

URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA

Dr. González Martín, Gabino * - Dr. Grippo, Lorenzo ** - Dr. Romano, Víctor S.***

Conclusiones

Hemos tenido 6 recidivas, 2 de las cuales fueron muy precoces, entre los 15 y 20 días de retirada la sonda vesical; pensamos que esta precocidad en la recidiva podría ser atribuida a un pasaje forzado del uretrótomo, sin haber logrado previamente un calibre adecuado mediante el corte a nivel de la estenosis.

Los otros 4 pacientes recidivaron tardíamente, a más de 6 meses de haberse retirado la sonda, con estrecheces muy benignas en cuanto a su longitud y calibre.

Los 39 pacientes restantes fueron controlados por un período que osciló entre los 6 meses y los 2 años y medio del posoperatorio.

Hemos podido evaluar buenos resultados a los 6 meses del posoperatorio, ya que 39 de nuestros pacientes se encuentran con flujos urinarios superiores a los 15 ml/s (87%), único método evaluativo de los resultados obtenidos, siempre que el flujo se mantenga por encima de 15 ml/s. Somos fervientes partidarios de este tipo de control, por considerarlo no invasivo y exento de los riesgos inherentes a cualquier tipo de instrumentación.

Las eventualidades posoperatorias que hemos tenido la oportunidad de observar y controlar son hematurias leves que ceden en las primeras horas, hemouretrorragias que ceden siempre a las primeras 24 horas, escalofríos con o sin elevación de la temperatura, edema de pene y escroto.

Todos estos cuadros fueron resueltos en forma espontánea, sin requerir ningún tipo de práctica dirigida a tal efecto, por lo que sería quizá interesante plantearlas más que como complicaciones, como la evolución normal para el tipo de cirugía efectuada.

En nuestra opinión, el tiempo de permanencia de sonda en el posoperatorio debe ser prolongado, de 2 a 3 semanas. De esta manera se da tiempo para la reparación de la luz uretral y se evita la bacteriemia casi obligada al ser retirada la sonda precozmente.

Hemos tenido la oportunidad de seguir a 2 pacientes, a los que se les salió la sonda a las 24 y 48 horas, respectivamente, sobreviniendo en ambos casos importantes cuadros sépticos, con franco quebrantamiento del estado general de los pacientes, siendo particularmente grave la situación de uno de ellos, que demoró en recuperarse un periodo de 10 días, a pesar de la intensa terapia antibacteriana instituida. Hacemos constar que se trataba de una estrechez de uretra anterior traumática, en un individuo de 22 años al que se le salió espontáneamente la sonda a las 24 horas de operado, reiniciando sus micciones en forma satisfactoria, pero 6 horas después se instala un cuadro séptico que se prolongo durante 10 días, a pesar de lo cual no se le recolocó la sonda.

Resumen

Se presentan 45 casos de uretrotomía interna endoscópica, operados entre el periodo comprendido de enero de 1978 a junio de 1981 en los Hospitales Francés y Español de la ciudad de Buenos Aires.

Se comenta la sistemática de estudio seguida, la técnica quirúrgica efectuada y se valúan los resultados obtenidos, remarcándose que el método debería ser el primero en agotarse frente a la patología estenótica de uretra y antes de recurrir a cualquier otra técnica quirúrgica.

Fundamentamos esto en cuanto a la sencillez, baja morbilidad y los buenos resultados obtenidos mediante su manejo. Es de destacar el valor de la flujometría en el control y evaluación de estos pacientes.

Summary

We submit 45 cases of internal endoscopic urethrotomy operated during the period January 1978-June 1981 in the French and Spanish Hospitals of Buenos Aires.

We comment on the method of study that we followed, the surgical techniques, and we evaluate the results.

We submit 45 cases of internal endoscopic urethrotomy oper tried against urethral structures. This due to the simplicity, low morbidity and good results obtained with this method. We also want to point out the importance of the uroflowmetry in regard to the evaluation and follow-up of patients.

El presente trabajo tiene por objeto exponer nuestra experiencia en el manejo de las estrecheces de uretra en el hombre, patología ésta de difícil solución, hecho demostrado por la gran variedad de técnicas quirúrgicas en tal sentido.

Consideramos a la uretrotomía interna como un método fácil de realizar, con un mínimo de entrenamiento y debido a su baja morbilidad puede ser repetido cuantas veces se requiera. Recurrimos a ella como primer tratamiento quirúrgico de elección en cualquier tipo de estrechez de uretra, antes de transitar otro camino quirúrgico.

Material y métodos

Se analizan 45 casos de estenosis de uretra de diferentes etiologías, tratadas por nosotros entre enero de 1978 y julio de 1981 en los Servicios de Urología de los Hospitales Español y Francés de la ciudad de Buenos Aires.

