

# Plastia uretral bulboprostática en estrechez uretral recidivada: caso clínico

GUSTAVO CABANILLAS-RUIZ,<sup>1</sup> GUILLERMO MEJÍA-ATARAMA,<sup>1</sup> FELIPE PÉREZ-MEDINA,<sup>2</sup>

### RESUMEN

*Se describe el caso de un paciente de 54 años con estrechez uretral posterior recidivada. Por esta patología, de difícil solución quirúrgica, fue sometido a plastia uretral prostática, con exéresis total de la uretra membranosa (esfínter externo) y apertura amplia de la uretra prostática en su cara anterior. Esta técnica fue efectuada por primera vez por urólogos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con resultado satisfactorio. En estos casos, al researse el esfínter externo, la continencia urinaria es mantenida por el esfínter interno.*

**Palabras clave:** estrechez uretral, plastia uretral, técnica quirúrgica.

### INTRODUCCIÓN

Los traumas pélvicos pueden ser complicados por una lesión uretral que degenera en una estenosis posterior en 25% de los casos, estas estenosis representan un reto quirúrgico complejo caracterizado por la profundidad de las lesiones y por la extensión de la fibrosis postraumática. Para facilitar el acceso al área estenótica y reducir la tensión de las reparaciones anastomóticas, en el pasado han sido propuestas múltiples técnicas quirúrgicas como por ejemplo la pubectomía total, la pubectomía parcial o la perspectiva abdominoperineal progresiva. Las técnicas actuales se orientan al desarrollo de la aproximación perineal reduciendo las necesidades de la perspectiva abdominal y la agresividad de la pubectomía. Se describe el caso de una plastia uretral bulboprostática con apertura amplia de la uretra prostática en su cara anterior y cuya aproximación fue por vía perineal.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 54 años, que fue sometido a uretroplastia posterior con anastomosis terminoterminal, en agosto de 2009 (Figuras 1 y 2). Luego, micciona adecuadamente durante una

semana y, posteriormente, presenta dificultad para la micción y retención urinaria, por lo que se debe recurrir a talla vesical para evacuar orina. Un mes después de esta cirugía se efectuó uretroscopia y se evidenció recidiva de la estrechez uretral posterior (Figuras 3 y 4). Dos meses después se realizó una uretrocistografía con los mismos resultados (Figura 5).

### Antecedentes

- En febrero de 2008, el paciente sufre caída de aproximadamente tres metros de altura más aplastamiento de pelvis con un saco de 50 kg. Presentó hematoma retroperitoneal y fractura de pelvis inestable, por lo que se le efectuó laparotomía exploratoria con lavado y drenaje de cavidad abdominal y fijación externa de pelvis.
- En marzo de 2008, es intervenido quirúrgicamente por Traumatología. Se efectuó una artrodesis sacroiliaca, en el postoperatorio inmediato presentó retención urinaria, por lo que se realizó talla vesical por punción.
- Operación: uretroplastia bulboprostática, diciembre de 2010.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Paciente con anestesia raquídea y en posición de litotomía
- Incisión longitudinal a nivel perineal.
- Apertura por planos e identificación de uretra esponjosa.

1. Médicos asistentes, Servicio de Urología, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), Chiclayo.

2. Médico residente de Urología. Servicio de Urología, HNAAA, Chiclayo.

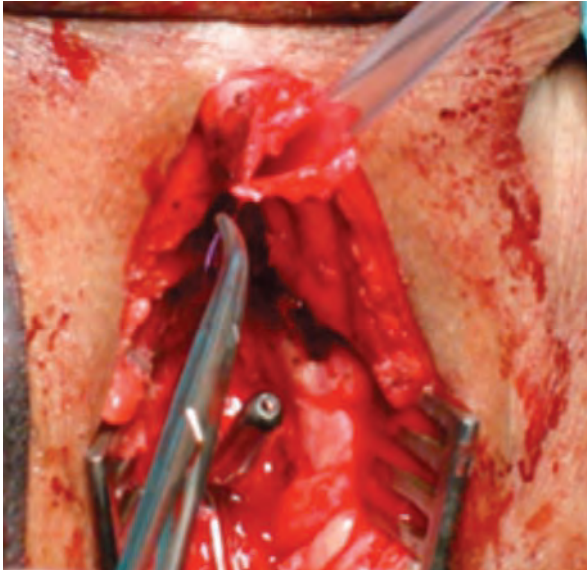


Figura 1. Uretra bulbar lista para la anastomosis.

