

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DE LA URETRA FEMENINA

Dr. Sáenz, Carlos A.

Las lesiones de la uretra femenina que hemos observado obedecieron a complicaciones de la cirugía del órgano y a traumatismos.

Entre las primeras hubo: ectomías, diverticulotomías, quistes parauretral, y tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo.

Los traumatismos fueron: instrumentales (resección endoscópica, maniobras endoscópicas y cateterismo uretral), traumatismos pelvianos y obstétricos.

La consecuencia fue: la estrechez, la pérdida total y la pérdida parcial de la uretra.

Las complicaciones habituales fueron: infección urinaria, incontinencia de orina total o parcial, retención vesical incompleta y fístulas. Hacemos notar que no hemos observado continencia de orina sin uretra.

En las *estrecheces* el tratamiento realizado consistió en la dilatación con o sin uretrotomía en horas 4 y 8.

En la mujer adulta llevamos la dilatación hasta el Béniqué 60. En pocas ocasiones utilizamos el Kollman hasta el 90.

En la niña la dilatación se llevó hasta 2 ó 3 números por encima del calibre considerado normal para la edad. El cálculo aproximado se hace agregando 10 a la edad de la niña, en escala Charrière.

Los resultados fueron buenos, necesitando un control que a veces hemos llevado hasta el año, con calibraciones cada 2 ó 3 meses.

En las *pérdidas totales o parciales* se procedió a reconstruir la uretra. En esos casos debe pensarse en resolver un doble problema, el de proveer a la paciente del confort de orinar fuera de la vagina y el de la continencia.

Ante la imposibilidad de lograrlo hemos realizado cuatro derivaciones urinarias supravescicales, una como eventualidad temporaria y que relatamos: se trataba de una paciente de 15 años de edad, que como consecuencia de un traumatismo por un cateterismo uretral realizado en las primeras horas del nacimiento sufre la pérdida total de su uretra. Con sucesivos intentos de reconstrucción (más de quince). En el examen presentaba una gran fístula vesicovaginal con una vejiga pequeña. Es decir, no tenía uretra ni pared vaginal anterior, y sólo quedaba una vejiga de muy escasa capacidad.

Se realizó ureterosigmoideostomía bilateral y la construcción de un colgajo tubulado con la vejiga como neouretra, según técnica de Barnes, que se abocó por debajo del pubis con cierre de la fístula. Fue necesario deslizar un amplio colgajo de labio menor para cubrir el defecto de la pared vaginal anterior. A más de 2 años de la intervención la paciente ha logrado un confort que no había conocido y queda para realizar una sigmoideocistoplastia si la evolución así lo impusiera.

La *reconstrucción de la uretra femenina* no ofrece en general mayores dificultades. Sin embargo, la mayoría de nuestras pacientes han llegado a la consulta después de varios intentos fallidos. Ello nos hace pensar que no se ha contado con tejidos en las condiciones adecuadas, o bien no se ha cumplido con los principios básicos de una buena homeostasia, de un afrontamiento sin tensión de tejidos viables, y de un avenamiento adecuado.

Esa falta de tejidos bien irrigados obliga a disponer de estructuras vecinas, bulbocavernoso, labios menores, que deslizadas llevan al cierre por planos en condiciones ideales.

Hemos realizado 11 *reconstrucciones* de uretra, de las que 8 (5 totales y 3 proximales) presentaban incontinencia de orina.

Cuando la alteración local es muy severa, debe pensarse en la solución por etapas sucesivas. Tal el caso de una paciente de 13 años que a los 9 sufre una caída a horcajadas con fractura de pelvis, destrucción total de la uretra y fístula rectovaginal.

Se hizo entonces derivación urinaria por cistostomía y cierre de la fístula fecal. Posteriormente se retiró la sonda hipogástrica con cierre de la ostomía.

