilizó **Catgut Cromado 00 y 000** como material de sutura, luego fue reemplazado por seda siliconada 000, Mersilene 0000 y actualmente **Dexon 00 y 000** de elección.

La estenosis del orificio proximal complicó frecuentemente la evolución de los primeros tiempos sobre uretras membranosas. Se efectuaron **plásticas de los mismos** hasta lograr un calibre adecuado. En un primer momento mediante sección longitudinal y cierre transversal. Ultimamente se han obtenido mejores resultados con la sección longitudinal del anillo estenótico y el deslizamiento de un colgajo de piel sana de escroto.

Si bien para las estrecheces extensas la técnica de **Johanson** en otras manos ha dado muy buenos resultados, en nuestro servicio preferimos utilizar el método descrito por **T.W.** que es más simple en alguno de sus pasos. Para esta última se emplearon: un separador nasal de Killian, una aguja Reverdin de intestino y/o agujas de **Turner Warwick**, hemostasia prolija con electrocoagulación. En el cierre de las uretras peneanas puntos capitonados de nylon con **perlas de plástico** y clips de aluminio.

**CONCLUSIONES**

Las **plásticas de la uretra anterior**, fija y pendular, no presentan grandes dificultades. La utilización de elementos de sutura apropiados, el uso de puntos capitonados y/o la gran incisión dorsal del pene de descarga, así como el control de la infección, llevan generalmente a la obtención



**Dioxadol<sup>®</sup>**

⟨ d-propoxifeno + terapirol ⟩

**Analgésico total**



**Bagó**

Investigación y tecnología Argentina

de resultados exitosos. Mayores problemas presenta la uretra membranosa. Si bien los elementos de sutura (polienglicol actualmente) y el control de la infección son muy importantes, en algunos pacientes deben valorarse las condiciones locales de la piel del periné a veces extremadamente fibroso y mal vascularizado por la acción de intervenciones anteriores. Para rehacer en estos casos el meato proximal nos ha parecido de valor la utilización de piel del escroto deslizado según el principio de la plástica cutánea por rotación, lo que lleva a obtener un buen colgajo con amplio pedículo.

## RESUMEN

Se presentan 38 pacientes a los que se efectuó tratamiento quirúrgico por padecer estrecheces de la uretra, de un total de 58 casos internados en el Servicio de Urología del Hospital José M. Penna desde el año 1964 hasta la fecha.

Las plásticas se dividen de acuerdo al sexo y a la topografía.

Se describen las técnicas empleadas y se evalúan los resultados.

\*

## APENDICE

S.T., 58 años. H.C. No. 30,902. Paciente que ingresa al servicio derivado por un médico del interior del país, con antecedentes de uretritis en su juventud, tratado con lavajes y dilataciones. La Rx muestra una uretra estrecha y anfractuosa a nivel de su porción bulbar. El 8/3/72 se efectúa el primer tiempo de su plástica a lo T.W. con buena tolerancia del procedimiento. El segundo tiempo se efectuó a los seis meses, se realiza una Rx de control al año, que confirma la buena evolución.

B.P., 60 años. H.C. No. 36,199. Antecedentes de uretritis en su juventud; desde entonces disuria y polaquiuria. La Rx muestra estrechez extensa que involucra las porciones peneana y bulbar. En un primer tiempo apertura longitudinal de la uretra con plástica a piel de pene y deslizamiento de piel del escroto a la uretra bulbar. A los cuatro meses se efectuó el cierre. Muy buena evolución.

V.O., 26 años. H.C. No. 36,207. Fue operado en su niñez por mielomeningocele y evolucionó con una vejiga neurogénica mixta con sonda a permanencia hasta que es tallado para efectuársele extracción de cálculos uretrales. Concorre a nuestro servicio en 1973; emaciado con 40 °C de temperatura y orinas piúricas, en otro servicio le habían ofrecido una derivación tipo Bricker. La uretrografía muestra una estrechez de uretra bulbar. Se le efectuó el primer tiempo de la plástica a lo T.W. con sonda uretral y antibióticoterapia, evolucionó con buen estado general y aumento de peso hace dos meses cuando consulta por eliminación de orinas turbias y disuria, por lo que se efectúa panendoscopia; la misma muestra paredes uretrales cubiertas por concreciones. A los tres días presenta marcada disuria, hipertermia y edema de pene. Se drena una colección purulenta parauretral, evolucionando con una fístula de uretra peneana; la uretrografía muestra el trayecto fistuloso y aparentes cálculos radiolúcidos. Hipertonía del piso perineal. El cistograma del urograma muestra una uretra prostática dilatada. Se efectuó incisión longitudinal de la uretra en toda su extensión, hasta la porción membranosa inclusive evacuándose concreciones y material purulento; se realiza esfinterotomía en horas cuatro y ocho dejando un buen calibre uretral. Se evacua el contenido vesical que muestra abundantes cálculos y se completa el primer tiempo llevando piel del escroto hasta las proximidades del veru montanun; cursa su trigésimo día de postoperatorio.

C.A., 65 años. H.C. No. 42.894. Es derivado a nuestro servicio por presentar un flemón urinoso en el postoperatorio de una intervención de Miles; se efectúa avenamiento y cistostomía durante la cual se extirpa pequeño lóbulo medio. La uretrografía a los 20 días muestra estrechez y solución de continuidad de la uretra bulbar. A los 4 meses se efectúa liberación de la uretra estrechada, sección y anastomosis T.T. en marzo de 1974. Cursa con buena evolución.

G.J., 62 años. H.C. No. 46.123. Antecedentes de uretritis gonococcica tratada con lavajes; la uretrografía muestra estrechez de aspecto diafragmático en uretra bulbar. Se efectúa plástica término-terminal en junio de 1974. Está asintomático al año de operado.

C.R., 33 años. H.C. No. 41.438. Lesión de uretra membranosa por traumatismo de pelvis. Concorre a nuestro servicio con una cistostomía refiriendo haber sido intervenido en varias oportunidades por vía suprapúbica y perineal. En julio de 1973 se efectúa el primer tiempo de la plástica a lo T.W.; en noviembre del mismo año ampliación del orificio proximal estenosado con el deslizamiento de piel de escroto. En mayo de 1974 se le practicó el segundo tiempo de la plástica. Buen calibre del chorro miccional, asintomático y con cultivos negativos.

\*\*\*\*\*