

EPISPADIAS CONGENITO: NUESTRA EXPERIENCIA

Dres. Medel, R.; Podestá, M. L.; Castera, R.; Quesada, E. M.

RESUMEN: *Analizamos nuestra experiencia en el tratamiento de 14 pacientes (4 niñas y 10 varones) portadores de diferentes tipos de Epispadias. La edad de consulta varió de 1 mes a 9 años.*

Las 4 niñas de este grupo presentaron un Epispadias severo con diastasis pubiana, clitoris bífido e incontinencia de orina. Un niño presentó además del Epispadias, un pene rudimentario a nivel del pliegue inguinal izquierdo que fue extirpado. De los 10 varones uno tenía una duplicación uretral con una uretra peneana normal y la accesoria epispádica penopúbica que fue resecada; de los 9 pacientes restantes 4 presentaron epispadias glandulares, 1 mediopeneano y 4 penopúbico. Todos presentaron diferentes grados de diastasis pubiana, siendo incontinentes los 4 varones con epispadias penopúbicos y las 4 niñas.

Nueve pacientes requirieron cierre uretral, 4 uretroplastias en dos tiempos, 1 uretroplastia con colgajo prepucial pediculado y 4, cierre simple, observando como complicaciones fístula uretrocutánea en 3 y dehiscencia de la glanduloplastia en 2.

En 3 pacientes realizamos además de la uretroplastia una plicatura de los cuerpos cavernosos (Nesbit) para corregir el corvo dorsal.

En 7 de los 8 pacientes incontinentes realizamos plástica de cuello vesical (Young-Dees-Leadbetter), en 2 de ellos con enterocistoplastia de ampliación. Dos pacientes requirieron colocación de prótesis esfintérica artificial, uno por fracaso de la cervicoplastia y otro como único tratamiento de su incontinencia. Todos están continentales, por lo menos dos horas y orinan espontáneamente sin residuo postmiccional.

(Rev. Arg. de Urol. Vol. 59, Nº 3, Pág. 139 1994)

Palabras clave: Uretra; Epispadias congénito; Tratamiento.

INTRODUCCION

El Epispadias es la expresión más benigna de la anomalía embriológica conocida como "Complejo Extrofia - Epispadias". Menos frecuente que la Extrofia completa de vejiga, se caracteriza por el abocamiento de la uretra en algún punto de la cara dorsal del pene, desde el ángulo penopúbico al glande en el varón o a la horquilla anterior de la vulva en la niña, más frecuente en el sexo masculino⁽¹⁾; lo presentan uno de cada 90.000 pacientes⁽²⁾.

Asociado a la anomalía uretral y como expresión de la embriopatía que le dio origen, todos tienen diferentes grados de diastasis pubiana, los niños presentan además ectopía anal anterior, pene corvo dorsal y en las formas penopúbicas, incompetencia esfinteriana; mientras que en las niñas se observan: ectopía anal y vaginal anterior, clitoris bífido y labios menores separados, sufriendo la mayoría de ellas de incompetencia esfinteriana.

La corrección del Epispadias sigue los principios generales del tratamiento de la Extrofia completa de vejiga que incluye: elongación del pene y corrección del corvo dorsal, uretroplastia con técnicas semejantes a las utilizadas en la corrección del hipospadias y en las formas severas, tratamiento de la incompetencia esfinteriana⁽³⁾.

Unidad de Urología
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Gallo 1330
(1425) Buenos Aires - Argentina

MATERIAL Y METODOS

En la Unidad de Urología del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" hemos tratado entre los años 1978 y 1992, 14 pacientes (4 niñas y 10 niños), portadores de diferentes tipos de Epispadias. La edad de consulta varió de 1 mes a 9 años.

Todos fueron evaluados urológicamente con: urograma excretor, cistouretrografía miccional y cistoscopia en los pacientes incontinentes.

Toda las niñas presentaron Epispadias severo con diastasis pubiana, clítoris bífido e incontinencia de orina.

De los 10 niños, 4 eran portadores de Epispadias glandulares, 1 mediopeneano y 5 penopúbicos. Uno de los pacientes con localización glandular presentó además de la uretra epispádica un pene rudimentario a nivel del pliegue inguinal izquierdo; en otro paciente la uretra epispádica penopúbica correspondía a una uretra accesoria en una duplicación uretral. Todos presentaron diastasis pubiana siendo incontinentes los 5 con Epispadias penopúbicos (Cuadro 1).

Epispadias Material

14 pacientes (4 niñas - 10 niños)

• Niñas	Epispadias severo.....	4*
• Niños	Glandular	4
	Mediopeneano.....	1
	Penopúbico.....	5*

* Incontinencia de orina.

Cuadro 1

Tres de las 4 niñas requirieron cirugía genital, 2 cierre de la uretra y vulvoplastia y una solamente vulvoplastia.

De los 10 niños, 9 necesitaron cirugía reconstructiva, 5 uretroplastias en un tiempo y 4 en dos tiempos. En todos realizamos disección lateral del glande y glanduloplastia.