Cuando consultó tenía infección urinaria persistente, retención vesical incompleta, pérdida de orina en forma continua por un trayecto fistuloso adherido a la rama isquiopubiana derecha. Se planteó la reparación por etapas sucesivas. Primero se liberó el posible cuello vesical, ubicándolo en el centro del suelo pelviano, alejado de las ramas pubianas y rodeado de tejidos elásticos. Con ello se consiguió una buena evacuación vesical y mejor control de la infección urinaria. En una segunda intervención se reconstruyó la uretra con cara anterior de vagina, se interpuso el músculo bulbocavernoso izquierdo y se cubrió con un colgajo por rotación del labio menor del mismo lado. Durante el primer año se controló el calibre del cuello vesical. Después de 4 años ha mejorado la continencia, la paciente orina por fuera de la vagina. Está previsto obtener mayor continencia en una próxima intervención mediante la suspensión del cuello.

De las 11 reconstrucciones uretrales realizadas, 1 fue con tubo vesical a lo Barnes.

Las 10 restantes se efectuaron en tres planos:

La uretra o *primer plano*, con pared vaginal anterior. Una vez tallado el colgajo se liberarán los tejidos vecinos y nunca la futura uretra, para evitar desvitalizarla (figs. 1 y 2).

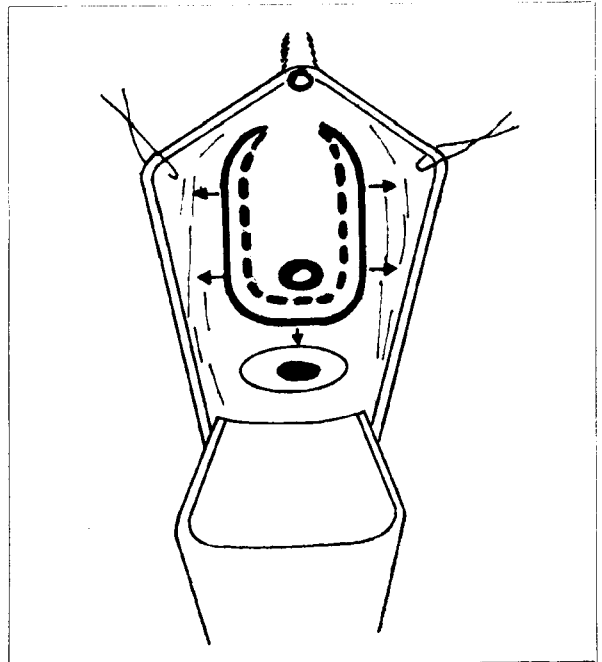


Figura 1. Tallado del colgajo. La disección debe hacerse hacia afuera (flechas).

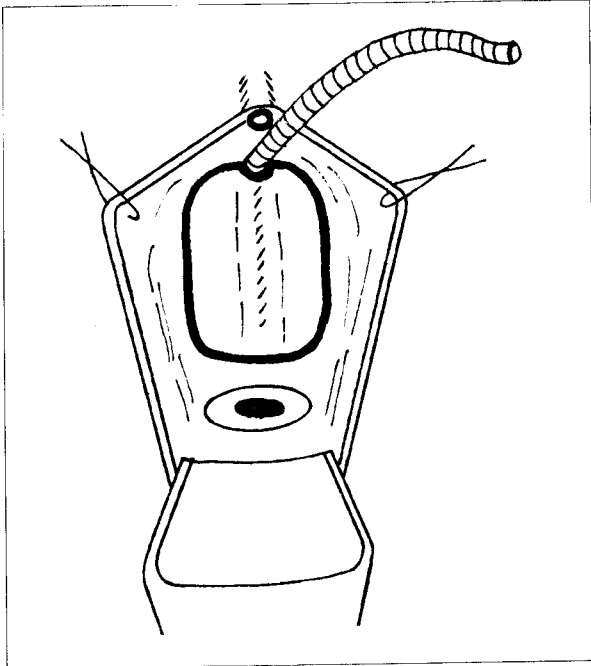


Figura 2. Cierre de la uretra. Sonda.

