

PLÁSTICAS DE URETRA ANTERIOR**RECONSTRUCTIVE PROCEDURES
OF ANTERIOR URETHRA**

Dres. Giúdice, C. (h); Munarriz, M.; Faure, P.; Schiappapietra, J.

RESUMEN: *Entre mayo de 1990 y septiembre de 1993, se realizaron en nuestro Servicio 32 plásticas de uretra, de las cuales 25 fueron de uretra anterior con un rango de edad entre 16 y 79 años ($X = 61,6$).*

Las estenosis de la uretra anterior estuvieron localizadas en la uretra pendular en 11 casos, bulbar en 10 y péndulo-bulbar en 4 casos. Su etiología fue traumática en 20 pacientes, infecciosa en 2 y de origen desconocido en 3.

La técnica empleada en la reparación de la uretra anterior fue cirugía con colgajo de piel de pene o escroto en 17 oportunidades, un colgajo más injerto de piel total, resección y anastomosis término-terminal en una ocasión y 6 cirugías en dos tiempos indicados a los pacientes con procesos infecciosos locales.

Se registraron 4 reestenosis que se solucionaron fácilmente mediante uretrotomías internas.

Actualmente todos los pacientes se encuentran con curvas flujométricas compatibles con la normalidad y urocultivos negativos seriados con un seguimiento entre 12 y 51 meses ($X = 37,2$).

La reconstrucción de la uretra anterior en un tiempo es un procedimiento relativamente sencillo, con buenos resultados y no debe ser empleada en estrecheces uretrales complicadas con procesos infecciosos.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 3, Pág. 116, 1995)

Palabras clave: Uretra; Estrechez; Uretra anterior; Colgajo.

SUMMARY: *Between May 1990 and September 1993 we performed 32 reconstructive procedures for urethral stricture. Twenty five of them were localized in the anterior urethra. The patients were between 16 and 79 years old.*

The strictures in the anterior urethra were located and the pendular urethra in 11 cases, bulbar in 10 cases and pendulous-bulbar in 4 cases. The etiology of all strictures was traumatic in 20 patients, infectious in 2 cases and its origin was unknown in 3 patients.

We used island flaps from penile and scrotal skin in 17 cases, a flap and a full thickness skin graft in one case and a resection with end to end anastomosis in a further patient.

We performed a 2 stage urethroplasty in 6 patients due to local inflammatory disease.

In 4 cases the stricture relapsed and was easily managed with an internal urethrotomy.

All patients are doing well with normal flow rates and in 9 cases the urine cultures were negative. The median follow up is 37,2 months (range 12-51 months).

Servicio de Urología del Hospital Italiano
Gascón 450 - (1181) Buenos Aires - Argentina

Aceptado para su publicación en diciembre de 1994

SAU

Key words: Urethra; Stricture; Anterior urethra; Flap.

INTRODUCCIÓN

La solución quirúrgica de la estrechez uretral continúa siendo un tema de investigación y debate.

En la última década las técnicas quirúrgicas de movilización y transferencia de tejidos han evolucionado notablemente. Dichos principios deben ser empleados racionalmente en la reconstrucción uretral de acuerdo con: etiología, procedimientos previos, sitio anatómico de la lesión y estado de los tejidos vecinos a la uretra.

Teniendo en cuenta lo mencionado, revisamos nuestra experiencia en 3 años consecutivos para evaluar los resultados obtenidos sobre la base de los procedimientos quirúrgicos realizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los 25 pacientes evaluables que fueron sometidos a una uretroplastia de la uretra anterior. Se tomó el período comprendido entre mayo de 1990 y septiembre de 1993, ya que las realizadas durante 1994 tienen seguimiento corto.

La edad de los pacientes osciló entre 16 y 79 años con una media de 61,6 años.

	Pendular	Bulbar	Péndulo-Bulbar	Total
Colgajo	9	7	1	17
Colgajo + Injerto			1	1
Anastomosis T-T		1		1
2 Tiempos	2	2	2	6
Total	11	10	4	25

Como se observa en la tabla, la localización de las estenosis fue la siguiente: 11 en la uretra pendular, 10 en la bulbar, mientras que en 4 pacientes la estrechez era de gran longitud, comprometiendo la uretra bulbar y pendular.

