

## HIPOSPADIAS. PLASTICA RECONSTRUCTIVA

Por los Dres. JUAN IRAZU y JORGE NIKLISON

En un artículo anterior nos hemos referido a la conveniencia de establecer la colaboración entre el cirujano plástico y el urólogo para el mejor tratamiento de esta afección urinaria, pasible de reconstrucción plástica. Los resultados obtenidos por nosotros, nos han demostrado que estamos en el buen camino, producto a no dudar, de la suma de capacidades quirúrgicas.

Confirmando las ventajas de esta colaboración, hemos presentado, en otro artículo, un nuevo procedimiento para alargar la cuerda peneana, que supeta, a nuestro entender, a los descriptos en la bibliografía extranjera que hemos consultado y que, en rigor, no es sino el antiguo procedimiento de *Morstin*, aplicado en otros campos de la Cirugía Plástica, al alargamiento de bridas cicatrizales de cuello, axila, miembros, etc., y que uno de nosotros decidió emplear en el alargamiento de los segmentos peneanos, asociados a la extirpación de la cuerda fibrosa ventral.

Queremos presentar ahora un nuevo caso de plástica reconstructiva en un hipospadias. Pero antes haremos algunas consideraciones de interés. Ante todo, según que el hipospadias sea balánico, peneano, peno-escrotal o perineal, variará el *procedimiento a elegir*. Por otro lado debe recordarse que la *cuerda* es tanto más acentuada cuanto más posterior es la situación del meato patológico y que el *alargamiento* previo puede no ser necesario en la variedad balánica y en algunos peneanos. Asimismo, este alargamiento hace que se constituya un *retroceso relativo del meato* hipospádico con respecto a la punta del miembro, con el resultado de que después del mismo el tipo balánico se vuelve peneano, el peneano escrotal, etc. Otra situación a contemplar es la *fuente de material para colgajos* a utilizar: en ciertos casos hay abundancia de escroto, en otros de prepucio: en otros hay escasez de ambos o viceversa. La *edad* es fundamental como factor en la elección de la plástica: en el niño casi siempre hay abundancia de prepucio y escasez de escroto. Pero en general,

es de buen criterio no efectuarla hasta la época *pre-puberal*, o aún hasta la época de *iniciación sexual*, conformándose en la infancia con efectuar el *alargamiento*, con el objeto de liberar el pene y permitirle su crecimiento sin trabas, a la espera del momento de la plástica. Este momento suele ser cuando aparece la "preocupación" por el defecto, generalmente en la *adolescencia*. Si pensamos en la importancia que adquiere la esfera sexual en esa época, es fácil comprender la influencia enorme que esta malformación genital tiene en la personalidad de estos pacientes, en ciertos casos seriamente afectados.

Tanto en el tratamiento de la "*chorda ventralis*" como en la *reconstrucción de la uretra*, hay que *prevenir la contaminación* urinaria de la herida operatoria, existiendo a tal fin diversos recursos cuya elección depende del criterio y de los hábitos de cada cirujano. Puede utilizarse la *sonda auto-fijable*, asociada no a la *ligadura temporaria de la uretra esponjosa*, o a la *derivación por uetrostomía perineal*, o por *cistostomía supropúbica*. Asimismo, es menester mantener un estado normal del *P. H. urinario*, acudiendo a tal fin a los diversos procedimientos de acidificación, tales como el lavado dieta cetógena, los preparados oficinales a base de cloruro de amonio o espevesical con soluciones "ad hoc", tales como la "solución G" o similares; la cílicos parecidos, etc. A ello se debe agregar la medicación antibiótica, penicilina, sulfadiazina, tirotricina local, etc. Asimismo, el *tratamiento hormonal* se impone en el preoperatorio de los hipoplásicos genitales. Y, finalmente, la *sedación del reflejo erector*, a veces provocado por la irritación de la sonda en la uretra posterior o de fuente psíquica, para lo cual debe apelarse a los bromuros o barbitúricos, e incluso, en ciertos casos el tratamiento frenador con hormonas femeninas.

Respecto a la *anestesia*, ésta puede ser general, raquídea o local. Su elección depende de varios factores, por ejemplo, según se trate de un niño, o si se ha de efectuar simultáneamente la derivación quirúrgica y el alargamiento o la plástica.

En este último caso hemos efectuado raquídea a veces.

Respecto a la local, hecha como se debe, da excelentes resultados. Recalcamos: "nunca se inyectará la solución en forma circular en el cuerpo del miembro, sino en su base. Haciéndolo así desaparece todo peligro". (E. y R. Finochietto: Técnica Quirúrgica, Anestesia locales. T. II).

Siguiendo paso a paso las reglas de la infiltración indicada para cada tipo de localización estaremos a cubierto de los peligros de la adrenalina.

Personalmente hemos sido llamados a reparar un caso en que la infiltración anestésica con novocaína y adrenalina determinó una necrosis total del forro tegumentario del pene y de parte de los cuerpos cavernosos.

