

URETROPLASTIA TRANSPUBIANA EN LA ESTRECHEZ DE LA URETRA POSTERIOR

Dr. Podestá (h.), M. L.*

Introducción

Las estrecheces de la uretra posterior como consecuencia de un traumatismo pelviano revisten un serio desafío.

A la dificultad del acceso quirúrgico a la uretra prostato-membranosa, se suma la presencia de los mecanismos esfinterianos de continencia en dicha región.

El urólogo debe ser cuidadoso en evitar agravar, en su tarea de reconstruir el aparato urinario bajo, el daño original ya existente a raíz del traumatismo inicial.

Los factores anteriormente mencionados hacen que la reconstrucción de la uretra posterior sea un procedimiento de mayor complejidad que a nivel de la uretra bulbar y/o peniana.

Material

En el período comprendido entre los años 1980-1982 fueron intervenidos, en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", tres pacientes por estrecheces de uretra posterior a raíz de traumatismos pelvianos.

La técnica empleada fue una uretroplastia anastomótica bulboprostática por vía combinada, perineal y transpubiana. A los pacientes se los estudió con una radiografía directa del aparato urinario, un urograma excretor y una uretrografía retrógrada.

La radiografía directa nos brinda información del estado de la pelvis, o sea luego del traumatismo.

El urograma excretor nos informa del aparato urinario alto, y el cistograma, de la posición y grado de desplazamiento vesical.

El cistograma del urograma excretor se utilizó para realizar una cistografía miccional y establecer el límite proximal de la estrechez.

Realizar simultáneamente una cistografía miccional y una uretrografía retrógrada en posición anteroposterior y oblicua delimita la longitud de la estrechez.

Método y técnica

La técnica quirúrgica antes mencionada está indicada cuando la estrechez es de una longitud mayor de 3 cm, cuando la estrechez está rodeada de fibrosis imposible de resolver por vía perineal y cuando coexisten divertículos parauretrales, múltiples falsas vías o fístulas rectouretrales.

Las condiciones antes enumeradas obligan a una exposición mayor que la que otorga la vía perineal.

Las estrecheces cortas, menores de 2 cm y sin excesiva fibrosis, pueden corregirse mediante una uretroplastia bulboprostática por vía perineal.

La uretroplastia anastomótica bulboprostática, ya sea por vía perineal o combinada, está contraindicada en aquellos pacientes que no posean una uretra anterior normal, ya que esta condición es un requisito indispensable para poder realizar con éxito esta técnica.

La técnica es similar a la descrita por Pierce (1964) y Paine y Coombes (1968).

Se coloca al paciente en posición dorsosacra, las piernas separadas con ligera flexión de la cadera y las rodillas. Se

expone inicialmente la uretra bulbar por vía perineal y se moviliza en toda su circunferencia hasta el ángulo peno-escrotal. Si el urólogo considera que no puede resolver la estrechez por este acceso, procede a realizar un abordaje combinado por vía abdominal con resección parcial del pubis.

El siguiente paso es la exéresis de la fibrosis que rodea la cara anterior de la próstata que se interpone entre los cabos uretrales disociados.

Uretrotomía de la uretra prostática por debajo del verumontánum y espatulación de la mucosa uretral al tejido prostático vecino fijándolo con Dexon 00000.

La anastomosis bulboprostática que se realiza a continuación debe ser amplia, sin tensión, y para ello es conveniente espatular ambos cabos uretrales.

La anastomosis se realiza sobre un tutor fenestrado que sirve para drenar orina y secreciones propias de la uretra. La derivación suprapúbica de orina es un paso obligado en esta intervención.

Resultados

Los tres pacientes, al retirársele el tutor uretral y la derivación urinaria suprapúbica, evolucionaron con micciones espontáneas, sin incontinencia urinaria, no requirieron dilataciones uretrales ulteriores y se reintegraron a sus ocupaciones habituales.

Dos de los pacientes conservan su potencia sexual luego de la uretroplastia. El tercer paciente, luego del traumatismo pelviano inicial, presentó una impotencia que persiste hasta la fecha.

