

URETROPLASTIA CON LA TECNICA DE LA INVAGINACION *

AQUILINO VILLANUEVA
Académico de número

Voy a referirme, en esta comunicación preliminar, a las técnicas modernas sobre las estenosis inflamatorias banales y traumáticas, destinadas a aliviar a esos desventurados enfermos que frecuentemente ocupan las camas de hospital por largo tiempo, y son en otras ocasiones asiduos concurrentes de la consulta externa, hasta que les sobrevienen complicaciones pielorre- nales con las que terminan su vida llena de sufrimientos. Afortunadamente, con los antibióticos se han reducido en forma considerable en la actualidad, si se los compara con las estadísticas de hace veinte años, en que las infiltraciones de orina y abscesos urinarios se veían con mucha mayor frecuencia en nuestros servicios hospitalarios. En las estenosis traumáticas, aunque en un por ciento menor, las consecuencias y problemas relacionados con la evacuación vesical son los mismos; es decir, que la destrucción parcial de la uretra, especialmente la perineobulbar, que ocasiona grandes dificultades para el paso de la orina, así como el cateterismo difícil de una uretra infranqueable, son la consecuencia lógica de un padecimiento seriamente destructivo o de un abandono prolongado por parte del enfermo.

Las técnicas que desde hace muchos años se vienen aconsejando para la reconstrucción de estas uretras esclerosadas y acompañadas de un proceso inflamatorio extendido frecuentemente desde la uretra perineal hasta la prostática, no han sido satisfactorias, y de ahí que hayan surgido numerosos procedimientos quirúrgicos que tienen un alto por ciento de fracasos. Transcurridas algunas semanas o meses después de estas intervenciones, en que los enfermos han permanecido hospitalizados por largo tiempo, con sonda a permanencia, al retirarse ésta se presentan nuevas dificultades para la evacuación de la orina y el paso de catéteres se hace cada vez más difícil, hasta volver a los cateterismos con bujías conductoras y a las complicaciones,

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 26 de noviembre de 1952.

especialmente periuretritis, abscesos, fístulas. Por estas razones se vienen ensayando resecciones parciales, con el propósito de substituir estas uretras esclerosadas, rodeadas de tejidos fibrosos y fístulas por medio de plastias con uretrorrafias circulares, de acuerdo con las técnicas clásicas de Marion, Heitz-Boyer y Le Dentu, o bien por injertos auto, homo o heteroplásticos, para lo cual se han practicado plastias utilizando la safena interna, la yugular externa u órganos como el apéndice y uretras, especialmente de perro, procedimientos que, por desgracia, fracasaron en la fase experimental, no obstante los esfuerzos de entusiastas investigadores.

A fines del año de 1950, apareció un artículo sobre una nueva técnica de reconstrucción de la uretra, por el doctor A. W. Badenoch, cirujano inglés, quien la llama "técnica de invaginación", y la recomienda en las estenosis traumáticas, ya que la ha practicado en siete ocasiones en cinco pacientes (reoperación a dos de ellos), los resultados obtenidos fueron satisfactorios. Esta técnica consiste en hacer primeramente derivación de las orinas mediante una talla suprapúbica, por la cual se localizará el cabo posterior. El enfermo se coloca en posición de litotomía y se le introduce una sonda metálica por el meato uretral hasta el sitio del estrechamiento, dejándola en esta posición sostenida por un ayudante. Entonces se practica una incisión vertical en el perineo, que se extiende desde la porción bulbar hasta 1 ó 2 cm. delante del ano, con objeto de hacer una disección del cabo anterior de la uretra, en una porción de 5 a 7 cm. a fin de introducirla en el cabo posterior previamente localizado, como ya se dijo, por la talla suprapúbica, dejándose allí el dilatador metálico. El cabo anterior es llevado dentro del posterior, colocando y fijando de antemano una sonda de Nélaton en el cabo anterior, el cual se invagina en el cabo posterior, atando fuertemente la sonda de Nélaton al dilatador metálico que está colocado en la uretra posterior hasta sacarlo por la talla, en donde se fija a la piel, pero manteniéndolo con cierta tracción durante ocho o diez días, tiempo suficiente para sostener esta invaginación.

Nosotros hemos hecho algunas modificaciones que he considerado muy importantes para obtener mejores resultados:

1) Talla suprapúbica preoperatoria para derivar la orina por uno o dos meses o más.

