



Trabajos originales

Original articles

URETROPLASTIAS EN UN TIEMPO EN LA ESTENOSIS DE URETRA.**Nuestra experiencia en 33 casos****ONE STAGE URETHROPLASTIES IN URETHRAL STENOSIS.****Our experience in 33 patients**

Dres. Chéliz, G. M.*; Bechara, A.; Casabé, A.; De la Torre, G.; García Penela, E.; Romano, S. V.; Rey, H. M.; Fredotovich, N.

RESUMEN: Se presentan los resultados de una serie de 33 pacientes con estenosis de uretra extensas que fueron tratados en forma consecutiva con uretroplastias a cielo abierto con técnicas en un tiempo. En 27 pacientes (81,8%) se empleó piel genital en forma de colgajo tubulado o en parche como elemento de ampliación o sustitución uretral, en 5 (15%) se utilizó la anastomosis término-terminal como procedimiento quirúrgico, en 2 (3%) se empleó un injerto de mucosa bucal, en uno como único tratamiento y en otro como parte de otro procedimiento quirúrgico.

El seguimiento promedio de los pacientes operados fue de 12,4 meses. En los 27 pacientes tratados con uretroplastias de sustitución o ampliación la complicación más frecuente, observada en 5 de ellos (18,5%), fue la presencia de pequeñas áreas de necrosis epidérmica, en 2 (7,4%) se observaron fístulas uretrocutáneas y en 2 (7,4%) estenosis postoperatoria en la boca proximal de la anastomosis. Del grupo de 5 pacientes tratados con anastomosis término-terminal, un paciente presentó incontinencia de orina de esfuerzo, no habiéndose observado estenosis hasta el momento.

Considerando la población total (n:33) 84,84% de los pacientes evolucionaron favorablemente, entendiéndose por tal la ausencia de fístula, estenosis, impotencia, incontinencia postoperatoria o la presencia de grandes áreas de necrosis en piel de la zona quirúrgica. Si bien el seguimiento es aún poco prolongado, creemos que las técnicas empleadas son recomendables para el tratamiento en un tiempo de la estenosis de uretra.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 4, Pág. 144, 1995)

Palabras clave: Uretra; Cirugía; Uretroplastia.

SUMMARY: The results of a group of patients (n:33) with long urethral stenosis treated with a one stage urethroplasty are presented. Twenty seven patients (81.8%) were treated with tubularized or patched flaps of genital skin as an augmentation or substitution procedure; 5 patients (15%) were treated with an end to end anastomosis; 2 patients were managed with a bucal graft, being this the only treatment in one case and combined with another technique in another patient.

The mean follow-up was 12.4 months. The most frequent complication in the 27 patients treated with an augmentation or substitution urethroplasty was the presence of small areas of epidermal necrosis (5 patients); 2 patients developed urethrocutaneous fistulae and another 2 presented stenosis of the proximal anastomosis.

* Servicio de Urología, Hospital Carlos G. Durand
Díaz Vélez 5044 - (1405) Buenos Aires - Argentina

Aceptado para su publicación en junio de 1995

The overall good results were 84.84 % being this the absence of stenosis, fistulae, incontinence, impotence or mayor cutaneous necrosis. The follow-up is not very long but nevertheless we consider that the reported technics are advisable for the one stage repair of the urethral strictures.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 4, Pág. 144, 1995)

Key words: Urethra; Surgery; Urethroplasty.

INTRODUCCIÓN

Básicamente son 3 los procedimientos empleados en el manejo de la estenosis de uretra: dilatación instrumental ciega, uretrotomía interna con o sin colocación de tutores endoluminales y uretroplastias a cielo abierto. Estas últimas se pueden clasificar según el número de procedimientos quirúrgicos en uretroplastias en uno y en dos tiempos.

Los procedimientos en un tiempo involucran la anastomosis término-terminal con resección de uretra no viable o la sustitución o ampliación del defecto uretral con colgajos o injertos de tejido genital o extragenital.

