

Una variación a las técnicas de corrección del prolapso uretral

Doctor **Ricardo Rueda González** (*)

Entre las entidades de patología uretral, el prolapso de su mucosa constituye quizás una de las más raras.

Sin embargo, se han observado desde el más discreto que constituye apenas una ligera insinuación de la mucosa, hasta el más marcado que hace una prominencia notoria hacia el vestíbulo y que causa síntomas más o menos definidos.

A través de nuestra práctica hospitalaria y privada, hemos tenido oportunidad de observar y seguir tres casos, todos de proporciones considerables y que fueron tratados los dos primeros con las técnicas quirúrgicas corrientes y el último con la variación que nos proponemos presentar en plan de estudio y discusión.

En forma esquemática presentamos más adelante las historias de estas pacientes con los datos que a nuestro juicio nos parecen más importantes a tener en cuenta.

En todos los casos el prolapso era considerable ya que la mucosa sobresalía aproximadamente 1 centímetro hacia el vestíbulo y presentaba marcado estado inflamatorio que hacía sangrar la mucosa al menor contacto.

Ahora bien, presentadas ya en forma de cuadro resumen las historias clínicas, queremos considerar algunos pormenores de técnica que nos llevaron a modificar las técnicas usuales de corrección del prolapso uretral.

Ante todo manifestamos que no empleamos en ningún caso la fulguración unipolar, ya que este procedimiento es recomendado únicamente para prolapsos muy pequeños.

(*) Jefe de Clínica Ginecológica. Hospital San Juan de Dios. Bogotá. Adjunto del Departamento de Ginecología. Hospital San José. Bogotá.

Edad	Motivo consulta	Patología genital concomitante	Patología general concomitante	Número partos
42	Disuria. Polaquiuria. Urgencia. Hemorragia post-cóito.	Carúncula uretral. Desgarro perineal. II grado.	Parasitismo intestinal.	5
56	Sensación cuerpo extraño vaginal.	Prolapso genital de III.	Várices miembros inferiores.	3
17	Disuria. Urgencia. Flujo vaginal.	Ninguna.	Hiponutrición. Bronquitis crónica.	0

Una de nuestras pacientes presentaba, como se puede apreciar en el cuadro, una carúncula uretral. Procedimos a fulgurarla, con la esperanza de que el prolapso se corrigiera o al menos disminuyera su tamaño. Los resultados no fueron los esperados, ya que el descenso de la mucosa no se había modificado a los dos meses y medio de la fulguración.

En los casos 1 y 2 empleamos la técnica habitual, que figura en los tratados de cirugía pélvica, como operación de Whitehead que consiste esencialmente, en escindir la mucosa prolapsada al ras del vestíbulo, para unir luego los bordes de sección por medio de puntos separados a la mucosa del vestíbulo vulvar.

Con la operación mencionada obtuvimos los siguientes resultados: esfacle de las suturas, cicatrización por segunda intención muy prolongada, además de estrechez uretral que fue especialmente marcada en el caso número 1 y que nos obligó a practicar tres meses después dilataciones que afortunadamente corrigieron el defecto.

Estos fracasos nos llevaron a idear algún procedimiento que no acarreará estos resultados, que si bien no nos parecen graves, prolongan el tiempo de hospitalización y obligan a tratamientos posteriores incómodos para la paciente.

Y así, en el caso número 3, realizamos la técnica que nos proponemos presentar en forma detallada, que acertó al máximo el tiempo de permanencia en la clínica, y que no dió lugar a estrechez ulterior de la uretra ni a esfacle de las suturas.

Técnica

1. Con unas pinzas de Allis se toman los bordes anterior y posterior de la mucosa prolapsada y mediante una tracción moderada, se la hace descender para luego incindirla de manera que quede liberada de su continuidad con la mucosa vestibular. (Figura 1).

2. Mediante tijera curva fina (tipo Metzelbaum) se practican cuatro cortes que abarquen la longitud de la mucosa prolapsada y en puntos que correspondan a las 2, 4, 8 y 10 del reloj, obteniéndose en esta forma cuatro colgajos de dimensiones más o menos iguales (Figuras 2A y 2B).

3. La mucosa vestibular es luego levantada mediante disección con tijera, y en una extensión suficiente como para introducir debajo de ella los cuatro colgajos de uretra y fijarlos con puntos separados de Catgut cromado número 0 al tejido subyacente (Figura 3).