Todos los niños (10 pacientes) presentaron corvo dorsal, en 7 se corrigió con la resección de la fibrosis y la liberación de los cuerpos cavernosos, mientras que 3 requirieron además de una operación de Nesbit ventral⁽⁴⁾.

El pene rudimentario que presentaba uno de los niños con Epispadias glandular y la uretra epispádica penopúbica accesoria en una duplicación uretral, fueron resecados.

En 8 pacientes fue preciso corregir la incontinencia de orina. Cinco (3 niñas y 2 niños) fueron tratados con una

plástica de cuello vesical según la técnica de Young-Dees-Leadbetter⁽⁵⁾ como procedimiento inicial, 4 (3 niñas y un niño) obtuvieron continencia, mientras que el restante con escasa capacidad vesical, requirió luego de la cervicoplastia una enterocistoplastia de ampliación para obtener continencia.

De los 3 pacientes restantes, un niño con escasa capacidad vesical requirió en el mismo acto operatorio, plástica del cuello vesical y enterocistoplastia de ampliación, mientras que los otros 2 (una niña y un niño) con buena capacidad vesical recibieron como tratamiento de la incompetencia esfinteriana un esfínter urinario artificial.

RESULTADOS

En las 3 niñas que realizamos cierre uretral y vulvoplastia, los resultados cosméticos fueron satisfactorios. Esta cirugía no mejoró ni la capacidad vesical, ni la continencia.

De los 9 niños con reconstrucción uretral, 3 (uno glandular, 2 penopúbica) desarrollaron fístula uretrocutánea, mientras que 2 presentaron dehiscencia de la glanduloplastia.

De los 5 pacientes (3 niñas y 2 niños) que recibieron como tratamiento inicial una plástica de cuello vesical, 4 obtuvieron continencia, mientras que uno al no desarrollar capacidad vesical adecuada, requirió una cistoplastia de ampliación para obtener continencia.

En un paciente realizamos en el mismo acto operatorio la plástica de cuello y una cistoplastia de ampliación, con excelentes resultados.

Dos pacientes (una niña y un niño) con buena capacidad vesical, curaron la incontinencia de orina con un esfínter urinario artificial.

Todos los pacientes están continentes de dos a cuatro horas, aquellos que necesitaron cistoplastia de ampliación realizan cateterismo intermitente por lo menos dos veces al día (mañana y noche) (Cuadro 2).

Epispadias Incontinencia de orina

Tratamiento - 8 pacientes (4 ♀ - 4 ♂)

	Total (♀/♂)	Exito/Fracaso
Plást. Cuello Vesic. (Y-D-L).....	5 (3/2)	4/1*
Cistoplas. de Ampl.		
Plást. Cuello Vesic.....	1 (0/1)	1/0
Esf. Urinario Artif.....	2 (1/1)	2/0

* Un niño requirió cistoplastia de ampliación.

Cuadro 2

DISCUSION

Los objetivos de la corrección quirúrgica del Epispadias incluyen: la reconstrucción cosmética y funcional del pene y en las formas más severas el tratamiento de la incontinencia de orina.

En la reconstrucción penéana es prioridad resecar el corvo dorsal y elongar el pene, liberándolo de su inserción en el pubis.

En nuestra experiencia como en la de otros autores⁽⁶⁾ la prueba de erección artificial es fundamental para confirmar la correcta resección del corvo dorsal. En estos pacientes como las anastomosis entre los cuerpos cavernosos son anómalas, debemos inyectar simultáneamente y por separado, ambos cuerpos cavernosos.

Tres de los 11 pacientes en los que realizamos una uretroplastia desarrollaron fístula uretrocutánea.

En los pacientes con Epispadias severo e incontinencia de orina creemos conveniente realizar la elongación del pene y la uretroplastia antes de la reconstrucción del cuello vesical; este procedimiento como lo refieren *Peter y col.* permite mejorar la capacidad vesical⁽⁷⁾.

La plástica de cuello vesical (*Young-Dees-Leadbetter*) fue eficaz para corregir la incontinencia urinaria en aquellos pacientes con capacidad vesical adecuada. Si la capacidad vesical es pequeña para la edad del paciente, es necesario realizar simultáneamente a la cervicoplastia una cistoplastia de ampliación.

En casos seleccionados la colocación de un esfínter urinario artificial, permite obtener resultados excelentes.

Consideramos que en pacientes portadores de Epispadias severo una capacidad vesical adecuada es fundamental para el éxito de cualquiera de los procedimientos que corrijan la incontinencia urinaria.