2) Incisión semejante a la de la prostatectomía perineal, es decir, curva, de concavidad inferior, que va de un isquión al otro y a una distancia de dos y medio centímetros del ano. Disección de las fosas isquiorrectales a los lados del tabique rectouretral, el cual se secciona hasta llegar al músculo rectouretral, empujando hacia arriba el músculo transverso superficial y dejando un campo amplio que nos permita localizar más fácilmente el cabo

posterior. Por medio de la talla suprapúbica, y con un dilatador, practicamos cateterismo retrógrado para localizar el cabo posterior que algunas veces puede alcanzar la uretra perineal, pero en otras solamente la uretra prostática o membranosa. Se secciona la uretra sobre el dilatador metálico y se procede a la ampliación de la uretra posterior por medio de los dilatadores de Hegar hasta los números 10 ó 12, dejándolos de 15 a 20 minutos mientras se prepara el cabo anterior. Se introduce por el meato uretral un dilatador metálico hasta el sitio del estrechamiento y se procura que este dilatador salga al perineo incidiendo la uretra, y después de hacer una resección de todos los tejidos esclerosados e infiltrados, se procede a la disección de la porción sana de la uretra, que generalmente corresponde a la uretra bulbar, y se hará lo posible por desprenderla de los cuerpos cavernosos, disección que se facilita dejando el dilatador metálico, y dando diferentes movimientos se desprende en una superficie de 4 a 6 cm. (si la uretra reseca es de 2 a 3 cm.); después se introduce una sonda de Nélaton número 14 en esta uretra que se acaba de disecar y se fija por medio de unos puntos de sutura, y después de quitar el dilatador de Hegar se coloca un beniqué por la talla suprapúbica y saliendo hacia el perineo; se une la sonda de Nélaton que está colocada en el cabo anterior y se tira de ella por la talla como lo indicamos anteriormente, y una vez ejercida una tracción moderada haciendo que el cabo anterior quede introducido dentro del posterior y que la sonda de Nélaton quede fuertemente fija a la piel, se hace una tracción suficiente para sostener la invaginación. Aun se pueden colocar 2 ó 3 puntos de sutura superficiales, uniendo los dos cabos de la uretra, después de que se ha hecho la invaginación.

Por último, se coloca una sonda de Pezzer números 20 ó 30 por talla, la cual permanecerá de dos a tres semanas hasta que se desprende la sonda que está en la uretra y después de lo cual debe reemplazarse por una sonda a permanencia de Foley o Nélaton número 22, durante tres o cuatro semanas, hasta que termina la cicatrización de la fistula vesical.

Las primeras intervenciones las practicamos en las estenosis traumáticas, y en virtud de los resultados tan favorables, posteriormente las hemos llevado a cabo en las estenosis inflamatorias, seleccionando de antemano los casos, rechazando aquellos que tengan estenosis múltiples o fibrosis total de la uretra. Yo considero que esta ampliación de las indicaciones puede ser una contribución de gran importancia en la cirugía urológica, puesto que la mayor parte de los problemas de estenosis, especialmente en lo que se refiere a las estenosis infranqueables, son movidas por lesiones inflamatorias, y las traumáticas existen en un por ciento mucho menor.

Esta técnica realmente es sencilla, en particular para los cirujanos que tengan costumbre de trabajar en perineo, y uno de los tiempos más importantes es la movilización del cabo anterior, que debe hacerse con toda delicadeza para no traumatizar la uretra y dejarla en las mejores condiciones de vitalidad para que no se esfalice alguna parte de ella.

El postoperatorio es completamente distinto del que habíamos observado con las otras técnicas, pues el cateterismo es mucho más fácil y las recurrencias inmediatas que se observan con los otros procedimientos no las hemos observado hasta ahora. Para mayores detalles expongo algunas historias clínicas resumidas de los casos tratados y la proyección de unas gráficas.

PRIMER CASO: Minero, de 40 años. Traumatismo de la región perineal por caída a horcajadas hace 18 años, con toda la sintomatología de ruptura uretral. Intervención quirúrgica inmediata por el perineo, sonda a permanencia por la uretra y posteriormente dilataciones uretrales que cada vez son más difíciles y dolorosas; desde hace seis años, en varias ocasiones ha presentado retención absoluta de orina, que algunas veces cede espontáneamente y otras por sondeo. En la época que lo estudiamos presenta polaquiuria acentuada, chorro muy delgado, a veces sólo goteo con ardor uretral. La uretrografía muestra uretra anterior muy dilatada que termina casi en fondo de saco, pues la estenosis no permite el paso de la jalea opaca. Se le practicó cistostomía suprapúbica el 30 de abril de 1951; el 29 de mayo se le hizo la plastia de la uretra con la técnica de invaginación. El 11 de junio se retiró la sonda que fija la uretra y se pasó con toda facilidad sonda de Nélaton número 18 por el meato. El 26 de junio se quitó la sonda uretral, estando ya cerrada la talla suprapúbica. Se le practicaron dilataciones uretrales con beniquéz hasta el número 48, una vez por semana. Se le dió de alta el 20 de julio y últimamente he tenido noticias de que se ha seguido dilatando cada tres o cuatro semanas con toda facilidad.