Apéndice

A. B. H. C. n° 160612. Paciente de 21 años de edad que a raíz de un accidente automovilístico el 24/1/81 sufrió una fractura de pelvis ósea y ruptura completa de uretra posterior. Se le realizó, el 25/1/81, una cistostomía suprapúbica. El 8/4/82 se efectuó una uretroplastia anastomótica bulboprostática transpubiana. Evolucionó a los 30 días de su intervención favorablemente, reestableciéndose la micción, con un flujo urinario normal. Seguimiento: 12 meses. Libre de dilataciones uretrales.

J. J. C. H. C. n° 152343. Paciente de 36 años de edad que a raíz de una fractura de pelvis ósea padece una ruptura completa de uretra posterior (21/10/81). El 22/10/81, cistostomía suprapúbica. El 13/5/82 se efectuó una uretroplastia anastomótica bulboprostática transpubiana. Evolucionó favorablemente recuperando la micción con un flujo urinario normal. Libre de dilataciones uretrales. Seguimiento: 12 meses.

R. P. H. C. n° 164585. Paciente de 16 años que a raíz de un accidente padece una fractura de pelvis ósea y ruptura de uretra posterior (4/2/82). Cistostomía suprapúbica el 4/2/82. Uretroplastia anastomótica bulboprostática transpubiana el 22/7/82.

Evolución: reestablecimiento de la micción con flujo urinario normal. Libre de dilataciones uretrales. Seguimiento: 10 meses (figs. 1 y 2).

* Primera Cátedra de Urología Hospital de Clínicas "José de San Martín".

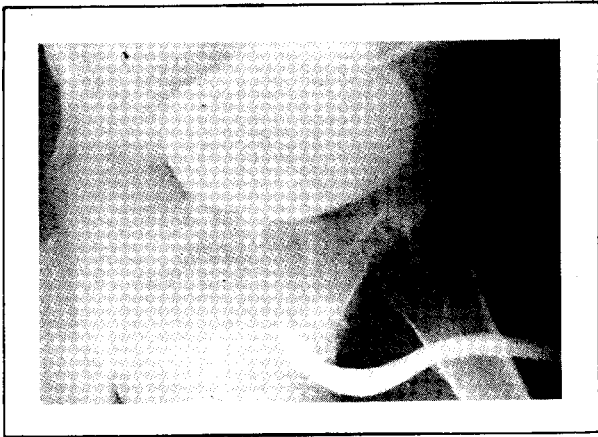


Figura 1

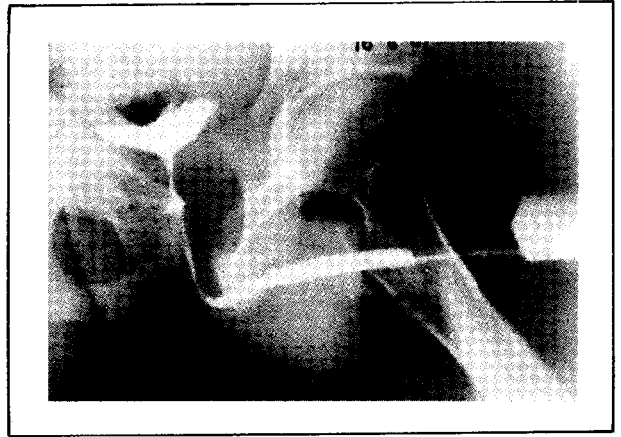


Figura 2

Bibliografia

1. Malloy, T. R.; Wein, A. J.; Carpiniello, L.: "Transpubic urethroplasty for prostatomembranous urethral disruption". *J. Urol.*, 124:359-362, 1980.
2. Morehouse, D. D.; Mackinon, K. J.: "Management of prostatomembranous urethral disruption: 13 year experience". *J. Urol.*, 123:173-174, 1980.
3. Paine, D.; Coombes, W.: "Transpubic reconstruction of the urethra". *Brit. J. Urol.*, 40:78-84, 1968.
4. Pierce, J. M.: "Urethroplasty". *J. Urol.*, 125:508, 1981.
5. Pierce, J. M.: "Exposure of the membranous posterior urethra by total pubectomy". *J. Urol.*, 88:256, 1962.
6. Turner-Warwick, R.: "Complex traumatic posterior urethral strictures". *J. Urol.*, 118:564-574, 1977.
7. Waterhouse, K.; Laungani, G.; Patil, U.: "Surgical repair of membranous urethral strictures: experience with 105 consecutive cases". *J. Urol.*, 123:500-505, 1980.