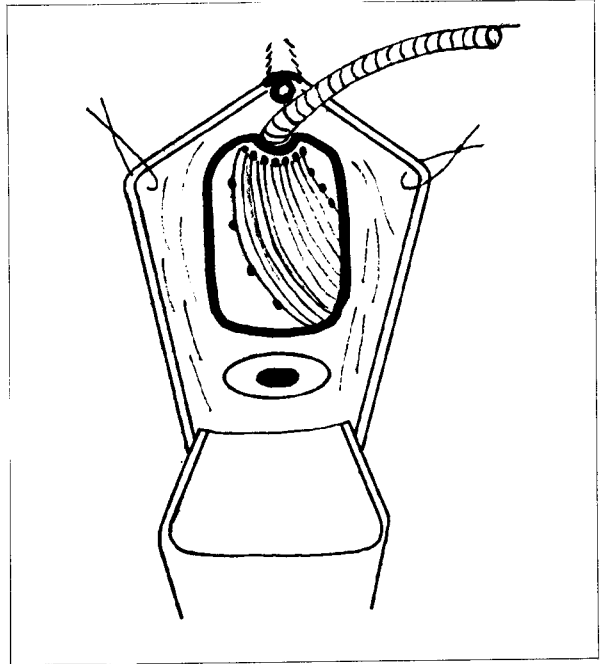


Figura 4. Cierre con bulbocavernoso.

El *segundo plano* con fascia cervicovaginal cuando se trató de una primera intervención (fig. 3) o con músculo bulbocavernoso (en ocasiones tejido eréctil incluido) en las recidivadas (fig. 4).

El *tercer plano* con pared vaginal (fig. 5) o con deslizamientos de colgajos de labio menor, uni o bilateral, según las circunstancias (figs. 6 y 7).

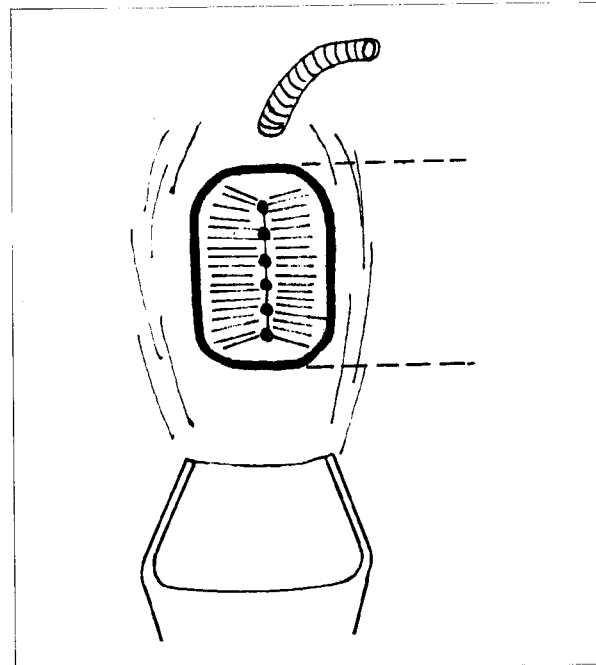


Figura 3. Cierre con fascia cervicovaginal.

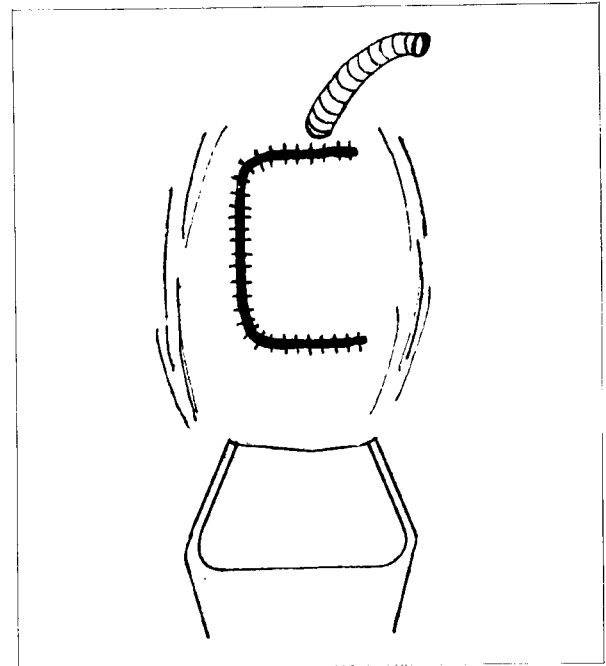


Figura 5. Pared vaginal.

