

Revista Cubana de Urología

El uso de las dilataciones uretrales y la uretrotomía interna endoscópica

David Perdomo Leyva

Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán.

Recientemente hemos concluido el XX Congreso Cubano de Urología donde se debatieron importantes temas científicos de gran actualidad y personalmente impartimos una mesa redonda conjuntamente con nuestro invitado español el Profesor Jose Luis Lozano Ortega del Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, País Vasco y el Dr. Eugenio Rodríguez Samada del Hospital Calixto García donde exploramos el conocimiento hasta donde fue posible en aras del tiempo asignado para posteriormente profundizar aún más en el curso post congreso celebrado el día 2 de noviembre en el Hospital Clínico Quirúrgico Cdte. Manuel "Piti" Fajardo. Se trató específicamente el tema del tratamiento quirúrgico de la estrechez uretral mediante uretroplastias y muy pocos comentarios acerca del papel de las dilataciones uretrales y la uretrotomía interna endoscópica en el tratamiento de la estrechez uretral, a los cuales nos queremos referir en esta misiva.

Cuando revisamos la historia del tratamiento de la estrechez uretral podemos comprobar que desde hace más de 4000 años en que aparecen reportados los dilatadores de madera en el Ayurveda de la India hasta hace unos 50 años el tratamiento de esta enfermedad ha sido prácticamente el mismo, salvo algunos eventos aislados a partir de los años 60 del siglo XX en que comienzan a introducirse los primeros pasos del tratamiento quirúrgico a cielo abierto que marcaría el cambio definitivo; durante todo este tiempo transcurrido, la dilatación uretral y la uretrotomía interna a ciegas o endoscópica ha sido la primera línea de tratamiento, ambas raramente curativas y que significan solo un manejo temporal de la enfermedad con un final garantizado la invalidez uretral.

Es común la decisión desacertada de comenzar las dilataciones uretrales sin el conocimiento exacto de la anatomía de la estrechez uretral, en ocasiones en el local de urgencias cuando el paciente llega en retención completa de orina y no es posible cateterizar la uretra, hacemos lo imposible para cateterizar la uretra sin importarnos el costo del daño uretral que dejamos, cuando lo que está indicado en ese momento es la cistostomía suprapúbica para derivar la orina de forma temporal hasta que conozcamos que pasa en esa uretra. Las dilataciones con bujías filiformes, latiguillos enroscados a sondas Phillips debido a su agresividad, complicaciones y métodos de esterilización hoy día están en desuso; se prefieren

instrumentos como el Van Buren, Beniqué y Lister, por su rigidez y por los métodos de esterilización que admiten, además de las zonas de la uretra en que se recomiendan las dilataciones. Vale la pena destacar que para realizar este proceder se necesita maestría en su ejecución, que es lo que distingue al Urólogo del Cirujano.

Las dilataciones uretrales periódicas como tratamiento, solo han quedado recomendadas en hombres con pocas expectativas de vida o muy alto riesgo quirúrgico, en el manejo de las estenosis de la uretra membranosa secundaria a prostatectomía radical o RTU de procesos benignos de la próstata o la vejiga, una última recomendación muy actual es la dilatación uretral en el posoperatorio inmediato de la uretrotomía interna endoscópica como método de calibración y mantenimiento de la luz uretral con el objetivo de disminuir el índice de recurrencia de la estenosis¹⁻⁴.

A finales de los años 70 y principio de los 80 del siglo XX se da un vuelco en el tratamiento con la aparición del uretrótomo bajo visión diseñado por Sachse y la uretrotomía interna endoscópica (UIE), sin embargo, 10 años después se demostró la poca utilidad de esta técnica^{3,5-7}.

Sabemos hace ya casi 20 años, qué la UIE no nos ha aportado los resultados deseados, sin embargo, al igual que en el resto del mundo continuamos realizándola en mi opinión de forma indiscriminada, pues se practica en estrecheces localizadas a la uretra peniana y membranosa a pesar de sus malos resultados, en estenosis largas, múltiples, mayores de un centímetro, o en las estenosis menores de un centímetro con mucha espongioplasia (información que ahora nos aporta el US uretral), en esta última tampoco los resultados son satisfactorios; todo esto fundamentado porque es una técnica fácil de realizar con pocas complicaciones, escaso tiempo quirúrgico y corta estadía hospitalaria a veces realizada con anestesia local y de forma ambulatoria⁸.

En cuanto al tiempo en que se debe mantener la sonda uretral en el posoperatorio también hay discrepancias, la mayoría de nuestros médicos la dejan por 3 semanas cuando lo recomendado en nuestros días es no mayor de 72 horas y a continuación comenzar con las dilataciones progresivas que son lo que garantizan mejorar el índice de éxitos de la UIE a largo plazo⁸⁻¹⁰.

