

EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN PATOLOGÍA URETRAL EN VALENCIA DESDE FINALES DEL SIGLO XIX HASTA MEDIADOS DEL SIGLO XX. ANÁLISIS DOCUMENTAL HISTÓRICO.

José Antonio Cánovas Ivorra¹, Alfredo Tramoyeres Galvañ², Pedro Navalón Verdejo¹, Mariano Pérez Albacete³, Emilio López Alcina¹ y Julio Zaragoza Orts¹.

¹Servicio de Urología. Hospital General Universitario. Valencia.

²Servicio de Urología. Clínica Quirón. Valencia.

³Servicio de Urología. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia. España.

Resumen.- OBJETIVO: La patología de la uretra ha sido siempre un interesante tema de estudio, apareciendo ya en los textos de 600 años a.C., donde se describen los dilatadores de madera y metal. En la época judeo-musulmana aparecen las primeras uretrotomías externas, y Francisco Díaz describe en 1588 el tratamiento de las carnosidades de la verga. Con Civiale y Maisoneuve, entre 1700 y 1800, aparece la descripción del uretrotomo, y finalmente a mediados del siglo XIX, se comienza con la búsqueda de tejidos capaces de sustituir a la uretra.

MÉTODOS: Revisamos todos los artículos de los autores valencianos de la época referidos a la patología uretral, publicados fundamentalmente la Revista Valenciana de Ciencias Médicas.

RESULTADOS: Destacamos el uso de las bujías y sondas en el abordaje de la patología estenótica uretral, por varios autores, con sus ventajas e inconvenientes. Asimismo, la descripción de una uretrotomía externa por el Prof. Mollá. Finalmente destacamos el tratamiento de una rotura de uretra posterior mediante tunelización por el Dr. Alfredo Tramoyeres.

CONCLUSIONES: A pesar de no ser una patología con un alto volumen de publicaciones, ha interesado desde siempre a los autores. Exponemos todos los tratamientos, técnicas de sondaje y la dilatación como primera opción.

Palabras clave: Uretra. Historia de la Urología. Siglo XX.

Summary.- OBJECTIVES: Urethral pathology has always been an interesting topic for study, being present in texts from 600 years B.C, where wood and metallic dilators are described. First external urethrotomies appear in the Jewish-Muslim period, and Francisco Diaz describes in 1588 the treatment of the prostate in his book "Tratamiento de las carnosidades de la verga". With Civiale and Maisoneuve, between 1700 and 1800, appears the description of the urethrotome, and finally in the middle XIX century starts the search for adequate tissues to replace urethra.

METHODS: We review all articles on the topic of urethral pathology from authors from Valencia in that period,

Correspondencia

José Antonio Cánovas Ivorra
Urb. Montiboli 188 A-6
03570 Villajoyosa Alicante. (España)
e-mail: jacanovas@hotmail.com

Trabajo recibido: 20 de octubre 2004

mainly published in the journal "Revista Valenciana de Ciencias Médicas".

RESULTS: We emphasize the use of bulbs and sounds in the approach to urethral stenosis by several authors, with their advantages and limitations. We also emphasize the description of external urethrotomy by Prof. Molla. Finally, we point out the treatment of a posterior urethra fracture by tunneling reported by Dr. Alfredo Tramoyeres.

CONCLUSIONS: Despite not being a topic with a high volume of publications, it has always interested authors. We describe all treatments, and sound insertion and dilation techniques as first option.

Keywords: Urethra. History of urology. 20th century.

INTRODUCCIÓN

La patología uretral, especialmente la estenosis, al igual que la litiasis vesical, son patologías tan antiguas como la misma humanidad. En el año 600 a.C. se observan en el Ayurveda los intentos de manejo de dichas estenosis mediante el uso de dilatadores de material y madera. Hipócrates describió entre la cuarta y quinta centuria los abscesos uretrales, y en Roma, en el último siglo a.C., los dilatadores de plomo. En esta época, caso de no poder atravesar la estenosis de uretra, el enfermo era abandonado hasta su muerte por retención de orina, y en el mejor de los casos, si fistulizaba, llevaría un vida miserable.

En la época judeo-musulmana, ya en el siglo X, Rhazes realiza uretrotomías externas o punciones perineales, y Albucasis recomendaba el uso de bujías o instrumentos flexibles para su tratamiento. Durante la edad medieval la cirugía sufre un estancamiento, y es en 1520, consecuencia de una grave epidemia de gonococia cuando, se atribuye la obstrucción uretral a la formación de carnosidades.