Aunque en algunos casos la etiología no pudo determinarse con seguridad, la mayoría fueron traumáticas (20 casos), sonda vesical previa, cirugía cardiovascular, etc.; etiología infecciosa en 2 pacientes, no hallándose causa alguna en 3 pacientes.

Todos los pacientes fueron sometidos a una cistofibroscopia y una cistouretrografía miccional y uretrografía retrógrada para identificar la localización de la

estenosis y su longitud, y determinar si era única o múltiple. En aquellos pacientes con talla vesical previa, por presentar retención completa de orina, se inyectó sustancia de contraste por el catéter para realizar una cistouretrografía miccional.

A todos los pacientes se les realizó urocultivos previos. Si el resultado era negativo, se usó en forma profiláctica una combinación de gentamicina y cefalomicina durante la inducción anestésica. Si el resultado del urocultivo era positivo, se empleó el antibiótico correspondiente al antibiograma.

Como tratamiento previo a la cirugía principal, 3 pacientes fueron sometidos a dilataciones con Beniqué o bujías uretrales; a 4 se les realizó una uretrotomía interna, a 2 pacientes 3 uretrotomías, mientras que a un paciente se le efectuaron 5 uretrotomías internas.

Tres pacientes se presentaron con retención completa de orina, necesitando una derivación suprapúbica.

Con algunas modificaciones acordes a cada caso, se realizaron 17 cirugías mediante la técnica de Orandi o Quartey; 9 sobre la uretra pendular, 7 sobre la uretra bulbar y en un caso sobre una estrechez múltiple que comprometía la uretra bulbar y la pendular.

Un paciente con una lesión larga que comprometía la uretra péndulo-bulbar, requirió realizar un colgajo tipo Quartey más un injerto de piel total extraída de la espina ilíaca anterosuperior.

Sólo un paciente fue sometido a una resección de la estenosis y anastomosis término-terminal. La lesión situada sobre la uretra bulbar era de escasa longitud.

De las 25 uretroplastias, se realizaron 6 cirugías en 2 tiempos en los pacientes con procesos infecciosos locales que comprometían la vitalidad de los tejidos vecinos a la uretra. En estos casos, se realizó un primer tiempo con puesta a plano de la uretra afectada y un segundo tiempo de reconstrucción diferido a los 4 ó 6 meses.

En todos los casos de cirugías en un tiempo se dejó un rubber como drenaje que se retiró a las 24-36 horas del postoperatorio.

La derivación urinaria utilizada fue en todos los casos una sonda uretral tipo Foley de silástico más un catéter suprapúbico.

A todos los pacientes a los que se les efectuó un colgajo, y aun más a aquéllos a los cuales se les realizó un injerto, se les indicó 4 ó 5 días de reposo absoluto para favorecer la adherencia del tejido.

Aproximadamente a los 21-28 días se citó a los pacientes para efectuar un control radioscópico instilando sustancia de contraste por la sonda vesical. Luego de

retirar ésta se realizó una cistouretrografía miccional. En caso de no evidenciar fugas de la sustancia de contraste se retiró la talla vesical. Si se evidenciaba alguna fuga durante la micción, se dejó el catéter suprapúbico abierto para una mejor cicatrización del defecto.

El seguimiento se realizó citando a los pacientes a los 3 meses para realizar una cistofibroscopia y urocultivo de control juntamente con el interrogatorio acerca de la micción y el examen físico. Si no se comprobaron recidivas el control se realizó cada 6 a 12 meses con flujometrías y urocultivos.

RESULTADOS

De las 25 uretroplastias realizadas, 4 pacientes refirieron disminución del grosor del chorro miccional. Luego de realizar una cistoscopia se constató una recidiva anular que fue solucionada fácilmente mediante una uretrotomía interna. La recidiva estuvo siempre localizada en la anastomosis de la uretra con la piel empleada en la uretroplastia. En ninguna de las cirugías en 2 tiempos se documentó una recidiva de la estrechez.

Actualmente, todos los pacientes presentan unas curvas flujométricas compatibles con la normalidad y urocultivos negativos seriados cada 6 a 12 meses.

DISCUSIÓN

La dilatación uretral es una aceptable forma de tratar las estrecheces de uretra en un buen número de casos. Otro método aceptado es la uretrotomía interna, que debe indicarse en aquellas lesiones cortas y preferentemente de uretra bulbar.