URO 'BACTRIM' Roche

Trimetoprima, sulfametoxazol y fenazopiridina.

Tratamiento de elección para las infecciones urinarias con componente doloroso

Composición

Cada comprimido laqueado de URO 'BACTRIM' Roche contiene, como principios activos:

sulfametoxazol	800 mg
trimetoprima	160 mg
clorhidrato de fenazopiridina	200 mg

Propiedades

- *Sinergia bactericida* sobre la mayoría de los gérmenes patógenos urinarios grampositivos y gramnegativos.

Original mecanismo de acción: bloqueo simultáneo de dos enzimas en la misma cadena de reacciones del microorganismo.

- *Mínima incidencia de resistencia bacteriana.*

- *Adecuada farmacocinética:* rápida absorción, niveles plasmáticos sostenidos, baja ligadura proteica, niveles bactericidas en el lugar de la infección.

- *Rápido efecto sintomático:* la fenazopiridina posee efectos analgésico, anestésico y emoliente de las mucosas inflamadas (no dependientes del pH urinario), suprimiendo la disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.

- *Cómoda posología:* 1 comprimido por la mañana y 1 comprimido al anochecer.

- *Excelente tolerancia:* mínima incidencia de efectos secundarios.

- *Eficacia terapéutica documentada* en más de 11.300 citas bibliográficas internacionales que señalan a URO 'BACTRIM' Roche como el fármaco de elección para el tratamiento de las infecciones urinarias.

Indicaciones

Tratamiento de elección para las infecciones urinarias acompañadas de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.

- Cistitis aguda y crónica

- Uretritis

- Prostatitis

- Pielitis

- Pielonefritis

- Profilaxis de las infecciones que complican las intervenciones y maniobras urológicas instrumentales (cateterismo, cistoscopia).

Posología

	Número de comprimidos	
	mañana	noche
Adultos y niños mayores de 12 años		
Dosis media	1	1
Infecciones severas	1½	1½
Niños de 6 a 12 años		
Dosis media	½	½

URO 'BACTRIM' Roche está indicado en el tratamiento de la fase aguda y dolorosa de las infecciones de las vías urinarias. Como el alivio sintomático se manifiesta a los pocos días, el tratamiento no debe exceder de 5 días. Luego del alivio sintomático, los pacientes que requieran tratamiento antibacteriano deberán ser tratados con 'BACTRIM' Fuerte solamente.

Acciones colaterales y secundarias

En las dosis indicadas URO 'BACTRIM' Roche es muy bien tolerado. Ocasionalmente pueden presentarse náuseas, vómitos y reacciones alérgicas cutáneas. En algunos pacientes, particularmente de edad avanzada, se han observado alteraciones hematológicas que en la gran mayoría de los casos fueron de características leves, asintomáticas y reversibles con la suspensión del medicamento. Los cambios mencionados consisten principalmente en trombocitopenia, leucopenia, neutropenia y muy raramente púrpura y agranulocitosis.

Contraindicaciones

Afecciones graves del parénquima hepático, discrasias sanguíneas, insuficiencia renal severa, hipersensibilidad a las sulfamidas, trimetoprima o fenazopiridina, embarazo, prematuros y recién nacidos durante las primeras semanas de vida.

Precauciones y advertencias

Cuando la función renal está alterada, se debe reducir la dosis o prolongar los intervalos entre las tomas. Se determinará, en estos pacientes, la concentración plasmática de sulfametoxazol y de trimetoprima.

Si se continúa el tratamiento en forma prolongada se recomienda el control periódico de la fórmula sanguínea. De aparecer erupciones cutáneas se debe suspender inmediatamente el tratamiento con URO 'BACTRIM' Roche. URO 'BACTRIM' Roche puede presentar interacción con los anticoagulantes orales, fentoina y medicamentos hipoglucemiantes.

Nota: El clorhidrato de fenazopiridina aparece en la orina como un pigmento rojo-anaranjado que puede manchar la ropa interior. Dichas manchas podrán ser eliminadas de la siguiente manera: para algodón blanco o hilo lávese la ropa con detergente y agua caliente. En caso de manchas rebeldes en algodón blanco, lana, seda artificial o nylon, sumérjase la prenda en una solución de hidrosulfito al 0,25%.