En 1588, Francisco Díaz, cirujano del rey Felipe II, escribe su obra "*Tratado nuevamente impreso de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina*" dividido en tres libros, en cuyo tercer tomo se tratan las carnosidades de la vía de la verga. En él define las posibles causas, como inflamatorias y traumáticas. Este autor, describe

los hallazgos patológicos, tras la autopsia del príncipe Ruygómez, camarero de Felipe II, tras su muerte por lo que hoy conocemos como sepsis urinaria tras 7 días de retención de orina de causa uretral. Debemos a este autor la descripción del primer uretrotomo interno, con la descripción a su vez de sus posibles complicaciones.

Ya un siglo después, R. Wiseman y E. Molin, en 1652, dejan constancia de la primera uretrotomía externa desde el meato uretral externo hasta el periné para la curación de las estenosis rebeldes al paso de bujías.

Entre 1700 y 1800 se adquiere habilidad en el paso de sondas y bujías, y Maisoneuve describe una guía enroscada al uretrotomo para la sección de la estenosis retrógradamente en 1848, al igual que Civalo lo hacía anterogradamente (1817).

A finales del siglo XIX, Thompson y Guyon, clasifican la enfermedad de una forma que poco difiere de lo que podemos encontrar en la actualidad. A finales del S.XIX comienzan las escisiones del segmento estenótico seguidas de reanastomosis, y Guyon propone una talla suprapúbica de descarga para mejorar los resultados.

Durante la búsqueda incesante de encontrar un tejido capaz de sustituir la uretra, Sapiejko, describe el uso de la mucosa oral en 1894, y ya en 1953 se produce el gran avance en la reconstrucción uretral, con, de una parte, el uso de piel prepucial aplicada como parche (Greenfield) y el uso de colgajos cutáneos pediculados escrotales (Johanson) (1).

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado a través del Departamento de Historia de la Medicina e Instituto de Estudios Documentales sobre Historia de la Ciencia "López Piñero", todos los artículos publicados por autores valencianos desde finales del S. XIX hasta mediados del S. XX, extrayendo todos los artículos originales en materia de patología uretral. Los artículos originales han sido obtenidos de la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* (Valencia, 1899-1920), *Crónica Médica* (Valencia, 1887-94, 1907-09, 1928-38) y *Archivos Españoles de Urología* (Madrid, 1944).

DISCUSIÓN

Comenzamos nuestra discusión con dos artículos del Dr. Moncayo Redón, interno de la clínica quirúrgica de la facultad de Medicina de Valencia. En el primero, de 1900, nos dice que la hipertrofia de la próstata determina en el canal una desviación, cuando se hipertrofia un solo lóbulo, o una deformación cuando ocurre en ambos, en cuyo caso la uretra adopta una forma de reloj de arena; y si además se hipertrofia el lóbulo medio, adquiere una forma de Y, la acentuación de cuyos procesos determina la retención urinaria.

En cuanto al cateterismo en estos casos aconseja el uso de bujías, sonda de Mercier, biacodada, y metálicas en casos de excepción, previa desinfección de la misma. Una vez evacuada la vejiga se lava con agua borica, y si el residuo es inferior a 500 ml. aconseja repetirlo, tras unas horas, para que la vejiga recupere contractilidad, y si fuese mayor se deja durante unos días para evitar las congestiones del aparato urinario superior. En caso de imposibilidad, indica la cistostomía suprapúbica (2).

En un segundo artículo del mismo autor, afirma que las múltiples afecciones de uretra requieren con frecuencia el cateterismo (Figura 1).

En un breve recuerdo anatómico destaca la movilidad de la parte anterior de la uretra y la posibilidad de formación de falsas vías en la porción posterior.

El cateterismo normal debe hacerse con asepsia, en posición horizontal, no efectuarse con sondas resistente y dando la curvatura aproximada de la uretra posterior. Debe introducirse con suavidad, deteniéndola al menor obstáculo y precedida de un cuerpo graso antiséptico (vaselina o aceite fenicado).