Sin embargo, ciertos criterios hacen que una estrechez no sea pasible de estos tratamientos, llevando al urólogo a realizar una cirugía uretral abierta. Estos criterios incluyen edad del paciente, largo de la estrechez, dificultad y frecuencia de las dilataciones, causa de la lesión y factores locales adversos.

Ningún procedimiento por sí solo es suficiente para tratar todas las estrecheces y, para ello, el cirujano debe conocer las distintas técnicas para resolver el problema⁽¹⁾.

En todas las lesiones de la uretra pendular empleamos un colgajo ventral de pene como describió *Orandi* en 1968⁽²⁾. Las ventajas de esta técnica están dadas porque la piel del pene es lo suficientemente tersa y suave como para poder ser empleada, no necesitando demasiada movilización debido a su proximidad con la uretra. Nuestros resultados indican que es un procedimiento seguro, ya que sólo recidivaron 3 pacientes con estrechez leve que se solucionó fácilmente con una uretrotomía interna.

Las lesiones de la uretra bulbar pueden ser tratadas, en un pequeño porcentaje, con resección y anastomosis término-terminal. Los resultados con esta técnica en nuestro único paciente fueron excelentes, ya que no hu-

bo indicio de recidiva luego de 34 meses de seguimiento. No siempre se puede emplear esta técnica debido a que estrecheces de 2 ó más centímetros acortarían el pene, generando una cuerda ventral.

El injerto de piel total es una buena alternativa y relativamente sencilla de realizar. Es muy importante considerar el estado de los tejidos adyacentes a la uretra antes de optar por este procedimiento⁽³⁾. Nosotros lo empleamos para completar la reconstrucción inicial con un colgajo en lesiones extensas de toda la uretra anterior. De todos modos, siempre que podemos optamos por un colgajo que, al tener su propio pedículo, nos brinda mayor confiabilidad.

Hemos empleado 3 colgajos de piel ventral del pene con la técnica de *Quartey*⁽⁴⁾. Sólo un paciente requirió una uretrotomía interna por recidiva leve.

Es importante destacar que cuando se usa el escroto se debe buscar siempre un área libre de pelos; si ésta no existe es preferible evitar esta piel.

En las lesiones complicadas con procesos infecciosos locales o abscedados es preferible realizar cirugías en 2 tiempos⁽⁵⁾. El injerto debe ser evitado por razones obvias y, ni bien un colgajo pueda ser usado, consideramos que es mejor marsupializar estas lesiones para asegurar un buen drenaje de la zona y, en un futuro, terminar de reconstruir la uretra. De este modo nos aseguramos una reconstrucción en 2 tiempos y no una en un tiempo que quizás termine en una reparación en 3 ó 4 tiempos.

Todos nuestros pacientes marsupializados tuvieron una buena evolución, sin evidenciar recidivas.

CONCLUSIONES

La cirugía de la uretra anterior en un tiempo es un procedimiento seguro y con buenos resultados a largo plazo.

No debe realizarse en pacientes con procesos infecciosos abscedados. Para estos casos la cirugía en 2 tiempos es más segura.

La elección del procedimiento a emplear debe estar determinada por la localización, la etiología y el largo de la estrechez y la presencia de factores adversos locales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Webster, George: The vascularized skin island urethroplasty: Its role and results in urethral strictures management: *J. Urol.*, vol. 133, enero, 1985.
Webster, George: Urethroplasty management in 100 cases of urethral strictures: A rationale for procedure selection: *J. Urol.*, vol. 124, pp. 892-898, 1985.
2. Orandi, Ahmad: One stage urethroplasty: 4 years follow up. *J. Urol.*, vol. 107, junio, 1972.
3. Devine, P. y col.: Free full thickness skin graft urethroplasty. Current technique *J. Urol.*, vol. 121, pp. 282-285, marzo, 1979.
4. Quartey, J. K.: Once-stage penile/preputial cutaneous island flap urethroplasty for urethral stricture: a preliminary report, *J. Urol.*, vol. 129, pp. 284-287, 1983.
5. Devine, C.: Anterior urethral injuries: secondary reconstruction. *Urol. Clin. North Am.*, 4(1):157, 1977.