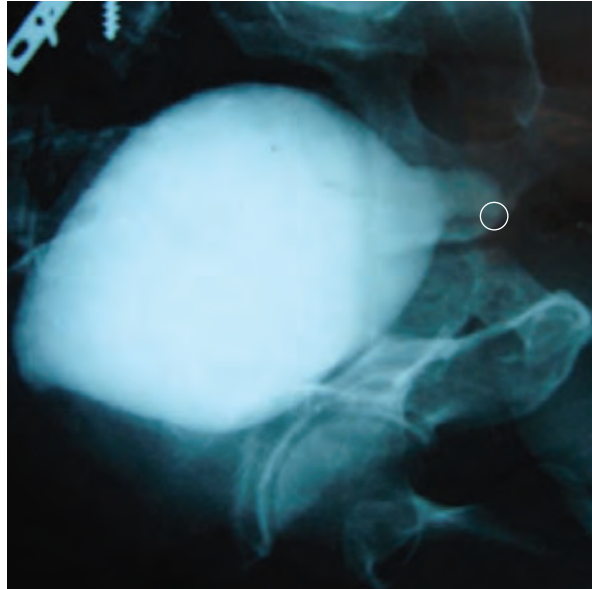


Figura 3. Cistografía miccional con stop a nivel de uretra prostática.

- Liberación amplia de la uretra esponjosa con sección a nivel de uretra bulbar.
- Identificación de cuerpos cavernosos y disección de los mismos en su base.
- Sección de tejido cicatrizal y todo el espesor de la uretra membranosa.
- Pasaje de Beniquet 18 Fr. por trayecto de talla vesical y cuello vesical hasta uretra prostática a nivel del ápex.
- Sección de la uretra prostática a nivel del ápex.
- Apertura amplia de la uretra prostática en su cara anterior, incidiendo la próstata en todo su espesor.
- Espatulación de la uretra bulbar, en su cara posterior.
- Anastomosis entre la uretra bulbar y la uretra prostática con seis puntos separados usando PDS 5/0 previa colocación de sonda Foley de dos vías, 18 Fr.
- Revisión de hemostasia, colocación de dren laminar y cierre por planos con *catgut* crómico y poliglactina 910, 2/0.
- Paciente queda con talla vesical.



Figura 2. Uretra prostática antes de la apertura.



Figura 4. Uretrografía retrógrada, con stop a nivel de la uretra membranosa.



**Figura 4.** Cistografía miccional, tres meses después de la uretroplastia bulboprostática.

## RESULTADOS

Luego de tres semanas de la uretroplastia, se retiró el catéter uretral y se evidenció micción normal y la continencia es mantenida por el cuello vesical.

Un mes después del retiro del tutor uretral y luego de tener el paciente una micción sin problemas, se retiró la talla vesical.

Tres meses después de la uretroplastia bulboprostática, se efectuó una uretrocistografía retrógrada y miccional con fluoroscopia y se evidenció resultados satisfactorios. Figura 4.