Los otros dos casos han sido por traumatismos en accidentes automovilísticos con fractura de pelvis:

SEGUNDO CASO: C. S., individuo de 37 años, atropellado por un camión de pasajeros hace dos años. Fractura de pelvis y ruptura vesical. Se le practicó talla suprapúbica por la que trajo sonda dos meses; se le retiró, pero no se le pudo sondear por la uretra; el orificio de la talla se fistulizó y en estas condiciones lo vimos el 2 de marzo de 1951. Difícilmente se logró pasar una candelilla y con sonda de Phillips se lograron algunas dilataciones, que eran muy dolorosas. El 6 de abril se le practicó resección del tejido fibroso periuretral. Se dilató la uretra posterior y se dejó sonda a permanencia. Al retirar la sonda uretral a los 15 días, el enfermo pudo orinar durante 48 horas; después tuvo retención y no se pudieron pasar ni candelillas, por lo que tuvimos que hacer una talla suprapúbica de urgencia. El 6 de agosto se le practicó plastia por invaginación. El 16 del mismo mes se le quitó la sonda y con toda facilidad se colocó sonda uretral a permanencia. Cerrada la talla, se le siguieron practicando dilataciones uretrales con sonda de muletilla hasta el número 18, una vez por semana.

TERCER CASO: G. V., de 30 años. Estenosis uretral traumática por accidente automovilístico, con ruptura de pelvis. Como en los casos anteriores, se practicó cistostomía de derivación de orina durante un mes, después de lo cual se hizo la plastia de la uretra con la técnica de la invaginación el 25 de julio de 1951. Este caso evolucionó como los anteriores, y se dió de alta al enfermo el 14 de diciembre de 1951.

CUARTO CASO: I. A. C., de 50 años de edad, campesino. Ingresó al Servicio el 8 de noviembre de 1951, procedente del Estado de Guerrero. Alimentación: régimen pobre en proteínas y grasas, regular en carbohidratos. Antecedentes alcohólicos discretos. Hemorragia en 1920, tratada deficientemente, con frecuentes recidivas. Fístula uretroperineal en 1927 tratada quirúrgicamente. Estenosis uretral grave en 1936 que ameritó nuevas intervenciones quirúrgicas. Al llegar al Servicio de Urología se le practicaron los exámenes de rutina y cateterismo explorador con resultados infructuosos, pues no fué posible pasarle ni una bujía. La exploración urológica completa reveló una uretra anterior esclerosada con divertículo, fístulas perineales y estenosis de las uretras bulbar y perineal, con cavernas prostáticas. Se inició su tratamiento en la siguiente forma:

Primer tiempo: Talla suprapúbica con derivación de orinas para poner en reposo la uretra; tratamiento general, especialmente a base de transfusiones, antibióticos y antisépticos urinarios.

Segundo tiempo, 2 de abril de 1952: Uretrotomía externa, y práctica, en la misma sesión de dilatación de la uretra posterior e introducción del resector de McCarthy número 28; resección de las cavernas prostáticas; sonda de Foley a permanencia por el meato perineal durante dos semanas y derivación de orina por medio de la sonda de Pezzer colocada en la talla suprapúbica.

Tercer tiempo: Se retiró la sonda de Foley y se dejó cicatrizar la uretrotomía externa.

Cuarto tiempo, 5 de junio: Plastia con la técnica de invaginación. Se dejó la sonda a permanencia por 20 días.

Quinto tiempo: Cicatrización de la herida hipogástrica, dilataciones uretrales fáciles con sondas de seda. Nuevo uretrocistograma y alta por curación el 5 de agosto.

QUINTO CASO: J. B. B., de 44 años. Alimentación suficiente en cantidad y calidad. Alcoholismo y tabaquismo negativos. Hemorragia en 1925 con recidivas frecuentes y mal tratada. La estenosis uretral se inicia en el año de 1933. Absceso urinoso y fístula perineal en 1935. Ingresó al pabellón 5 el 3 de agosto de 1951, y refirió que desde el año de 1943 se había acentuado la dificultad para orinar, así como que se le han formado nuevos abscesos y fístulas alternativamente desde aquella fecha.

Primer tiempo, 10 de septiembre de 1951: Talla suprapúbica para derivar la orina.

Segundo tiempo, 8 de febrero de 1952: Plastia de la uretra por invaginación y reparación de una pérdida uretral de más de 5 cm. La sonda de Nélaton que se dejó en la uretra para hacer tracción se desprendió a los 12 días, pero se colocó fácilmente una sonda de Nélaton número 20, después de lo cual se quitó la sonda de Pezzer y dos semanas más tarde cicatrizó la herida de la cistostomía. Se practicaron dilataciones uretrales fácilmente con sondas de seda, y se dió de alta el 15 de abril de 1952.

