

# HIPOSPADIAS: EVALUACION DE LA TECNICA DE HODGSON, EN UN SOLO TIEMPO QUIRURGICO

Dr. Bekerman, Alberto David

*Los resultados obtenidos en 32 pacientes con hipospadias, que fueron tratados con la técnica quirúrgica de Hodgson en un solo estadio, se describen en este trabajo.*

*Las innumerables técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de esta anomalía evidencian ampliamente que el problema de su corrección no es simple.*

*Con esta técnica se consigue un gran porcentaje de resultados satisfactorios, incluyendo la corrección completa del Chordee, formación de la neouretra y una estética aceptable.*

*Una técnica quirúrgica cuidadosa con un buen planeamiento, conocimiento de las distintas alternativas operatorias y mejor atención en los detalles es imprescindible para el éxito.*

Hipospadias es la malformación congénita de uretra más común con una incidencia que va desde 1 en 620 a 1 en 250 nacimientos. Puede o no estar acompañada de un grado variable de Chordee.

La corrección exitosa de la hipospadias implica conseguir resultados cosméticos aceptables, así como una función satisfactoria. La gran cantidad de procedimientos descritos para la corrección de este padecimiento testifica las dificultades encontradas para el tratamiento de estos enfermos, así como el hecho de que no se había creado hasta el momento ningún procedimiento uniformemente exitoso para tratar todos los grados y variaciones de hipospadias.

En 1968, el Dr. Hodgson crea una técnica de corrección en un solo tiempo quirúrgico que incluye todas las cualidades que requiere esta difícil cirugía.

Desde el año 1975 hasta el año 1979 he intervenido 32 niños con la técnica de Hodgson. Este grupo sólo incluye a niños con hipospadias medio peneano y distal peneano, y curvatura ventral. Las hipospadias severas y balánicas fueron reparadas con otras técnicas.

La edad promedio de la operación fue a los 4 años con una amplitud de 3 a 10 años. Los resultados cosméticos han sido excelentes y los resultados funcionales igualmente buenos. Este procedimiento lo considero como la técnica ideal, ya que permite corregir el Chordee y construir la neouretra en un solo tiempo quirúrgico.

La técnica es esencialmente la descrita por el Dr. Hodgson.

Luego de la dilatación del meato, la orina se deriva por medio de una sonda Foley introducida a través de una uretrotomía perineal.

Se practica una incisión circunferencial bajo el surco coronal. Se circuncida el meato hipospádico y se libera la piel del pene en su parte ventral del cuerpo cavernoso. El tejido fibroso triangular que causa la curvatura ventral se extirpa hasta llegar a la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos. Se nota al tacto blando y se observa de color azul. La uretra distal se libera lo suficiente de entre los cuerpos cavernosos. Se despliega el prepucio dorsal, del cual vamos a usar su capa ventral para formar la neouretra. Se hacen dos incisiones paralelas en esta capa profunda, con una distancia aproximada de 2 centímetros, dependiendo del tamaño o diámetro con que se desee la nueva uretra. La piel prepucial redundante se extirpa.

A continuación se practica un ojal en la piel dorsal del pene, traspasándose ésta a la zona ventral, teniendo cuidado de preservar la circulación. Se tubulariza esta sección de piel alrededor de un catéter número 8 ó 10, para formar la neouretra.

Esta neouretra es luego anastomosada al previo meato uretral con 4 "0" catgut cromado o vicryl. La línea de suturas queda situada dorsalmente, en el surco cavernoso, reduciendo así las posibilidades de formación de fistulas. Incisiones del tipo Dennis Browne se efectúan en el glande tan lejos como se desee hacer llegar la uretra. La neouretra se sutura al glande, a sus márgenes libres y se finaliza la operación cubriendo el defecto ventral con la piel libre del prepucio. La sutura que sostiene el glande se usa para fijar el tutor uretral, y luego, si uno lo desea, fijarlo a la pared abdominal.

La hemostasis adecuada es importante y se realiza con gasa embebida en epinefrina o coagulación con el electrobisturí.

Uso vendaje compresivo por 3 a 4 días y reposo en cama obligatorio. A los 7 días retiro el tutor y a los 9 días la sonda vesical.

## Resultados

Se presentan 32 pacientes cuya hipospadias se ha corregido con la técnica de Hodgson.

Su evolución ha sido controlada por un período que va de los 12 meses a los 5 años. El paciente operado de más edad es de 10 años y el más pequeño de 3 años. La limitación estaba dada por el tamaño del pene; cuando éste no estaba bien desarrollado, se le hizo un tratamiento previo con pomada con testosterona.

Hubo complicaciones en 6 pacientes (18,7 %):

- 4 fistulas uretrocutáneas
- 1 necrosis del colgajo
- 1 estrechez uretral

Las fistulas se producen todas en el sitio de la anastomosis.

Una de ellas fue corregida con sonda vesical permanente durante 7 días y tres de ellas fueron corregidas quirúrgicamente.

El paciente que sufrió la necrosis del colgajo vuelve a tener su hipospadias, pero ya con el pene recto, y se le corrige el defecto en un segundo tiempo.

Otro paciente, que sufre una estrechez de la uretra (se produjo por modificar la técnica, pues traté de llevar la neouretra al extremo del glande), tuvo serias complicaciones debido a las dilataciones varias e infección urinaria; se produjo un flemón suprapúbico y perineal que necesitó de una citostomía suprapúbica y tratamiento antibiótico intensivo. Las fistulas fueron cerradas en varias capas y con rotación de colgajo.

Otros procedimientos, como el King y el Horton-Devine, tienen mayor incidencia de fistula. Siguiendo los consejos de Engel pongo un punto de anclaje del sitio anastomótico a la túnica albugínea, previniendo así la tensión de esta área aparentemente tan vulnerable de la corrección quirúrgica.

Una complicación muy inusual fue producida por el tironeamiento inadvertido de la sonda por una mucama mientras limpiaba la sala hospitalaria.

La necrosis del colgajo es una situación muy estresante. El colgajo se pone de color azul negruzco y no vale terapéutica alguna, vasodilatadores, antiinflamatorios, vitaminas, mejoradores tisulares, etcétera. La piel se necrosa y en pocas semanas se cae. Esta complicación nos indica del gran cuidado que debemos tener al realizar el ojal de piel. El orificio debe ser amplio y que no comprima exageradamente el cuerpo peneano, pues se comprimen los vasos que irrigan al prepucio.

Número	Método	Edad promedio	Tipo de hipospadias
32 p.	Hodgson	4 años	.Peneana-media y distal

Es de destacar que 3 de las fistulas uretrocutáneas y la necrosis de colgajo se producen en los primeros 10 pacientes, en los cuales la derivación urinaria fue hecha por medio de una sonda transuretral.