## DISCUSIÓN

La estenosis de uretra bulbar es la localización ideal para realizar escisión de la uretra dañada y anastomosis termino-terminal independientemente del origen de la estrechez. Los mejores resultados se consiguen en estenosis inferiores a 3 cm de longitud, no aconsejándose este procedimiento en las de mayor tamaño. Para lograr una curación satisfactoria a largo plazo es fundamental la práctica de una técnica quirúrgica minuciosa, con escisión completa de la zona estenótica (uretra gris) hasta alcanzar uretra sana, y movilización amplia de los cabos uretrales para conseguir una anastomosis libre de tensión que evitará la isquemia de los bordes, causa de fístulas y recurrencia de estenosis posterior. A pesar de cumplir estas premisas adaptadas a cada caso en particular, se encontró pacientes en los que de forma inesperada y sin una evidente causa se produce una nueva estenosis de la anastomosis, recidiva que aun hoy día permite establecer debates en cuanto a su resolución, bien mediante nueva técnica abierta o bien con uretrotomía endoscópica. En cualquier caso, la uretroplastia termino-terminal bien indicada y realizada consigue en las deferentes series publicadas tasas de éxito cercanas al 90%.<sup>(1)</sup>

En el caso clínico motivo del presente artículo, el paciente presentó una recidiva temprana de la anastomosis termino-terminal a nivel bulbar. Esto motivó el uso de una nueva técnica quirúrgica abierta para la segunda uretroplastia, en la que se resecó totalmente la uretra membranosa, el tejido fibroso y se abrió totalmente la próstata en su cara anterior. Técnica que se viene efectuando en algunos centros urológicos del mundo especializados en patología uretral compleja, como por ejemplo en el Hospital San Lucas de Porto Alegre, Brasil, donde Streit la preconiza.<sup>(6)</sup> El resultado ha sido totalmente satisfactorio y, en nuestra opinión, debe ser usado sobre todo en los casos de recidiva de la anastomosis uretral posterior. Se debe tener en cuenta que el paciente mantiene la continencia gracias al esfínter urinario interno, ya que el externo se reseca totalmente.

En cuanto a la uretrotomía interna se prefiere dejarla como técnica de elección en pacientes que bien presenten una estenosis anular única de pocos milímetros, o estenosis complejas en pacientes con alto riesgo quirúrgico.<sup>(2)</sup>

Referente a la morbilidad en las uretroplastias posteriores termino-terminal, esta se encuentra alrededor de 7%<sup>(3,4)</sup>, sobre la morbilidad de la plastia uretral posterior bulboprostática aún no hay resultados de series largas pero se estima que los mismos deben ser similares.

## CONCLUSIONES

- En la uretroplastia posterior bulboprostática, la resección total de la uretra membranosa y la disección de los cuerpos cavernosos en su base, facilitan el acceso al tramo de la uretra prostática.
- La apertura anterior de la próstata y la spatulación de la uretra bulbar permiten una amplia anastomosis.
- La continencia urinaria es mantenida por el esfínter interno.
- La uretroplastia bulboprostática es una nueva alternativa para la estrechez uretral posterior recidivada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Micheli E, Ranieri A, Peracchia G, Lembo A. End to end urethroplasty; long term results. *BJU Int.* 2002;90:68-71.
2. Martínez Carrancio L, Garimaldi Pérez C, Cabezas Checci C, Fernández García ML, Zungri Telo E. Estenosis de la uretra bulbo membranosa: nuestra experiencia en uretroplastia termino-terminal. *Actas Urol Esp.* 1998;22:350-354.
3. Martínez-Piñeiro JA, Cárcamo P, García Matres MJ, Martínez Piñeiro L, Robles Iglesias J, experience with 150 cases. *Eur Urol.* 1997; 32:433-441.
4. Al-Rifaei MA, Al-Rifaei A. Management of postoperative obstruction after bulbo prostatic anastomotic urethroplasty for membranous urethral defects secondary to pelvic fracture. *Scand J Urol Nephrol.* 2001;35:491-496.
5. Santiago FM, Ortiz M, Linde C, Colina L, Molina M, Santiago J. Síndrome compartimental bilateral como complicación de la posición de litotomía dorsal prolongada. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2004; 51:176-177.
6. Retalho longitudinal versus transversal em urethroplastia-estudo experimental. In: Macedo Jr. A, Streit D, Zerati Filho M.

Correspondencia: Gustavo Cabanillas-Ruiz  
dr.cabanillas\_r@hotmail.com