A continuación describimos nuestra experiencia en 33 pacientes con estenosis de uretra tratados con procedimientos en un tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el período comprendido entre julio de 1992 y abril de 1995 fueron intervenidos 33 pacientes portadores de estenosis de uretra, cuyas edades oscilaron entre los 19 y 78 años con un promedio de 42,3 años. Cinco pacientes (15 %) fueron tratados por anastomosis término-terminal de la uretra membranosa, según la técnica descrita por Webster⁽¹⁾ y en nuestro medio por Lata⁽²⁾. En 27 (81,8 %) se emplearon técnicas de sustitución o ampliación uretral con colgajos de piel genital, utilizándose un colgajo fasciocutáneo de piel de pene o prepucio según técnica de Quartey⁽³⁾, o piel de pene o escroto pediculada según técnica de Orandi⁽⁴⁾, y en 1 (3 %) con un injerto de tejido extragenital como único procedimiento (Tabla 1).

De los pacientes tratados con colgajos de piel genital, en uno sólo se empleó piel de escroto en forma de tubo de 8 cm (Nº 17 de la Tabla 2). Este paciente no contaba con piel de pene o prepucio apta para la obtención de colgajos, por uso prolongado de colector urinario, que había provocado adherencias subcutáneas de la piel de pene y borramiento de la anatomía del prepucio. En otro paciente también se empleó un colgajo tubulado, pero en esta ocasión con piel de pene.

En los restantes casos se emplearon colgajos de piel de pene o prepucio, como elemento de ampliación, según técnica de Quartey (23 pacientes) y Orandi (3 pacien-

tes). Todos habían sido tratados con dilataciones periódicas y/o uretrotomía interna, salvo un paciente (Nº 27 de la Tabla 2). La longitud promedio del colgajo o tubo de piel genital fue de 7,5 cm (rango 4 a 15 cm). El paciente en el cual se empleó un injerto de mucosa bucal padecía dermatitis esclerosante atrófica con extenso compromiso de la piel de pene, la cual había sido tratada previamente con una postectomía y resecciones circulares de piel de pene enferma, además de dilataciones múltiples y meatotomías reiteradas. El remanente de piel de pene era escaso con áreas de hipopigmentación y fibrosis subcutánea que nos obligó a descartar el uso de colgajos, encontrándose comprometidos los 2 cm de uretra balánica y el primer centímetro de uretra distal.

Uretroplastias en un tiempo

Población en estudio

Procedimiento	Material utilizado	n
Sustitución	Colgajo de piel de pene + injerto de mucosa bucal	1
Sustitución	Colgajo de piel de escroto	1(*)
Ampliación	Colgajo de piel de pene o prepucio	25(**)
Ampliación	Injerto de mucosa bucal	1
Anastomosis término-terminal		5

(*) Técnica de Orandi.

(**) En 23 pacientes se empleó un colgajo fasciocutáneo según técnica de Quartey y en 3, piel de pene según técnica de Orandi.

Tabla 1

De los 5 pacientes tratados con anastomosis término-terminal, uno era portador de una estenosis de uretra bulbar iatrogénica secundaria a fracasos de uretrotomía interna óptica y dilataciones reiteradas y frecuentes. Los 4 restantes sufrieron estenosis de uretra membranosa

secundaria a sección traumática y fueron tratados en forma inmediata con derivación suprapúbica como único procedimiento.

El seguimiento promedio de toda la población de pacientes operados fue de 12,4 meses y se realizó un total de 34 intervenciones quirúrgicas.