*Para todo un problema que afecta a 1 de cada 2
hombres mayores de 50 años*

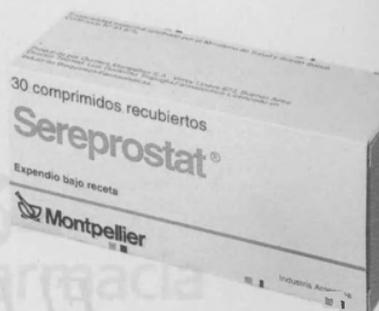


Sereprostat

EXTRACTO HEXANICO DE SERENOA REPENS

Como es natural, el antiprostático total

- **DOBLE ACTIVIDAD TERAPEUTICA:**
 - Limita la hiperplasia del tejido glandular.
 - Contrarresta el edema y la congestión.
- **Supresión de los trastornos miccionales**
- **Absoluta compatibilidad con otras terapéuticas concomitantes**
- **Respeto de la función sexual**
- **Optima tolerancia**



PRESENTACION: Envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos



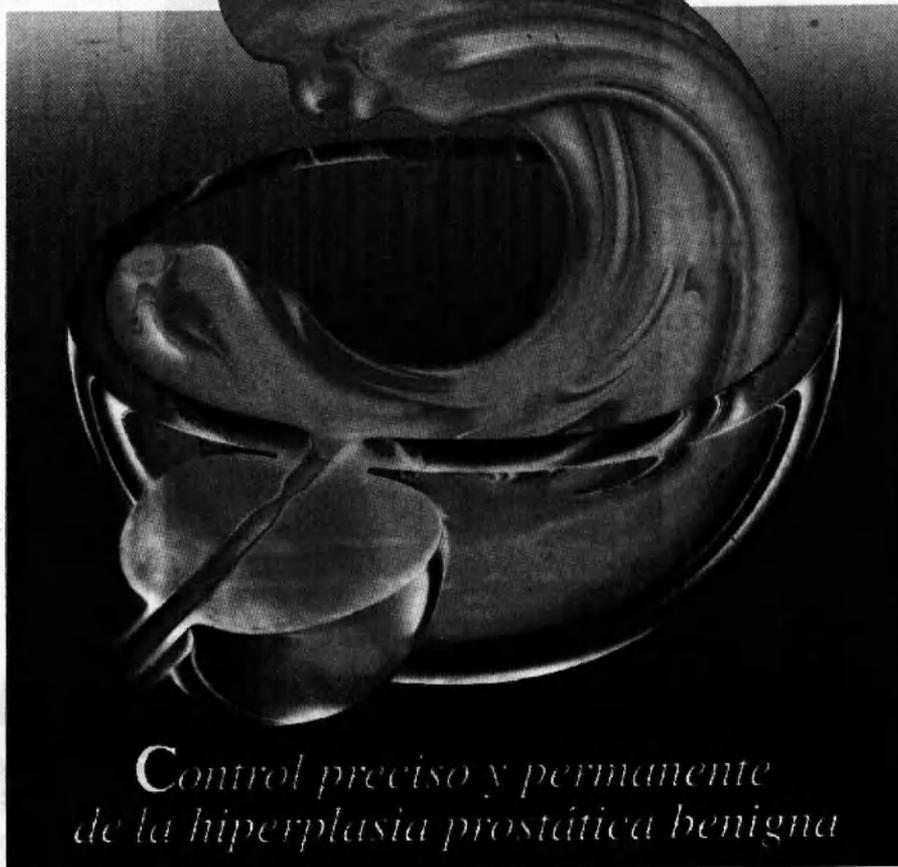
Bajo licencia de
Pierre Fabre Medicament



DIVISION DELTA

EUTIZ

Finasteride



*Control preciso y permanente
de la hiperplasia prostática benigna*

Inhibidor específico de la 5 α Reductasa.

- R**educe los niveles de DHT.
- D**isminuye el tamaño glandular.
- M**ejora los síntomas obstructivos.
- U**na sola toma diaria.

**Descuento
PAMI 50 %**

El Finasteride de las ventajas

PRESENTACION
Envases conteniendo 15 y 30
comprimidos recubiertos.

VOLPINO
LABORATORIOS