La asepsia requiere trabajar separadamente en un *tiempo sucio*, que es

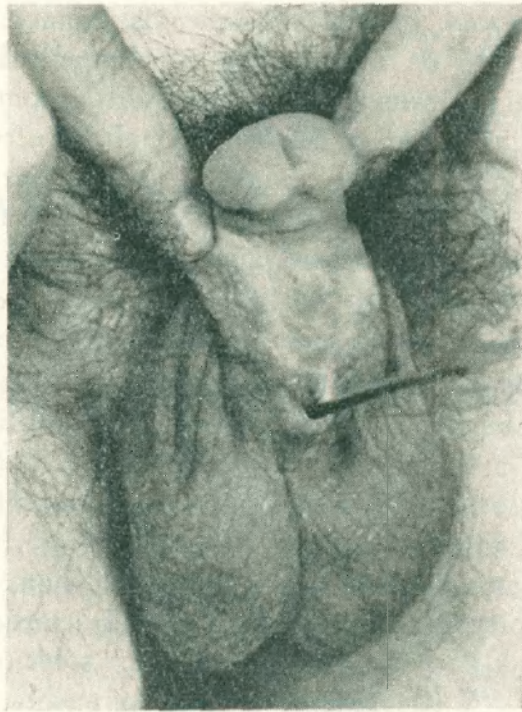


Figura 1

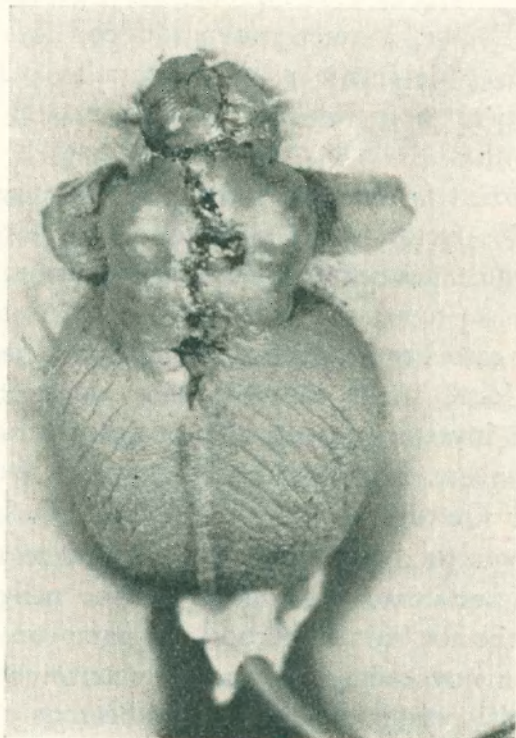


Figura 2



Figura 3



Figura 4

el de la derivación y un *tiempo limpto*, para la plástica de alargamiento o reconstructiva, con cambio total de instrumental, guantes, etc.

Respecto a instrumental, se ha de estar a tono con el momento actual utilizando material de *cirugía plástica*, vale decir, pinzas, agujas e hilos de suma delicadeza; como si se tratara de operar un párpado. Ello y el "hábito plástico" nos han permitido obtener los felices resultados que registran en nuestro haber.

Los *procedimientos reparadores* en el tratamiento de esta afección son tan numerosos y se hallan tan dispersos que no hemos podido encontrar en la literatura mundial, un *trabajo de conjunto completo y ecléctico respecto al tema*; y cuyo planeamiento en cada caso será motivo de una nueva comunicación.

*Observación*: Paciente M. J. de 20 años, que nos envió en Abril de 1947 el Dr. C. León Ipaguirre, cirujano del Instituto de Nutrición donde se asistía por su diabetes juvenil. Presentaba un hipospadias peneano (Fig. 1) con manifiesta "choria ventralis" y las dificultades inherentes de la micción y preocupación por la malformación genital.

*Operación*: (1<sup>er</sup> Tiempo): En Abril de 1947, procedimos a la conexión de la cuerda, comenzando por la derivación perineal de la orina, cierre temporario de la uretra y alargamiento según técnica de Morestin (Fig. 2) propuesta por uno de nosotros y ya descripta en un trabajo a aparecer en las actas del 3<sup>er</sup> Congreso Americano y 4<sup>er</sup> Brasileiro de Urología, Río de Janeiro, 1947.

(2<sup>o</sup> Tiempo): Dos meses después ya obtenida la cicatrización, realizamos la reconstrucción de la neo uretra por plástica a dos colgajos laterales entre el meato hipospadico al que circunda, hasta la punta del glande, sobre tonda Nelaton. Termina este tiempo con la plástica de adosamiento al escroto (Fig. 3) según técnica de A. B. Cecil, publicada en el Journal of Urology (1946).

(3<sup>o</sup> Tiempo): Un mes más tarde, liberación del pene y reconstrucción de su cara ventral cutánea con piel de escroto, obteniendo el resultado final (Fig. 4 y 5). Pene flácido y en erección.

*Síntesis*: Podemos considerar que el resultado obtenido en esta plástica por hipospadias peneano es óptimo como en otros observados ya por nosotros con la técnica y ordenamiento propuesto. Hemos conseguido así no sólo corregir la anormal emisión de la orina, sino que también, según lo manifestó el propio paciente, realizar normalmente el acto sexual. Estos son los resultados que debemos obtener de esta laboriosa intervención que requiere el máximum de dedicación y paciencia del cirujano, para no siempre obtener satisfacciones quirúrgicas.