Desde el punto de vista etiológico, nuestra serie fue agrupada de la siguiente manera:

6 pacientes (13,3%) por traumatismo directo desde afuera hacia adentro;

* Jefe del Servicio de Urología de los Hospitales Español y Francés de Buenos Aires.

** Encargado de la Sección Endoscopia de los Hospitales Español y Francés de Buenos Aires.

*** Encargado de la Sección Urodinamia de los Hospitales Español y Francés de Buenos Aires.

16 pacientes (35,5 %) por traumatismo desde adentro hacia afuera (iatrogénicos);

13 pacientes (28,8 %) con antecedentes de uretritis aguda;

10 pacientes (22,2 %) idiopáticos.

La edad de los pacientes osciló entre los 18 y los 78 años de edad, con una edad promedio de 48 años.

Todos ellos fueron evaluados mediante exámenes semiológicos, uretrografía retrógrada, urograma excretor con cistouretraografía miccional y posmiccional, endoscopia en aquellos pacientes cuyas imágenes radiológicas resultaban dudosas, flujometría cuyo valor (flujo máximo) considerado fue de 10 ml/s para formular indicación quirúrgica.

En 2 casos hemos asociado resección transuretral de la próstata a la uretrotomía interna.

Operación

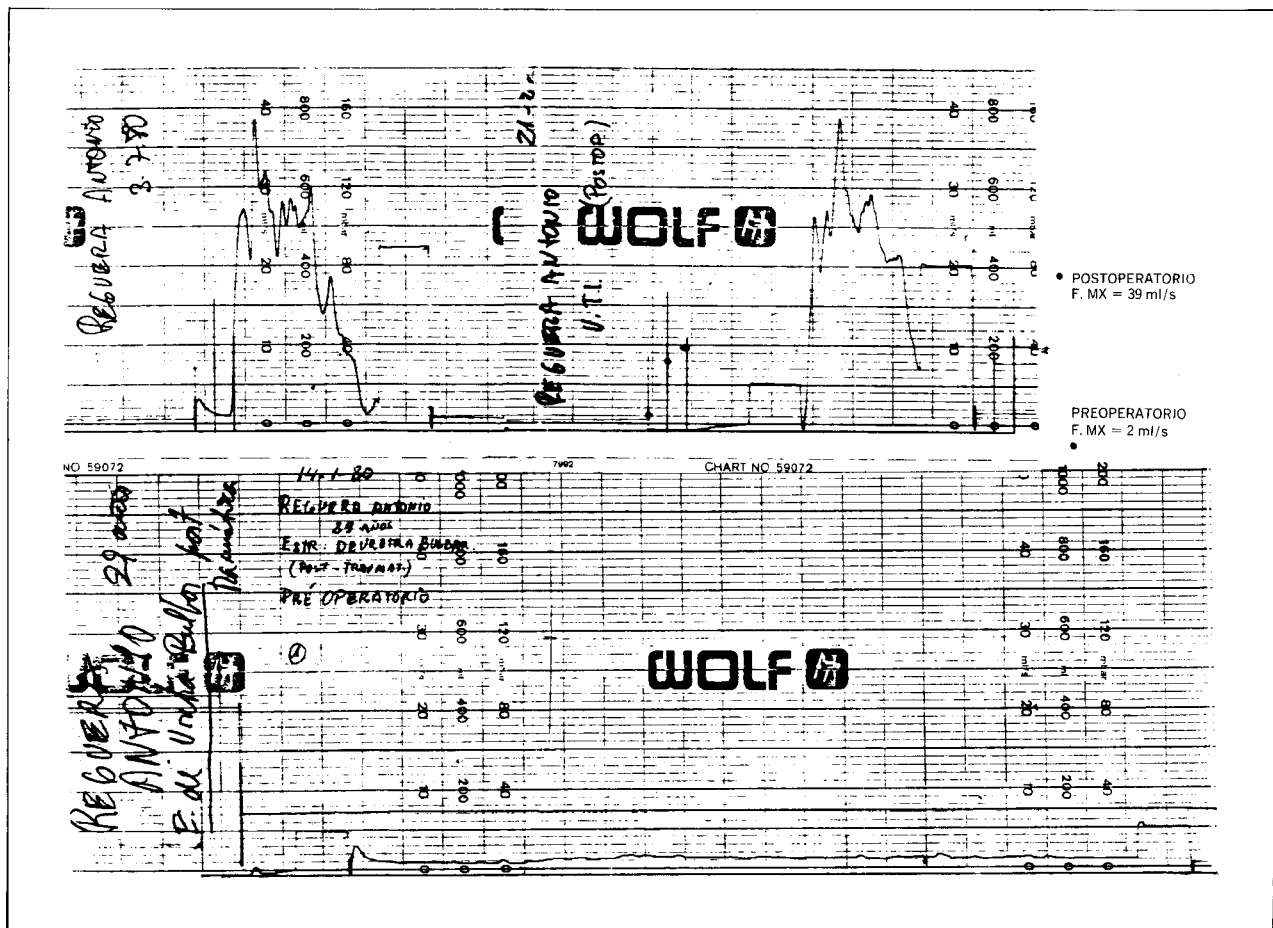
Internamos al paciente 24 horas antes de la operación. Se lo rasura y practica enema evacuante, comenzando con la antibióticoterapia profiláctica por lo menos 12 horas antes del acto quirúrgico. Trasladado el paciente a quirófano, se procede a efectuarle anestesia regional, peridural, raquídea y reservamos la anestesia general para aquellos casos en que presumimos un acto operatorio muy breve. En 2 casos de

