

FUNDADOS POR E. PEREZ CASTRO, A. PUIGVERT GORRO Y
L. CIFUENTES DELATTE

Director / Editor: E. Pérez-Castro Ellendt
Editor Asociado: L. Martínez-Piñeiro Lorenzo
Editor Asociado Internacional: J. I. Martínez-Salamanca



F. JAVIER GALLO ROLANÍA

- Doctor en Medicina y Cirugía.
- Jefe del Servicio de Urología del Hospital de León.
- Ex-residente y ex-jefe de Sección de la Clínica Puerta de Hierro. Madrid.
- Ex-becario del Instituto de Urología de Londres.

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL

F. Javier Gallo Rolanía.

*Jefe del Servicio de Urología del Hospital de León.
León. España.*

Dado que la importancia de una patología radica en la incidencia y en la trascendencia que ésta tiene sobre la vida del paciente, tenemos que admitir que la estenosis uretral es suficientemente relevante como para dedicarle algún análisis.

De los numerosos artículos que podemos leer en las revistas científicas especializadas, podemos deducir que todos los que publican sobre esta patología tienen muy buenos resultados en su tratamiento. ¿Se deriva de esto que se trata de procesos que tienen fácil solución?, porque a primera vista es raro ver en dichos artículos que el nivel de éxitos con las uretroplastias baje del 80%. Sin poner en duda la habilidad de los cirujanos, creemos que la mayoría de dichos artículos no transmiten conocimientos que ayuden a comprender el problema y su solución, más bien subyace una intención algo narcisista, muy alejada de la docente que debería presidir la intencionalidad de la comunicación científica. Es evidente que hay artículos escritos por médicos en formación o bien por especialistas en una etapa meritoria de su carrera, a los que no se les puede pedir aquello que sólo la experiencia puede aportar, pero aquellos que están sobrados de ésta deberían transmitirla.

EDITORIAL

Siempre se dijo que las estenosis uretrales constituían un problema de difícil solución y con gran repercusión para la vida de los enfermos que la padecían. Infecciones urinarias, dilataciones molestas e interminables, así como intervenciones que se repetían en diferentes centros hospitalarios, a los que el paciente era derivado en busca de una solución definitiva, era lo habitual no hace tantos años.

A pesar de que las cosas han mejorado de forma general, es evidente que el no ser una patología tan frecuente como puede ser el adenoma de próstata, ofrece pocas posibilidades de entrenamiento para la buena resolución de la misma. Más aún, si consideramos las múltiples situaciones que plantean las diferentes estenosis que, a su vez, requieren soluciones igualmente diferentes.

Bien es verdad que para que un artículo de opinión tenga peso y credibilidad, debe estar el autor avalado por una trayectoria profesional que respalde sus opiniones y, por tanto, son necesarios esos artículos que expresan datos cuantitativos. Como siempre, en el término medio está la virtud.

Sin entrar a pormenorizar actitudes frente a las diferentes situaciones que plantean las estenosis de uretra, si nos gustaría verter en estas líneas algunas consideraciones sobre las mismas, que pueden ayudar a comprender el problema en su conjunto y la razón de ser un problema. La primera de todas ellas, es dejar claro que hay tantas posibilidades técnicas como situaciones que varían con el origen, localización, longitud, grado de afectación de los tejidos, número, disponibilidad de tejidos de sustitución, edad del paciente, sentido común del cirujano y experiencia de éste.

El defecto más frecuente que observamos entre los especialistas de la comunidad urológica que realizan esporádicamente cirugía uretral, es la inadecuada indicación de la técnica. El tratamiento de la estenosis uretral es un rompecabezas, en el que cada uno de los cubos que componen la figura debe colocarse en una determinada posición y no en otra. Así, se abusa de la uretrotomía interna endoscópica, por que es fácil de realizar, pero olvidando que en los casos en que no está indicada (estenosis con espongioplasia o estenosis amplias), empeoramos la situación en lugar de solucionarla, creando una estenosis más amplia y con afectación de todo el espesor uretral.