Si la desviación es poco marcada, basta con introducir la sonda con suavidad, pero si es marcada, introduciremos un mandril al que daremos una curvatura de 70 grados (semejante a la que presente la desviación), el dedo índice en el recto y comprimir la sonda de bajo a arriba.

Finalmente recuerda la facilidad de este procedimiento en la mujer (3).

Localizamos a continuación un trabajo el Dr. Mollá, referente a una rotura uretral traumática, caracterizada por uretrorragia y tumoración hemática perineal. La trató con uretrotomía externa con sonda por espacio de un mes, a través de lo cual consiguió la total reconstrucción uretral con una leve estrechez posterior.

En este caso llama la atención, según el autor, la desproporción entre el traumatismo y la consecuencia, por lo que podrían estar implicados otros factores como la perturbación nutritiva, influyente incluso en la lenta y tardía reparación de los tejidos (4).

El siguiente artículo, está dedicado por el Dr. Mollá, en 1906, a las estrecheces uretrales, las que divide en permeables o impermeables, según se acompañen o no de retención de orina y éstas pueden variar según el grado de estrechez y según las complicaciones acompañantes.

Cuando el conducto es permeable, obedece a esclerosis o piasias de la capa muscular y en estos casos debe intentarse el cateterismo evacuador con sonda cónico-olivar, ensayando el paso en progresión descendente. Si no es posible procederemos con bujía dilatadora, dejándola unos minutos tras los cuales se retira y se intenta sondar de nuevo.

Cuando la uretra es totalmente infranqueable, se procede a la entrada por medios artificiales como

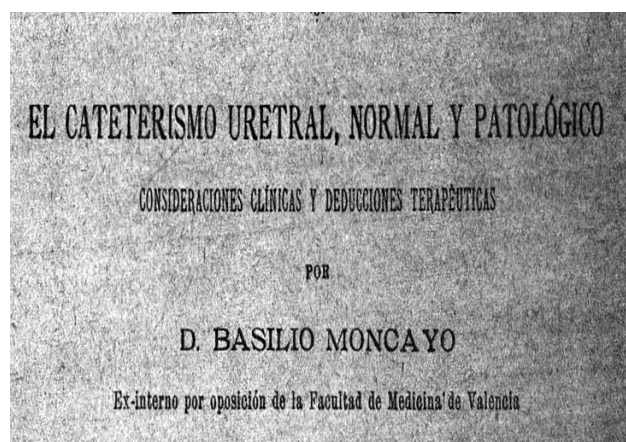


FIGURA 1. Trabajo publicado sobre cateterismo uretral en 1902 en la Revista Valenciana de Ciencias Médicas por Basilio Moncayo Redón.

la talla hipogástrica o la uretrotomía externa. Una vez evacuada la vejiga, que constituye la urgencia, se procede al tratamiento metódico de la estrechez.

El único método que asegura el restablecimiento de la uretra es la dilatación lenta, progresiva y sostenida de la misma, que rara vez conduce a la curación definitiva de la misma. Ha de ser un cateterismo modificador, no violento sino por contacto, no por distensión sino por presencia, no mecánico sino dinámico, evitando en esta maniobra toda fuerza y limitarnos al contacto de la sonda con las paredes de la uretra, apunta Mollá.

Hay que evitar el dolor y la hemorragia uretral, por insignificante que sea, y si ocurre en la sesión siguiente, comenzar por un número inferior. Evitar sesiones largas de dilatación que conducen a la fatiga y congestión uretral, a nivel de la obstrucción, traducida en mayor dificultad miccional y en ocasiones retención.

El instrumento ideal es la bujía de goma de extremidad olivar, no siendo recomendable las bujías de punta cónica pues se detienen fácilmente ante los obstáculos, pudiendo rasgar o perforar la uretra a ese nivel. Por muy acentuada que sea la estrechez, debe salvarse siempre con suavidad.

Cuando no se puede, se usarán bujías en forma de espiral o bayoneta, con el objeto de "pasearse" por toda la circunferencia de la uretra. Si tampoco se consigue, se utilizará el cateterismo en haz,

introduciendo un haz de bujías del calibre más fino, y si fracasa, el cateterismo apoyado, con una bujía de goma o cera hasta la estrechez, dejándola apoyada sobre ella durante algunas horas, pudiendo conseguir la micción por relajación del tejido esclerosado al contacto con la sonda. También puede intentarse introduciendo una sonda con extremo cortado y por ella una bujía filiforme.