En 10 pacientes se obtuvo la reconstrucción en la primera intervención. Un caso que recidivó curó en la segunda intervención. Siete operadas están continentas. Una tiene ligera pérdida con los esfuerzos, y la tercera es la joven ya comentada. En las dos últimas está previsto completar el tratamiento con alguna técnica de suspensión del cuello vesical.



'Rohypnol'[®]

La más moderna constelación en el universo de los hipnóticos

Comprimidos bistranurados con 2 mg
caja con 10 y 30



Ampollas (1 ml) con 2 mg
caja con 6

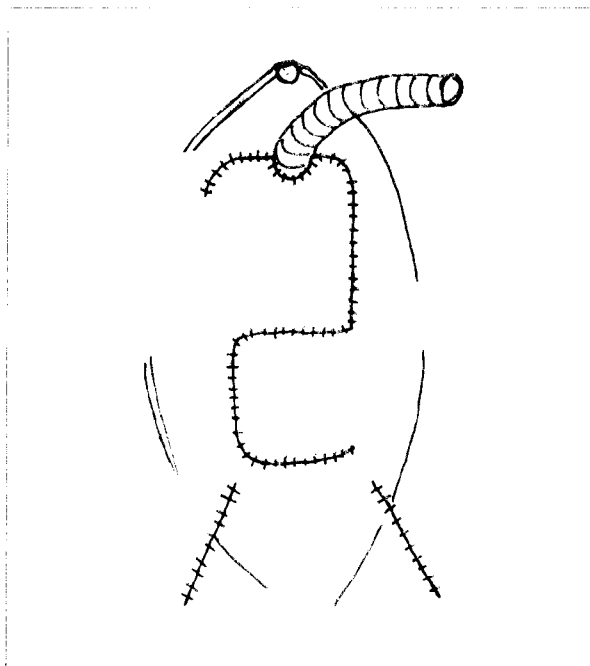
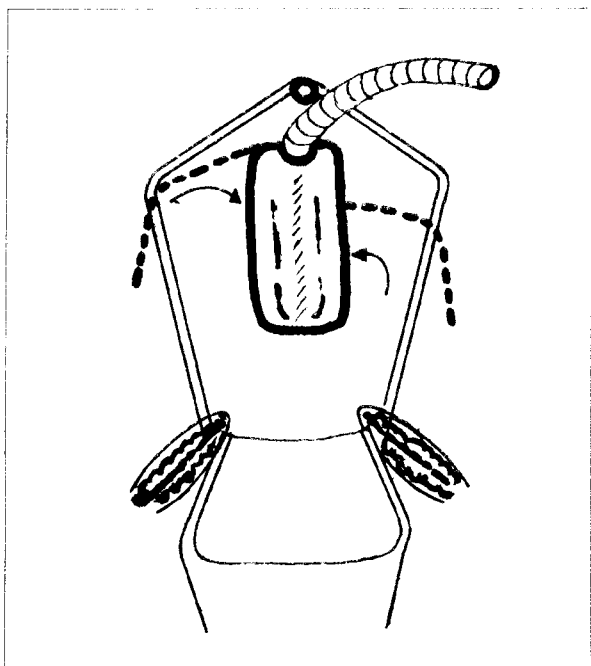
REDOXON-A-Gotas

XX = 200 mg vit. C + 2.000 U.I. vit. A

ROCHE



eficacia estable
vitamina C + vitamina A
acción antiinfecciosa + acción antiinfecciosa



Figuras 6 y 7. Deslizamiento de colgajos de arillos abitos menores.