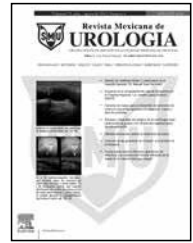


Revista Mexicana de
UROLOGIA
ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA



CASO CLÍNICO

Técnica de Blandy para el manejo de la estenosis recurrente de meato perineal, posterior a falectomía secundaria a absceso de cuerpos cavernosos

J. Á. Martínez^{a,*}, E. A. Ramírez-Pérez^b, A. J. Camacho-Castro^a, V. Osornio-Sánchez^a, S. Ahumada-Tamayo^a, G. Fernández-Noyola^a, F. J. García-Salcido^a, E. L. Muñoz-Ibarra^a, E. Mayorga-Gómez^a, G. Garza-Sainz^a, M. Cantellano-Orozco^a, J. G. Morales-Montor^a, C. Martínez-Arroyo^a y C. Pacheco-Gahbler^a

^a División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México D.F., México

^b Centro de Uretra México, México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Uretrostomía perineal; Meato perineal; Técnica de Blandy; México.

Resumen La estenosis de la uretostomía perineal es una complicación frecuente, el manejo de la misma es un problema de difícil tratamiento. El objetivo del presente artículo es demostrar los aspectos específicos relacionados a la técnica de Blandy.

Se presenta hombre de 62 años de edad, con antecedente de drenaje de absceso idiopático de cuerpos cavernosos. Un año después presentó necrosis de glándula y cuerpos cavernosos, por lo cual fue sometido a falectomía parcial. Presentó estenosis compleja de uretra, que se resolvió con primer tiempo de Johanson. Acudió al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva donde fue sometido a resección de remanente peniano y formación de neofalo con colgajo radial libre, presentando necrosis y pérdida del colgajo. Se realizó falectomía total y formación de uretostomía perineal. Un año después presentó disminución del calibre del chorro urinario y retención aguda urinaria, que se resolvió con cistostomía y plastía de uretostomía perineal. Presentó reestenosis tratada con dilataciones uretrales, persistiendo disminución gradual del calibre del chorro urinario, por lo que se practicó plastía del meato perineal con técnica de Blandy.

La corrección quirúrgica de la estenosis de la uretostomía perineal con técnica de Blandy, es una opción válida y efectiva en el tratamiento de esta complicación.

* Autor para correspondencia: Calzada de Tlalpan N° 4800, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México D.F., México. Teléfono: 4000 3044. Correo electrónico: doctorangel25@hotmail.com (J. Á. Martínez).

KEYWORDS

Perineal urethrostomy;
Perineal meatus;
Blandy technique;
Mexico.

Management of recurrent stricture of the perineal meatus with the Blandy technique after penectomy secondary to corpora cavernosa abscess

Abstract Perineal urethrostomy stricture is a frequent complication and its management is difficult to treat. The aim of this article was to describe the specific aspects related to the Blandy technique. A 62-year-old man had a past medical history of drainage of an idiopathic abscess of the corpora cavernosa. One year later he presented with necrosis of the glans penis and the corpora cavernosa and underwent partial penectomy. He then presented with complex stricture of the urethra that was resolved with first-stage Johanson repair. The patient was seen at the Plastic and Reconstructive Surgery Service and underwent resection of the penile remnant and the formation of a neophallus with a radial forearm free flap. He presented with necrosis and flap loss. Total penectomy and perineal urethrostomy were performed. One year later the patient presented with a decrease in urinary stream caliber and acute urinary retention that was resolved through cystostomy and perineal urethrostomy reconstruction. He presented with re-stricture that was treated with urethral dilations. The gradual diminishing of the urinary stream caliber persisted and so a perineal meatoplasty with the Blandy technique was performed. The surgical correction of perineal urethrostomy stricture with the Blandy technique is a valid and effective option in the treatment of this complication.