nuestra serie se empleó anestesia local con muy buenos resultados. Efectuamos campos quirúrgicos, retirando al equipo de la solución antiséptica (amonio cuaternario) en la que fue colocado 2 horas antes. Utilizamos un uretrótomo ACMI, modelo Iglesias con óptica de 0° y cuchillete frío (Sachse). Como medio de irrigación empleamos agua bidestilada, en sachets de 2 litros de los que se obtienen en el comercio.

Técnica quirúrgica

El espíritu que nos anima es el de practicar cortes netos y profundos a la hora 12, que siempre realizamos bajo visión, tratando de no perder la orientación espacial en ningún momento; cuando las estrecheces son múltiples y largas, nos valemos de la colocación de un catéter ureteral nº 5 F que, cuando lo logra, remonta las estrecheces hacia la vejiga, sirviéndonos de guía. La perfusión continua nos permitirá un buen medio. Si se mantiene correcta la orientación, el procedimiento es poco sangrante. Esta maniobra se ve simplificada si el paciente se encuentra previamente cistostomizado. Nosotros hemos operado 5 pacientes con cistostomía previa, no habiendo requerido ninguno de ellos cirugía posterior de cierre de la fístula hipogástrica (curación espontánea).

CUADRO 1



La introducción del uretrótomo debe ser suave y no requiere de ningún otro esfuerzo que sea el demandado por la cuchilla para hacer su corte dorsal. Podríamos analogar el paso del uretrótomo, luego de efectuado el corte, al del pañendoscopio en una uretoscopia normal. Una vez llegados a

la vejiga y franqueadas las obstrucciones, se retira el uretrótomo y se procede a colocar sonda Foley siliconada nº 18 F con 10 cm de balón; empleamos como lubricante xylocaína jalea; no dejamos lavado vesical y una vez que nos aseguramos del buen funcionamiento de la sonda, regresamos el

paciente a su habitación, dándole el alta al día siguiente con sonda uretral permanente que mantendremos por 3 semanas, con controles semanales por Consultorio Externo.

Retirada la sonda, efectuamos controles mediante flujo urinario; el primero a los 30 días de operado, el segundo a los 3 meses, y continuamos con controles trimestrales hasta completar el año, manteniendo control ulterior anual.

Nosotros hemos visto que el flujo urinario tiende a estabilizarse a los 60 días del posoperatorio.

Bibliografía

1. Borges, H. J.; Rocha Brito, R., y Zulian, R.: "Uretrotomía interna en pacientes de sexo masculino: Avaliação em 891 casos". Rev. Paul. Med., 90:10, 1977.
2. Córca, P. A., y col.: "Valor de la uroflujometría en la evaluación pre y posoperatoria del adenoma prostático". 1er. Congreso Internacional de Cirugía Urológica Endoscópica. Buenos Aires, 1978.
3. Matouschek, E.: "Uretrotomía interna quinquenal". 1er. Congreso Internacional de Cirugía Urológica Endoscópica. Buenos Aires, 1978.
4. Matouschek, E.: "Uretrotomía interna endoscópica". Actas Urol. Esp., 3:57, 1979.
5. Moncada, J.: "Tratamiento endoscópico de las estrecheces uretrales con el uretrótomo de Sachse". Arch. Esp. Urol., 28:517, 1975.
6. Rodríguez Netto, Jr., N.: "Estudio comparativo entre a uretrotimía c/electrodo e a frio; no tratamento das estenoses uretrais". 1er. Congreso Internacional de Cirugía Urológica Endoscópica. Buenos Aires, 1978.
7. Sachse, H.: "Zur Behandlung der Harnrohestriktur: die transurethrale Schilitzung unter Sicht mit scharfem Schnitt". Fortschr. Med., 92:12, 1974.
8. Vargas Delanoy, F., y col.: "Valor de la uretrotomía interna endoscópica para el tratamiento de la estrechez uretral". 1er. Congreso Internacional de Cirugía Urológica Endoscópica. Buenos Aires, 1978.

CUADRO 2

Periodo: 1978-1981 - Uretrotomía interna

Total enfermos	45	
Recidivas precoces	2	4 %
Recidivas tardías	4	9 %
Buenos resultados	39	87 %
Reoperados:		
2 veces	4	
3 veces	2	