Uretroplastias de ampliación y sustitución

Tratamiento previo y evolución postoperatoria

Paciente	Tratamiento previo	Longitud	Técnica	Complicación	Evolución
1	Dilatación	5	CFC		
2	Dilatación	6	CFC	Pequeña necrosis (*)	
3	Dilatación	4	CFC		
4	Uretrotomía + dilatación	4	<i>Orandi</i>	Fístula	Mala
5	Dilatación	8	CFC		
6	Dilatación	9	CFC	Pequeña necrosis	Buena
7	Dilatación	8	CFC		
8	Dilatación	4	CFC		
9	Uretrotomía	15	CFC	Estenosis	Mala
10	Dilatación	8	CFC		
11	Dilatación	5	<i>Orandi</i>		
12	Dilatación	10	CFC	Pequeña necrosis	
13	Uretrotomía + dilatación	12	CFC		
14	Drenaje absceso	12	CFC ⁽¹⁾	Estenosis ⁽²⁾	Mala
15	Talla vesical	10	CFC	Pequeña necrosis	
16	Uretrotomía	9	CFC		
17	Dilatación + uretrotomía	8	<i>Orandi</i> ⁽³⁾		
18	Talla vesical	10	CFC		
19	Dilatación	8	CFC		
20	Dilatación	7	CFC		
21	Uretrotomía	6	<i>Orandi</i>	Fístula - Necrosis extensa (**)	Mala
22	Dilatación	5	CFC		
23	Dilatación	8	CFC		
24	Dilatación	4	CFC	Pequeña necrosis	
25	Dilatación	8	CFC		
26	Ninguno	4	CFC		
27	Ninguno	5	CFC		

(1) Tubo de piel de pene.

(2) Reoperación a cielo abierto de la estenosis de la boca proximal + injerto de la mucosa bucal y glanduloplastia de estenosis de fosa navicular y primer centímetro de uretra distal.

(3) Tubo de piel de escroto.

CFC: Colgajo fasciocutáneo.

(*) Pequeña necrosis: inferior al 10 % de la superficie cutánea del pene.

(**) Gran necrosis: necrosis del 30 % de la superficie cutánea del pene.

Tabla 2

RESULTADOS

Tomando en cuenta los pacientes en los cuales se empleó uretroplastias de ampliación o sustitución con colgajos, la complicación más frecuente observada en 5 pacientes (18,5 %) fue la aparición de pequeñas áreas de necrosis epidérmica en la piel de pene de donde se labró el pedículo del colgajo fasciocutáneo (Tabla 2). Un paciente presentó un área de necrosis epidérmica exten-

sa correspondiente al 30 % de la piel de pene. En 2 pacientes (7,4 %) aparecieron fistulas uretrocutáneas postoperatorias. Ambos pacientes (N^{os} 4 y 21 de la Tabla 2) tenían defectos uretrales de 4 y 6 cm, habiéndose empleado la técnica descrita por *Orandi*. Una de las fistulas era retrobalánica y pequeña por lo que el paciente no aceptó el cierre de fistula. El paciente restante se encuentra en plan quirúrgico.

Dos pacientes (7,4 %) presentaron estenosis postoperatoria. Uno de ellos (N^o 14 de la Tabla 2) tenía preope-

ratoriamente un defecto uretral de 12 cm con múltiples fistulas uretrocutáneas secundarias a un absceso periuretral secundario a periuretritis, realizándose un tubo de piel de pene en el acto operatorio. Este paciente fue reintervenido para solucionar la estenosis de la boca proximal con un colgajo pediculado de escroto y además se realizó glanduloplastia por estenosis postoperatoria de fosa navicular con injerto de mucosa bucal ante la ausencia de piel de pene viable para labrar un colgajo. El segundo paciente con estenosis (Nº 9 de la Tabla 2), presentó a los 6 meses una estenosis anular de la boca proximal que fue dilatada en 2 oportunidades, lográndose estabilizar el calibre. Ambos pacientes se encuentran libres de obstrucción hasta la fecha.

En los pacientes tratados con uretroplastias de ampliación o sustitución con colgajos en 7 se manifestó algún grado de goteo postmiccional asociado a la expresi-

ón manual de la zona correspondiente al colgajo fasciocutáneo. En ninguno de los pacientes persistió ese síntoma luego de 6 meses de operado.

De los pacientes tratados con anastomosis término-terminal de etiología traumática todos presentaban disfunción sexual eréctil preoperatoria, con monitoreo de erecciones nocturnas patológico. Uno solo evidenció incontinencia de orina de esfuerzo Grado I. En ninguno de los pacientes tratados con anastomosis término-terminal se observó estenosis postoperatoria hasta la fecha (Tabla 3).