También se manejan enfermos con UIE repetidas, aun conociendo que si la primera no cura el paciente la segunda rara vez lo hará y la tercera no lo hará nunca, agravando la espongioplasia que acompaña la estrechez uretral y comprometiendo el futuro de la cirugía reconstructiva uretral; la dilatación uretral y la uretrotomía interna agravan los resultados de la uretroplastia bulbar; mientras mayor número de ellas mayor índice de fracaso posuretroplastia³.

En conclusión, la uretrotomía interna endoscópica ha quedado reservada para dos claras indicaciones: las estenosis menores de un centímetro con poca espongioplasia y las re-estenosis posuretroplastia habitualmente localizada a los extremos de las anastomosis.

La experiencia demuestra que la incorporación de la UIE a pesar de ser una técnica simple con pocas complicaciones retrasó el desarrollo de la cirugía reconstructiva uretral, por ejemplo considerable número de pacientes con el diagnóstico de liquen escleroso han sido sometidos a repetidas UIE, también ha traído como consecuencia que un gran número de pacientes se hayan mantenido con calibraciones uretrales periódicas con el impacto en la calidad de vida que esto significa¹¹.

Las estenosis uretrales constituyen un problema de difícil solución y con gran repercusión para la vida de los enfermos que la padecen: infecciones urinarias, dilataciones molestas e interminables y sus complicaciones, así como intervenciones que se repetían en diferentes centros hospitalarios, a los que el paciente era derivado en busca de una solución definitiva. Ha llegado el tiempo de afirmar que la cirugía reparadora de la uretra ha dejado de ser poco fiable o extremadamente difícil; si se siguen escrupulosamente los métodos ya probados y sancionados por el tiempo se debe obtener prácticamente en todos los casos un buen resultado^{1,12}.

La cirugía reconstructiva uretral ha mejorado extraordinariamente en su seguridad y efectividad en los últimos 10 años, mientras que la UIE ha pasado a ser una técnica poco efectiva, de desfavorables costos-beneficios, además de una estrategia de tratamiento inadecuada a largo plazo^{9,13}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Martínez-Piñeiro JA. Cirugía uretral: Revisión de conjunto. Actas Urol. Esp. 2002;26(9):624-634.
- 2.- Santucci RA. Should We Centralize Referrals for Repair of Urethral Stricture? The J. Urol. 2009;182:1259-60.
- 3.- Barbagli G, Guazzoni G, Sansalone S, Romano G, Lazzeri M. [The Role of Dilation and Internal Urethrotomy as a Risk Factor of Failure in Patients Who Undergoing One-Stage Bulbar Oral Graft Urethroplasty](#). Open J Urol [Internet]. 2012 [citado 3 de agosto de 2014];2:16.
- 4.- Lauritzen M, Greis G, Sandberg A, Wedren H, Öjdeby G, Henningsohn L. [Intermittent self-dilatation after internal urethrotomy for primary urethral strictures: a case-control study](#). Scand J Urol Nephrol [Internet]. 2009 [citado 3 de agosto de 2014];43(3):220-5.
- 5.- Santucci R, Eisemberg L. [Urethrotomy has a much lower succes rate than previously reported](#). J.Urol. 2010; 183(5):1859-62.
- 6.- Caro M, Rosenfeld R, Susaeta R, Torres G, Alvarez E, Morales R. [Análisis crítico retrospectivo de la uretrotomía interna endoscópica](#). Bol Hosp S Juan Dios [Internet]. 1985 [citado 3 de agosto de 2014];32(6):393-7.
- 7.- Pansadoro V, Emiliozzi P. [Internal Urethrotomy in the managment of Anterior Urethral Strictures: Long-term follow-up](#). J.Urol 1996;156(1):73-75.

- 8.- Gomez R., Ramos C., Marchetti P. [Uretrotomía Interna Endoscópica: ¿A quién sí y a quien no?](#) Rev. Chil. Urol. 2006; 71(2):107-109.
- 9.- Mundy Anthony R, Andrich Daniela E. [Urethral Strictures](#). BJUI, 2010;107:6-26.
10. Oosterlinck, W. Treatment of Bulbar urethral Strictures. A review, with Personal critical remarks. Scient World Journal 2003; 3:443-454.
- 11.- Bustamante AB, Aroca SP. [Efectividad de la Uretroplastia en el tratamiento de la estenosis uretral. Experiencia en 89 pacientes](#). Rev. Chil. Urol. 2010;75(1):41-44.
- 12.-Barbagli G, Lazzeri M. [Surgical Treatment of anterior Urethral Stricture Diseases](#). Int. Braz. J. Urol. 2007; 33(4):461-469.
- 13.-Wessells H. Cost-effective approach to short bulbar urethral strictures supports single internal urethrotomy before urethroplasty. J Urol. 2009;181(3):954-5.

Recibido: 09-feb-2014

Aprobado: 29-mar-2014

Correspondencia: *David Perdomo Leyva* Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. **Correo:** dperdomole@infomed.sld.cu