Presentación

Comprimidos laqueados, envase con 10

'LINIMETIL' Roche

bromazepam y bromuro de propantelina

***Antiespasmódico potente con un
ansiolítico indiscutible***

Composición

Cada cápsula contiene como principios activos: 1,5 mg de bromazepam:
7-bromo-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona y 15 mg de bromuro de propantelina.

Propiedades

'LINIMETIL' Roche, indicado para el tratamiento de los trastornos gastrointestinales de origen funcional u orgánico, es una combinación racional de dos principios activos de reconocida eficacia terapéutica: bromazepam (sustancia activa de 'LEXOTANIL' Roche) y bromuro de propantelina (anticolinérgico sintético).

El bromazepam ejerce una actividad ansiolítica específica, intensa y selectiva, aun en dosis pequeñas, no afectando la motricidad ni la capacidad de reacción.

El bromuro de propantelina es un anticolinérgico sintético que disminuye la secreción ácida gástrica y ejerce una acción espasmolítica a nivel gastrointestinal.

'LINIMETIL' Roche presenta un efecto terapéutico superior al de sus principios activos por separado, en el tratamiento de las repercusiones psicósomáticas a nivel del aparato digestivo.

Indicaciones

Trastornos gastrointestinales de origen funcional u orgánico.

Úlcera péptica: gástrica y duodenal.

Gastritis.

Duodenitis.

Hipersecreción e hipermotilidad gastrointestinal.

Colon irritable o espástico.

Colitis.

Diarrea.

Posología y forma de administración

La dosis diaria recomendada es de 2 a 4 cápsulas, según la intensidad del proceso. Ingerir con un poco de líquido, preferentemente antes de las comidas.

En pacientes de edad avanzada o debilitados comenzar con 1 ó 2 cápsulas por día y después aumentar paulatinamente hasta llegar a la dosis óptima.

Acciones colaterales y secundarias

Con dosis elevadas, ocasionalmente pueden producirse sequedad de boca, constipación, somnolencia, mareos, disminución de la libido, dificultad en la micción o visión borrosa, manifestaciones de naturaleza leve, que desaparecen al reducir la dosis.

Contraindicaciones

Glaucoma, hipertrofia de próstata, hipotonía muscular y miastenia grave.

Antagonismos y antidotismos

No existe antidoto específico. En caso de administración inadecuada debe indicarse tratamiento sintomático.

Precauciones y advertencias

Dado que numerosas drogas que actúan sobre el sistema nervioso central pueden disminuir la tolerancia al alcohol, los pacientes en tratamiento con 'LINIMETIL' Roche deben abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas. No es conveniente indicarlo durante el embarazo.

Presentación

Cápsulas, envases con 20 y 50.

Bibliografía

1. Trabucco, A., y col.: "Falsa vía por cateterismo brutal. Fallecimiento dentro de las 45 horas". *Rev. Arg. Urol.*, 6:11-12, 521, noviembre-diciembre 1937.
2. Trabucco, A., y col.: "Accidentes graves debidos a la introducción de un lápiz de nitrato de plata en la uretra". *Rev. Arg. Urol.*, 8:3-4, 55, mayo-abril 1939.
3. Lucano, D.: "Cuerpo extraño de uretra posterior". *Rev. Arg. Urol.*, 24:4-6, 123, setiembre-diciembre 1955.
4. Moser, G.: "Cuerpo extraño en vejiga". *Rev. Arg. Urol.*, 25:5-8, 183, mayo-agosto 1956.
5. Mayo, N.: "Litiasis vesical por cuerpo extraño". *Rev. Arg. Urol.*, 29:9-12, 123, setiembre-diciembre 1960.
6. Arias, R.: "Cuerpos extraños uretrovesicales". *Rev. Arg. Urol.*, 39:7-12, 176, julio-diciembre 1970.
7. Schiappapietra, J., y col.: "Raro cuerpo extraño vesical en un hombre". *Rev. Arg. Urol.*, 40:5-8, 176, mayo-agosto 1971.
8. Nigro, E., y col.: "Cuerpo extraño vesical iatrogénico". *Rev. Arg. Urol.*, 40:9-12, 313, setiembre-diciembre 1971.