Apunta también como solución el cateterismo hidroaéreo, consistente en una sonda cortada a la que se agrega un conducto que conduce a un depósito de agua, el cual dilata por presión la uretra y permite el paso de una fina bujía.

Las sesiones de dilatación deben ser cada dos o tres días y, en cada una comenzar por la última introducida en la sesión precedente. Sólo excepcionalmente se podrán ganar dos números por sesión. Aconseja no dejarla más de dos minutos. Las bujías de beniqué, con la curvatura normal de la uretra a nivel perineal, deben usarse con rapidez y sin violencias.

Cuando el enfermo es dado de alta, la dilatación será cada 15 días durante 3 meses, cada 30 hasta el primer año, cada tres meses durante el segundo año y dos o tres veces por año toda la vida, pues lo lógico es que la estrechez confirmada no cure jamás.

El cateterismo forzado o dilatación mecánica no tienen ventajas. Se recurren a estos métodos en enfermos portadores de cálculos vesicales, previa litotricia y bajo la acción clorofórmica.

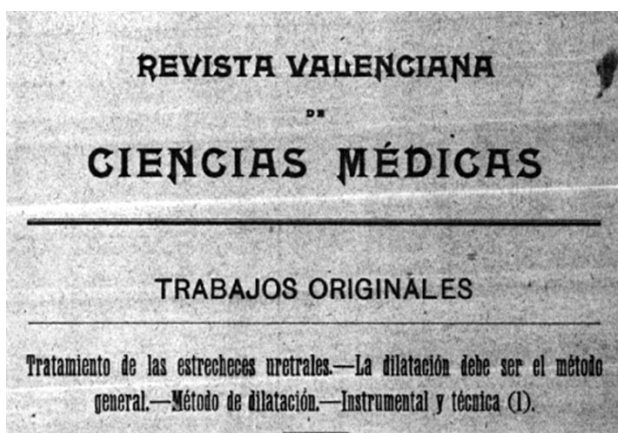


FIGURA 2. Publicación del Prof. Mollá sobre estrecheces uretrales en la misma revista en 1906.

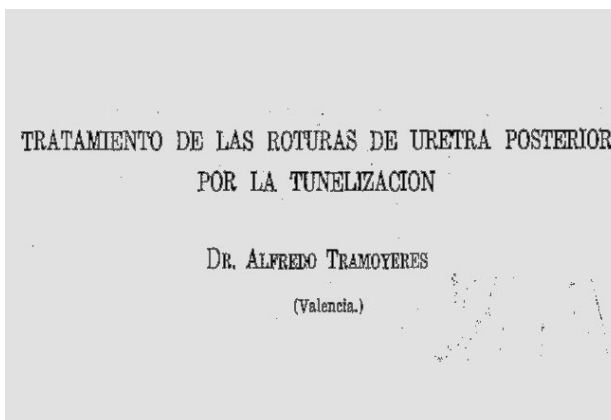


FIGURA 3. Trabajo del Dr. A. Tramoyeres Cases publicado en la revista Archivos Españoles de Urología en 1951.

Tampoco la sección o rasgadura de la estrechez, ni la cauterización, los encuentra métodos apropiados. La electrolisis no debe usarse por la lentitud de sus resultados, y menos cuando se emplean corrientes de fuerte intensidad sin manejarse con prudencia los aparatos (5) (Figura 2).

El Dr. Mollá Fambuena, comienza su artículo llamado Las uretrorragias graves consecutivas a las dilataciones de la uretra, diciendo que las hemorragias uretrales aparecen en el 0'75% de enfermos sometidos a cateterismo uretral y pueden ser de tal intensidad que requieran intervención quirúrgica.

Las consecuencias más habituales son: estrecheces, pólipos y úlceras de origen venéreo. En las uretritis vegetantes hemorrágicas, el problema aparece al menor contacto con el instrumento explorador y puede ser favorecida por determinados desordenes generales, como los de tipo hepático.

El tratamiento es el empleo de una gruesa sonda, y si no cede, se recurrirá a la cistostomía con taponamiento de uretra posterior, concluye el autor (6).

En su segundo artículo, habla sobre los divertículos uretrales y dice que los distintos métodos exploratorios permiten, ya en su época, el diagnóstico de divertículos uretrales.

Anteriormente, los primeros en observarlos fueron Willecke en 1890, Lindemann en 1895 y Worf en 1900.