Otra técnica, también endoscópica, que igualmente suele plantear problemas, aunque menos frecuentemente porque ya ha superado el periodo de "moda" al que son adictos los que se ven obligados a liderar las innovaciones, es la prótesis endoluminal o malla expandible. La colocación inadecuada (fuera de la uretra bulbar, en estenosis con uretroplastia previa o aquellas de origen traumático), ocasiona verdaderos desastres, al tener que extraer dichas prótesis con lesiones importantes de la uretra, tras su fracaso por crecimiento de tejido hacia la luz uretral que obstruye la misma. La resección y reanastomosis es la técnica más adecuada y de mejores resultados, cuando la aplicamos en uretra bulbar, y siempre que la longitud de lo reseñado permita la unión de los cabos proximal y distal, sin tensiones y con tejido sano. Los fracasos suelen ser debidos a la falta de reconocimiento de la afectación de los extremos que se van a unir.

La uretra bulbar es la más agradecida y la que ofrece mejores condiciones para la restitución del calibre uretral con cualquiera de las técnicas, debido a su buena vascularización. Es por esto último por lo que no solemos dar mucha importancia al tejido de sustitución que se debe emplear cuando la longitud de la estenosis nos obliga a sustituir lo que no hay. Refiriéndonos a las uretroplastias de sustitución, la discusión entre mucosa oral o prepucial, creo que hay que olvidarla, porque los dos tejidos son adecuados. Cuando hay prepucio, no veo la necesidad de abrir otro campo quirúrgico (la boca), que no aporta nada, salvo una fuente más de tejido y, en ocasiones, provoca "acorchamiento" del labio inferior, cuando la longitud del injerto requerido obliga a una extracción amplia. Otra discusión que se puede traer a colación además del origen del injerto que vamos a utilizar, es si es más adecuado colocarlo en la cara ventral o dorsal de la uretra. A mi modo de ver creo que es lo mismo. El éxito depende, entre otras cosas, de la vascularización del lecho de donde se va a nutrir el tejido implantado. A nivel

EDITORIAL

bulbar, los músculos bulbo-carvernosos ofrecen una garantía de nutrición que es suficiente para el buen resultado del proceso de imbibición que se lleva a cabo en el injerto. Otra cosa es que se pretenda evitar la "saculación" del injerto, pero esto se puede evitar ajustando la anchura de aquel al defecto que pretendemos cubrir.

La uretra peno-escrotal es muy problemática, debido a la precaria vascularización, que hace bastante impredecible el resultado con injertos libres y la existencia de vello que incapacita la utilización, salvo en algunas ocasiones, de la piel circundante para utilizarla como injerto pediculado. Es por dichas circunstancias locales, por lo que la cirugía en dos tiempos mantiene toda su vigencia, permitiéndonos aportar piel extragenital, que una vez implantada a lo largo del borde uretral de la uretrotomía practicada, constituirá el techo de la futura uretra que se construirá con dicho tejido, una vez comprobada su viabilidad pasado un tiempo prudencial. Por esta razón hay que tener muy en cuenta la longitud del injerto que vamos a colocar cuando planeamos un solo tiempo quirúrgico. Cuanto más largo es el tejido que vamos a trasladar, más posibilidades hay de que no se vascularice adecuadamente, bien con su pedículo (si es pediculado) o bien con los vasos del lecho donde vamos a implantarlo (no pediculado), dando lugar a fístula o nueva estenosis.

Así pues, la experiencia es la que nos va a permitir elegir, según el caso, entre las diversas opciones técnicas que hay y, cuando se carece de aquella, lo mejor es que apelemos al sentido común, que será quien proteja a nuestros pacientes de tantas complicaciones posibles y evitables, diciéndonos lo que no debemos hacer.

*F. J. Gallo Rolanía
Jefe Servicio de Urología
Hospital de León
León. España.*