Si consideramos evolución favorable a la ausencia de estenosis (calibre igual o mayor a 16 F), reoperación, fístula, incontinencia, impotencia o extensas áreas de necrosis, el 85,2 % de los pacientes evolucionaron favorablemente. En las Tablas 2 y 3 se detallan las características de la población, tratamiento, complicaciones y evolución postoperatoria.

Anastomosis término-terminal Población: Preoperatorio y evolución

Paciente	Etiología	Tratamiento previo	Dse preoperatoria	Complicación
1	Trauma	Talla	Sí	
2	Trauma	Talla + Blandy (*)	Sí	Grado I
3	Trauma	Talla	Sí	
4	Iatrogénica	Uretrotomía	No	
5	Trauma	Talla	Sí	

(*) Paciente que consulta con estenosis de uretra postoperatoria de un colgajo escroto uretral según técnica de *Blandy* realizada en otro centro asistencial.

Tabla 3

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Pocas son las patologías urológicas de resolución quirúrgica en las que se han descrito tanta cantidad de técnicas para su corrección definitiva, prueba evidente de lo insatisfactorio de los resultados logrados. Históricamente las primeras técnicas empleaban procedimientos en 2 tiempos, habiendo sido las más utilizadas las de *Johanson*⁽⁶⁾, con posterioridad *Blandy*⁽⁶⁾ y *Turner-Warwick*⁽⁷⁾. Estas 2 últimas incorporan el desplazamiento de colgajos escrotales hacia el cabo proximal de la uretra. Estas técnicas adolecen a nuestro entender de 3 defectos: 1) la necesidad de 2 procedimientos quirúrgicos, 2) la frecuente aparición de estenosis de la boca proximal de la plástica en las estenosis de la uretra membranosa y 3) el desarrollo piloso excesivo en la neouretra, con producción de litiasis y obstrucción. *Blandy*⁽⁶⁾ realiza con posterioridad una modificación al colgajo preanal, que consiste en confeccionar un colgajo en isla de escroto de dicha zona, ahorrando de este modo un tiempo quirúrgico.

Recién con *Duckett*⁽⁸⁾ en la corrección del hipospadias y con *Quarley*⁽⁹⁾ en el tratamiento de la estenosis de uretra, aparecen las primeras series en las cuales se utilizan colgajos fasciocutáneos en las uretroplastias en un tiempo. Estas plásticas tienen como ventajas la utilización de tejidos ricamente vascularizados de amplia movilidad, siendo posible su traslado desde el meato uretral hasta la uretra membranosa, en forma de reemplazo parcial (parche) o total (tubo) de la uretra estenosada, y además la ausencia de desarrollo piloso.

La presencia de estenosis postoperatoria es menor con el uso de colgajos fasciocutáneos que en los procedimientos en 2 tiempos, variando el porcentaje según las series entre 0 y 15%^(11, 12, 13, 14, 15). Estos resultados coinciden con los observados en la presente serie, siendo los sitios más frecuentes de estenosis la boca proximal o distal de la sutura del colgajo.

Las fístulas postoperatorias varían según las series entre 0 y 20%^(13, 15). En esta serie el 100% de los casos que evolucionaron con una fístula se produjo con la utilización de la técnica descrita por *Orandi*, motivo por

el cual preferimos no emplearla. En nuestro medio *Lata* y *col.* mencionan la obtención de resultados inferiores con la técnica de *Orandi* a los logrados con los colgajos de piel de pene o prepucio⁽²⁾.

La complicación más frecuente que hemos observado fue la presencia de pequeñas áreas de necrosis epidérmica (inferiores al 10% de la superficie cutánea del pene) en el 18,5% de las plásticas de ampliación o sustitución. Dichas áreas de necrosis se resuelven con tratamiento local conservador con cura plana, no persistiendo más allá del mes de postoperatorio, sin modificación del período de internación. En un caso observamos necrosis de piel de pene mayor al 30% de la superficie peneana. Se trataba de un paciente con una lesión extensa de uretra peneana en el cual se había empleado la técnica de *Orandi*; coincidentemente con la extensa necrosis sobrevino una fistula uretrocútea que resolvió espontáneamente a los 30 días.