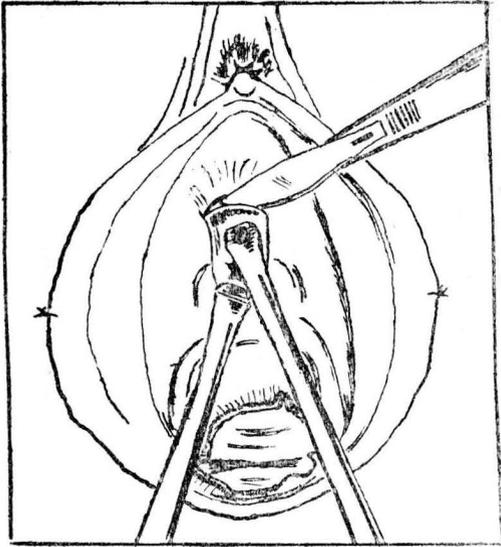


Fig. 1

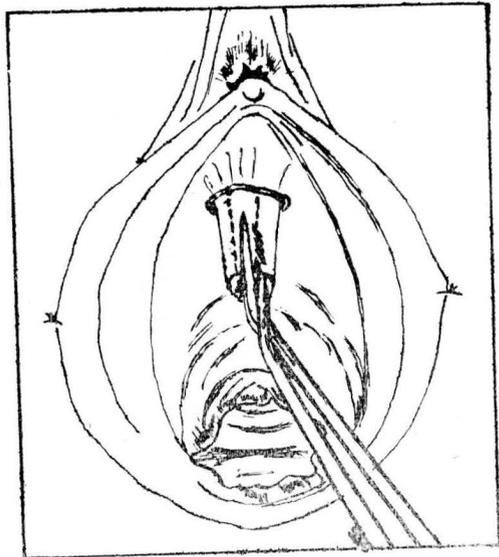


Fig. 2a

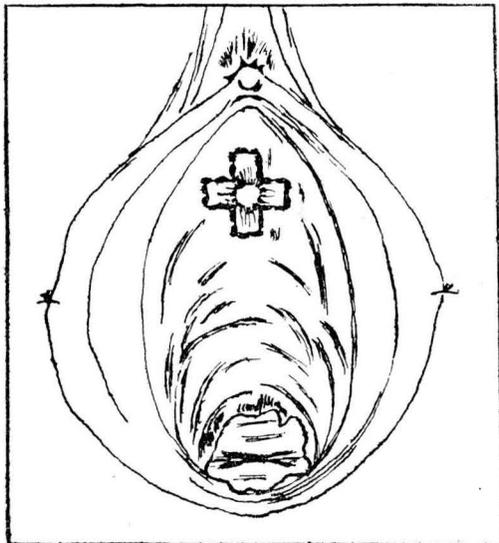


Fig. 2 b

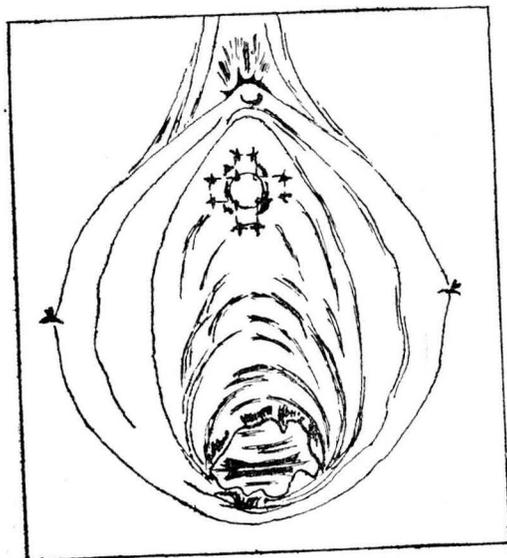


Fig 3

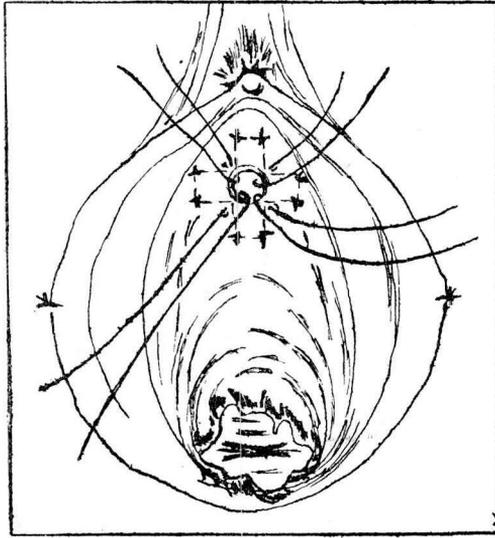


Fig. 4

4. Finalmente los bordes de la mucosa vestibular se llevan por encima de los colgajos y se fijan como en el último tiempo de la técnica de Whitehead (Figura 4).

Sonda de Foley 16 x 5 y apósito.

Comentario

Como ya lo anotamos en líneas anteriores, mediante esta variación de técnica no se presentó el esfacele de las suturas ni la estrechez.

Pero, como mediante su empleo en un caso solamente no podemos pronunciarnos categóricamente en pro del método, únicamente podemos decir que lo consideramos de algún valor y que vale la pena aplicarlo en otros casos para poder valorar mejor sus resultados.

Esperamos presentar en próximas publicaciones mejores experiencias basados en mayor número de casos que como sabemos son muy raros, y más aún aquellos que requieren el tratamiento quirúrgico.