Con esta técnica se han practicado trece intervenciones quirúrgicas, en las que se incluye un último caso operado aproximadamente hace tres se-

manas y cuya evolución ha sido favorable como en los casos anteriores. De estos trece casos, cuatro han sido por estenosis traumática y los otros nueve de tipo inflamatorio; éstos han sido casi todos bastante avanzados, con destrucciones extensas de la uretra, al grado de que en más de dos de estos enfermos se pensó que el tratamiento indicado sería la derivación de orinas por medio de la uréterocolostomía.

Insisto en que esta comunicación es preliminar, porque no existe todavía el tiempo suficiente para decir la última palabra sobre este asunto, pero comparando la evolución favorable que han tenido estos enfermos, con la de las técnicas clásicas conocidas, pienso que la técnica de plastia por invaginación es un valioso recurso en las estenosis uretrales con destrucción parcial de la uretra.

Para terminar, quiero hacer presente mi agradecimiento a los doctores Javier Lomelín, Manuel Ballesteros, Moisés Lisker y Raúl Ponce de León, que colaboraron conmigo eficazmente en el estudio y tratamiento de estos enfermos.

RESUMEN

El autor recomienda la técnica de Badenoch modificada en el tratamiento de las estenosis uretrales, no sólo traumáticas, sino inflamatorias. Presenta trece casos tratados favorablemente con dicha técnica.

SUMMARY

The author recommends the modified Badenoch technic in the treatment of urethral stenoses, both of traumatic and inflammatory origin. He presents thirteen cases of his own which were favorably treated.

COMENTARIO SOBRE EL TRABAJO DEL DOCTOR AQUILINO VILLANUEVA

ANGEL QUEVEDO MENDIZÁBAL
Académico de número

El trabajo que presenta el doctor Villanueva trata de uno de los problemas urológicos más arduos y difíciles de resolver, el de las estenosis infranqueables de la uretra, que, si por sí solas constituyen un padecimiento serio de las vías urinarias bajas, trae consigo también frecuentemente complicaciones de tipo infeccioso y repercusión funcional sobre el aparato urinario alto, que a la larga puede producir insuficiencia renal.

La técnica que nos presenta ha sido modificada por él ventajosamente, y es el primero que la ha verificado en México. Con su experiencia y conocimiento del campo urológico perineal, ha modificado la incisión, que él hace transversalmente, con lo que el acceso a la uretra posterior se facilita considerablemente. También ha modificado los tiempos de la intervención, ya que empieza por disecar la uretra membranosa y prostática, tiempo, sin duda, el más difícil de esta intervención, pero también el que es decisivo para poderla llevar a cabo, ya que liberada y dilatada ampliamente la uretra prostática, la invaginación dentro de ella del cabo distal de la uretra no ofrece dificultades. En esta invaginación estriba precisamente el resultado operatorio, pues por ella se impide la formación de tejido fibroso entre los cabos de la uretra y la formación de una nueva estenosis y fístulas. Además, amplía considerablemente las indicaciones de la intervención, no sólo a las estenosis traumáticas, sino también a las inflamatorias inveteradas, mucho más frecuentes que aquéllas.

La casuística presentada de 13 casos, tratados todos con éxito, es muy superior a la del autor del método, que sólo lo empleó en cinco casos.

Indudablemente que, descontando la habilidad quirúrgica del autor de este trabajo, al éxito de esta cirugía tan ardua, contribuye en gran parte, la acción de los antibióticos y antisépticos urinarios actuales, que permiten una evolución postoperatoria sin complicaciones.

La modestia característica del doctor Villanueva lo lleva a presentarnos este trabajo, que representa más un intento fructuoso hacia la resolución de un viejo problema de la urología, que la simple verificación entre nosotros de una técnica extranjera. En realidad, las modificaciones aportadas ya mencionadas, hacen de ella una nueva técnica original, en que poco queda de la presentada por Badeñoich. Esto era de suponerse, ya que es de todos conocida la gran experiencia del autor en la cirugía perineal y fué para él seguramente un juego el analizarla, estudiarla y modificarla, para presentárnosla ahora, después de empleada repetidas veces en enfermos, como una adquisición ya definitiva. Con el tiempo, seguramente que su estadística será más grande y le agregará aún nuevos y valiosos detalles, pero la presentación de este trabajo representará siempre una etapa en el progreso de la cirugía urológica.

Por todo ello, doy mis parabienes al doctor Villanueva, quien para mí siempre ha sido un guía seguro y firme en el campo de la urología y creo que este trabajo representará para esta H. Academia una contribución más de las siempre nuevas y fecundas inspiraciones quirúrgicas de su autor.