Sin duda el número de pacientes tratados con anastomosis término-terminal es escaso (n:5), no pudiéndose extraer conclusiones con los resultados obtenidos. Es interesante destacar que el único caso de incontinencia de orina de esfuerzo Grado I se presentó en un paciente en el cual se realizó una reoperación por estenosis de la sutura de un colgajo escrotouretral confeccionado según técnica de *Blandy* realizado con anterioridad en otro centro asistencial.

En ninguno de los pacientes en los cuales se utilizó un injerto de mucosa bucal se disponía de piel de pene o prepucio de la cual se pudiera extraer un colgajo; en ambos casos nos basamos en las técnicas descritas entre otros por *El-Kasaby*⁽¹⁵⁾ y *Dessanti*⁽¹⁶⁾, pero tomamos el injerto de la cara interna de la mejilla. Uno de los pacientes experimentó estenosis postoperatoria de la fosa navicular y del primer centímetro de uretra como fue mencionado anteriormente (Nº 17 de la Tabla 2). El otro paciente había sido postectomizado, con resecciones circulares ulteriores de piel de pene por presencia de balanitis esclerosante atrófica. En ambos casos se encontraba comprometida la uretra glandular y el primer centímetro de uretra distal. Hasta la fecha ambos pacientes se encuentran libres de obstrucción. Si definimos como una buena evolución a la ausencia de fistula, estenosis, grandes áreas de necrosis, impotencia o incontinencia de orina postoperatoria, el 85,84% de los pacientes evolucionaron favorablemente.

Utilizamos la anastomosis término-terminal en los pacientes con estenosis de hasta 1 cm de la uretra bulbar, descartando dicho procedimiento en la uretra péndula para evitar la aparición de pene corvo. Respecto de las uretroplastias de ampliación o sustitución las utilizamos en cualquier estenosis de uretra desde el meato hasta la uretra membranosa que no sea pasible de anastomosis término-terminal o uretrotomía interna, siendo el material preferido la piel de pene o prepucio, ya que la piel de escroto presenta como dificultad la aparición de dilataciones diverticulares en la zona de la plástica o el

desarrollo piloso intrauretral. Reservamos el uso de escroto a la ausencia de piel de pene o prepucio. Sólo utilizamos los injertos de piel extragenital en los casos de ausencia de piel de pene, prepucio o escroto pasible de trasladar en forma de colgajos en isla a la zona del defecto.