BIBLIOGRAFIA

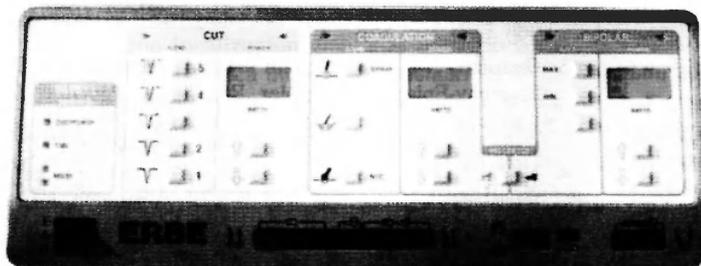
1. Dees, J. E.: Congenital epispadias with incontinence. *J. Urol.* 62:513, 1949.
2. Kramer, S. A.; Kelalis P. P.: Assesment of urinary continence in epispadias: Review of 94 patients. *J. Urol.* 128: 290, 1982.
3. Gearhart, J. P.: Bladder and urachal abnormalities: The Extrophy-Epispadias Complex. En: *Clinical Pediatric Urology*, editado por: P. P. Kelalis, L. R. King y A. B. Belman. Cap.: 15, pág. 606. W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1992.
4. Nesbit, Y. E.: Congenital curvature of the phallus: report of three cases with description of corrective operation. *J. Urol.* 93:230, 1965.
5. Leadbetter, G. W. Jr.: Surgical correction of total urinary incontinence. *J. Urol.* 91:261, 1964.
6. Devine, Ch. J. Jr.; Horton, Ch. E.; Scarff, J. E. Jr.: Epispadias. *Urol. Clin. North Am.* 7:465, 1980.
7. Peters, C. A.; Gearhart, J. P.; Jeffs, R. D.: Epispadias and incontinence: The challenge of the small bladder. *J. Urol.* 140:1199, 1988.



Representante exclusivo de
RICHARD WOLF ALEMANIA

Endoscopía Urológica - Endourología - Sistemas de Video endoscopía

Presenta sus últimas novedades para el médico urólogo



ERBOTOM MCC-350

- Microprocesador automático.
- Potencia de corte y coagulación automática.
- Auto-regulación.
- 53 programas de service incorporados.

EN 1993 INCORPORAMOS A NUESTRA LINEA DE DISTRIBUCION EL SWIS LITHOCLAST DE FABRICACION SUIZA. LITOTRITOR BALISTICO PARA LA DESTRUCCION DE CALCULOS RENALES, URETERALES Y VESICALES POR MEDIO ENDOSCOPICO.



EMS ESPAÑA - BERNARDINO OBREGON, 14 bis - E-28012 MADRID

TEL: (341) 5289989 - FAX: (341) 5393489

EMS 
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

Y COMO SIEMPRE, NUESTRA ASISTENCIA TECNICA Y REPUESTOS GARANTIZADOS.

Ventas: Montevideo 464, 1º piso, telefax: 374-7508/49-5362

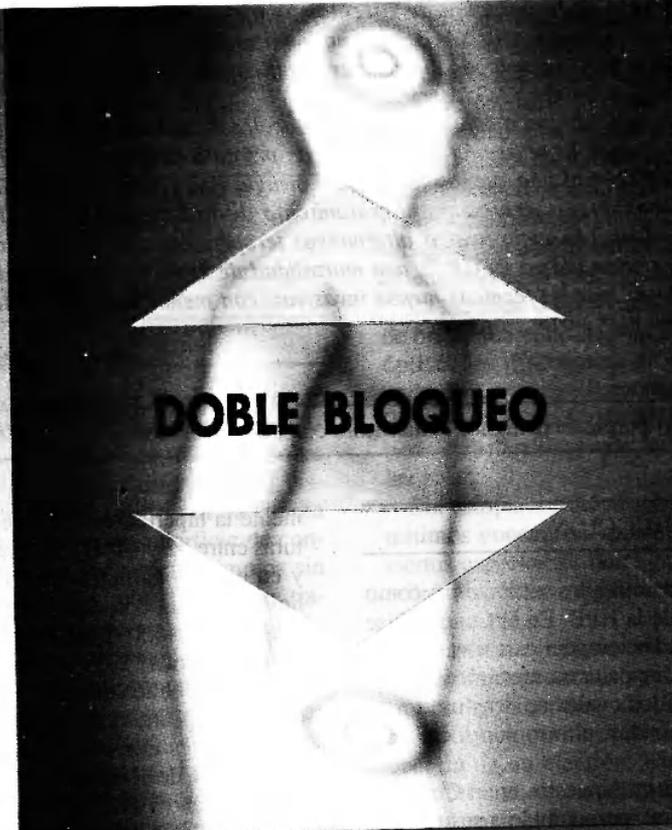
Administración: Montevideo 456, 10º "A". Tel.: 49-3338/3364

RUBIDOX®

Acetato de Ciproterona

BLOQUEO ANDROGENICO COMPLETO EN CARCINOMA DE PROSTATA

Bloqueo de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario,
inhibiendo la producción de testosterona.



DOBLE BLOQUEO

Bloqueo de la captación de testosterona por los receptores
androgénicos en el tumor y en sus metástasis.

R
RONTAG