Su etiopatogenia la basa en la embriología y suelen acompañarse frecuentemente de otras anomalías tales como divertículo vesical, reflujo homolateral, dilatación ureteral congénita y pelvis renal pequeña. La sintomatología varía enormemente en función de su tamaño y localización, pudiendo ir desde dolor, interrupción de la micción, retención y hematuria hasta ausencia de síntomas.

Su diagnóstico debe realizarse con inyección de contraste, mediante la técnica de Chevassu.

Su tratamiento, exclusivamente quirúrgico, lo indicaran los síntomas y las molestias y como tratamiento paliativo, aconseja los antisépticos urinarios (7).

En un último artículo de patología específica de la uretra, Alfredo Tramoyeres expone el tratamiento de rotura de uretra posterior en base a un caso clínico (Figura 3).

Dice que la rotura parcial de uretra, cuando solo interesa el tejido esponjoso de la misma quedando intacta la mucosa por dentro y la vaina fibrosa por fuera se denomina intersticial; cuando se daña la mucosa y la capa esponjosa se denomina parcial interna (uretrorragia), y si afecta la fibrosa y tejido esponjoso se denomina parcial externa (hematoma periuretral sin uretrorragia).

En la rotura total se afectan todas las capas, de modo que cuando se divide totalmente se llama rotura total de la uretra.

Debido a que la uretra no se encuentra a la misma profundidad en todos los tramos, se presentan con cierta preferencia, según el traumatismo afecte a una u otra región, afirma el Dr. A. Tramoyeres. Así, en la región peneana suelen ser intersticiales, mientras que en la región perineal, por aplastamiento de la misma contra el plano musculoaponeurótico, constituidos por la aponeurosis infrapubiana y arco pubiano, al igual que en la porción membranosa, suele ser total.

Para vencer la retención podemos practicar bien una talla hipogástrica, bien una uretrotomía externa, y como las paredes de la uretra posterior son muy finas, dándose por satisfecho el autor cuando logra colocar una sonda a través de la uretra y como, además, se asocian a lesiones de mayor gravedad, es conveniente dejar la reconstrucción uretral para un segundo tiempo.

En este caso, aplica Alfredo Tramoyeres la tunelización de uretra posterior en el hombre, describiendo minuciosamente la técnica que utilizó y que fue descrita por Marion con excelentes resultados y de la que resalta su fácil ejecución (8).

CONCLUSIONES

La patología específica de la uretra, todo y no ser una de las áreas específicas del conocimiento con mayor volumen de publicación, ha interesado desde antiguo a todos los autores, en este caso al ámbito

regional valenciano en diverso modo. Hemos expuesto los primeros tratamientos mediante uretrotomía externa practicados a principios del S. XX., todas las técnicas de sondaje con indicaciones, ventajas y posibles complicaciones, la dilatación como método general y el primer caso tratado mediante tunelización tras una rotura de uretra posterior.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. MARTÍNEZ PIÑEIRO, J.A.: "La estenosis de uretra. El ayer, el hoy y el mañana". *Jano. Urología y Humanidades*, 1: 3, 1999.
2. MONCAYO REDÓN, B.: "De los accidentes uretrales en la hipertrofia de la próstata, técnica del cateterismo". *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 2: 171, 1900.
3. MONCAYO REDÓN, B.: "El cateterismo uretral, normal y patológico, consideraciones clínicas y deducciones terapéuticas". *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 4: 103, 1902.
4. MOLLÁ RODRIGO, R.: "Rotura traumática de la uretra, intervención quirúrgica-curación". *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 4: 193, 1902.
5. MOLLÁ RODRIGO, R.: "Tratamiento de las estrecheces uretrales. La dilatación debe ser el método general. Método de dilatación. Instrumental y su técnica". *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 8: 129, 1906.
6. MOLLÁ FAMBUENA, V. M.: "La uretrorragia grave consecutiva a las dilataciones de la uretra". *Crónica Médica*, 3: 95, 1929.
7. MOLLÁ FAMBUENA, V. M.: "Dos casos de divertículo uretral". *Crónica Médica*, 5: 176, 1931.
8. TRAMOYERES CASES, A.: "Tratamiento de las roturas de uretra posterior por tunelización". *Arch. Esp. Urol.*, 7: 121, 1951.