Si bien el seguimiento es aún poco prolongado para extraer una conclusión definitiva, de acuerdo con nuestros resultados creemos que las técnicas empleadas son recomendables para el tratamiento en un tiempo de la estenosis de uretra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Webster, G. y Cesare, S.: Management of traumatic posterior urethral stricture by on stage. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 156, 620, 1983.
2. Lata, J. R.: Cursillo de perfeccionamiento "Cirugía de la Uretra", Simposio Internacional "Avances en Urología 1995".
3. Quartey, J. K. M.: One-stage penile/preputial cutaneous island flap urethroplasty for urethral stricture: a preliminary report. *J. Urol.*, 129, 284, 1982.
4. Orandi, A.: One-Stage urethroplasty. *Brit. J. Urol.*, 40: 717, 1968.
5. Johanson, B.: Reconstruction of the male urethra in strictures: *Acta Chir. Scan. Suppl.*, 176:1-103, 1953.
6. Blandy, J. P.; Singh, M. y Tressider, G. C.: Urethroplasty by scrotal flap for long urethral strictures. *Br. J. Urol.*, 40: 261, 1968.
7. Turner-Warwick, R. T.: A technique for posterior urethroplasty. *J. Urol.*, 83:416, 1960.
8. Blandy, J. P. y Singh, M.: The technique and results of one-stage island patch urethroplasty. *Brit. J. Urol.*, 47:83, 1975.
9. Duckett, J. W.: The island flap technique for hypospadias repair. *Urol. Clin. North Am.*, 8:53, 1981.
10. Quartey, J. K. M.: One-stage penile/preputial island flap urethroplasty for urethral stricture. *J. Urol.*, 134:474, 1984.
11. Mundy, A. R.: Results and Complications of urethroplasty and its future: *Brit. J. Urol.*, 71:322, 1993.
12. McAninch, J.: Reconstruction of extensive urethral stricture: circular fasciocutaneous penile flap. *J. Urol.*, 149: 488, 1993.
13. Giudice, C.; Pusarelli, S. y Schiappapietra, J.: Uso de colgajos en la reconstrucción uretral. *Rev. Arg. Urol.* 59, Nº 2, 70, 1994.
14. De La Rosette, J. J. M. C. H.; De Vries, J. D. M.; Lock, M. T. W. T. y Debruyne, F. M. J.: Urethroplasty using the pedicle island flap technique in complicated urethral strictures: *J. Urol.*, 146:40, 1991.
15. El-Kasaby, A. W.; Fath-Alla, A. M.; Noweir, M. R.; El-Halaby, W.; Zakaria y El-Beialy, M. H.: The use of mucosa patch graft in the management of anterior urethral strictures. *J. Urol.*, 149:276, 1993.
16. Dessanti, A.; Rigamonti, W.; Merulla, V.; Falchetti, D. y Caccia, G.: Autologous buccal mucosa graft for hypospadias reoaur: an initial report. *J. Urol.*, 147:1084, 1992.

COMENTARIO

El *Dr. Chéliz y col.* enfatizan en este trabajo la importancia que gozan actualmente las uretroplastias en un tiempo para tratar las estrecheces de la uretra. Los autores transmiten al lector su mayor experiencia con uretroplastias sustitutivas, utilizando colgajos tubularizados o en forma de parche y hacen hincapié en el uso preferencial de la piel peneana o prepucial sobre la escrotal. También hacen referencia, aunque en menor grado, a su experiencia con procedimientos sustitutivos con injertos de mucosa yugal y con uretroplastias anastomósicas.

Es pertinente, sin embargo, formular algunas consideraciones sobre lo expuesto. En primer término, para analizar los resultados de la evolución de las uretroplastias es necesario agrupar a los pacientes tratados de acuerdo con la ubicación topográfica de la estrechez en el conducto uretral y especificar su naturaleza y su etiología. Es indudable que una estrechez de origen traumático posee características anátomo-clínicas distintas de las de origen inflamatorio⁽¹⁾.

Por otro lado, así como las uretroplastias comparten en su evolución complicaciones similares (ej.: fistulas), pueden desarrollar otras relacionadas específicamente con la ubicación anatómica de la estrechez en la uretra. Este hecho también debe ser considerado, pues establece diferencias entre las plásticas de la uretra; por ejemplo, una uretroplastia anastomósica, si se practica en la uretra anterior o en la uretra posterior reviste características técnicas y evolutivas diferentes^(2,3).

Asimismo para poder extraer conclusiones más fidedignas de las distintas técnicas quirúrgicas descriptas en el trabajo, sería interesante agrupar los procedimientos quirúrgicos técnicamente afines entre sí (ej.: uretroplastias sustitutivas con colgajos tubularizados) y recién entonces establecer comparaciones con otras técnicas (ej.: uretroplastias sustitutivas con injertos, uretroplastias anastomósicas o combinadas) habiendo tratado estrecheces de ubicación anatómica y etiología similares.

Los autores, por último, exponen una experiencia preliminar de varias técnicas quirúrgicas para el tratamiento de distintas estrecheces. Sin embargo, para extraer conclusiones definitivas, estos procedimientos deben someterse a la prueba del tiempo, es decir un seguimiento alejado de 5 a 10 años⁽⁴⁾.

Dr. Miguel L. Podestá
Jefe Unidad de Urología
Hospital de Niños R. Gutiérrez

BIBLIOGRAFÍA

1. Podestá, M. L.: Traumatismos de la uretra en el niño. Tesis. Facultad de Med. Universidad de Buenos Aires.
2. Podestá, M. L. y Toccalino, E.: Uretroplastia anastomósica término-terminal en estrecheces posteriores a traumatismos a nivel de la uretra bulbar. *Rev. Arg. de Urol. y Nefrol.*, 20:2, 35-40, 1984.
3. Podestá, M. L.: Uretroplastia transpubiana en la estrechez de la uretra posterior. *Rev. Arg. de Urol. y Nefrol.*, 20:2, 50-51, 1984.
4. Mundy, A. R.: Longterm results of skin inlay urethroplasty. *Br. J. Urol.*, 75:59-61, 1995.

EN INFECCIONES URINARIAS

Quinodis®

floxacinina
7x día

Primera y única quinolona de una sola dosis diaria con bioequivalencia oral e I.V. (1)

Vida media prolongada que permite una dosis diaria única. (2)

Elevada concentración en el sitio de la infección por encima de la CIM de los patógenos más frecuentes. (3)

Elevada eficacia clínica y bacteriológica. (5)



DOS CONCENTRACIONES PARA UNA POSOLOGIA MAS PRECISA.

200 mg

400 mg

DESCUENTO
PAMI
50%

UNICA DOSIS DIARIA

1. Composición: floxacinina. 2. Indicaciones: Infecciones del tracto urinario (no complicadas y complicadas). Gonorrea (no complicada). Exacerbación aguda de la bronquitis crónica. Infecciones gastrointestinales (bacterianas). Fiebre tifoidea. 3. Dosis: 400 mg diarios en una toma única o en infusión intravenosa de una hora. (Ver información completa del producto). Una dosis oral única de 400 mg basta para combatir las infecciones gonocócicas no complicadas, las infecciones urinarias no complicadas (cistitis en mujeres jóvenes), la diarrea del viajero y la enteritis bacteriana. Una dosis única diaria de 200 mg también es eficaz para el tratamiento de infecciones urinarias complicadas y no complicadas. 4. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la floxacinina u otras quinolonas, incluyendo al ácido nalidixico. Niños y adolescentes por debajo de los 18 años. La floxacinina no debe ser utilizada en mujeres embarazadas y durante el período de lactancia. 5. Precauciones: Pacientes ancianos y pacientes con alteración de la función renal. Niños y adolescentes con sospechas de trastornos reológicos. Pacientes con trastorno renal severo. 6. Efectos secundarios: Aparato digestivo: náuseas, vómitos, diarrea. Sistema nervioso central: insomnio, dolor de cabeza, vértigos. Efectos generales: fatiga. Piel: prurito. Lugar de la inyección: flebitis. 7. Interacciones: Administración concomitante con sucralfato: antiácidos que contengan hidróxido de aluminio y/o hidróxido de magnesio pueden reducir la absorción oral de floxacinina y deberían por lo tanto ser evitados. 8. Presentaciones: Comprimidos de 200 mg y 400 mg, eras con 7 comprimidos. Frasco-ampolla para infusión I.V. de 100 ml con 400 mg. Referencias: [1] Cullmann, W. y cols: Internat. Journal of Antimicrobial Agents, 2, 203-230 (1993). [2] Nightingale, C. H. American Journal of Medicine, Vol. 74 (Suppl. 3A) 13-43 (1993). [3] Weidemann, E. y cols: The American Journal of Medicine - Vol. 94 (Suppl. 1A) 75-80 (1993). [4] Quinnon, R. y cols: J. Antimicrob. Chemother., 22, 197-212 (1988). [5] Pitman, W. y cols: The American Journal of Medicine, 101-104, Vol. 74 (Suppl. 3A) 993.

Se halla a disposición de los señores profesionales amplia información sobre composición, propiedades, posología, indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales y secundarios, precauciones y advertencias.

*Quinodis = marca registrada

Productos Roche S.A.Q. e.l. Fray Justo Sarmiento 2350 - Olivos - CP 1636 - Bs. As. Impreso en la República Argentina - Sin valor comercial