Introducción

La uretrotomía perineal es una opción ampliamente aceptada para el manejo de la estenosis compleja de la uretra anterior, se usa con mayor frecuencia como el primer paso para la reconstrucción por etapas o cuando la restauración total de la uretra no es factible¹. Las estenosis del sitio de la uretrotomía perineal se presentan con cierta frecuencia en pacientes que requieren este tipo de reconstrucción uretral, y el manejo de esta complicación es a menudo un problema de difícil tratamiento. La información publicada al respecto de la corrección quirúrgica de esta complicación es limitada². Barbagli et al. recientemente ha publicado su experiencia de 30 años en la técnica de uretrotomía perineal con colgajo posterior, la cual puede ser utilizada también como técnica para la corrección de la estenosis del meato perineal³. Esta técnica originalmente descrita por Blandy como hibridización de los principios establecidos por Turner-Warwick, requiere que el cirujano en primer lugar determine la longitud necesaria del colgajo antes de realizar la incisión sobre la piel. Este procedimiento es especialmente difícil en pacientes obesos o con una anatomía perineal anormal⁴.

La técnica de Turner-Warwick fue modificada por Blandy, debido a que este último encontraba este procedimiento extremadamente difícil de realizar, teniendo problemas con la reestenosis del vértice del colgajo cercano al *veru montanum*. En 1968, Blandy describió la uretrotomía con colgajo escrotal en forma de U invertida, la cual es mucho más fácil de realizar y no parecía resultar en estenosis recurrente. Más tarde, Blandy describió de nuevo como había desarrollado esta técnica quirúrgica, creyendo que era un procedimiento original, sin embargo después confesó que esta técnica había sido ya descrita por Leadbetter, Gil-Vermet, Wells, Williams y Crawford⁴.

A lo largo del tiempo, los procedimientos en 2 etapas han sido modificados ampliamente. En 1984, Schreiter describió una nueva técnica en etapas utilizando un injerto de piel⁵ y, Venn y Mundy introdujeron el uso del injerto de mucosa oral

en los procedimientos por etapas para pacientes con liquen escleroso⁶.

En la era de la reparación en un solo procedimiento, aún existen indicaciones para la uretrotomía en etapas. Las estenosis asociadas con condiciones locales adversas como fístula, falsa vía, absceso, cáncer o una uretrotomía previa por estenosis compleja, son mejor tratadas con procedimientos por etapas. La uretrotomía perineal puede ser una solución temporal o definitiva a una estenosis uretral compleja peniana, bulbar o posterior. Algunos pacientes eligen no ser sometidos a ningún tipo de reconstrucción en una segunda o tercera etapa, y prefieren continuar llevando a cabo la micción a través de la uretrotomía perineal, por tanto la primera etapa se convierte en el único procedimiento realizado⁷.

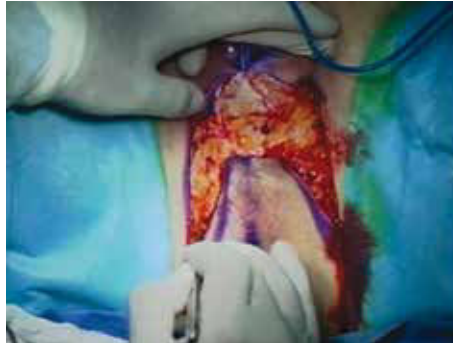
El objetivo del presente artículo es demostrar los aspectos específicos del manejo quirúrgico de la estenosis de la uretrotomía perineal, posterior a falectomía.

Presentación del caso

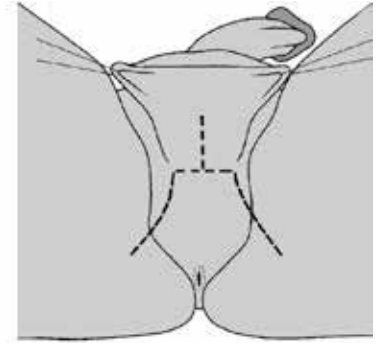
Hombre de 62 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, divorciado, jubilado, católico; con antecedente de absceso de cuerpos cavernosos originado espontáneamente en julio del 2006, se le realizó exploración quirúrgica, drenaje de absceso y falectomía parcial. Presentó posteriormente estenosis compleja de uretra, que se resolvió con primer tiempo de Johanson. Acudió al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva con intención de practicarse reconstrucción peniana, por lo cual fue sometido a resección de muñon y formación de neofalo con colgajo radial libre. Presentó necrosis del colgajo radial, por lo cual se realizó resección de colgajo, falectomía total y formación de uretrotomía perineal. Un año después, inició con disminución del calibre del chorro urinario a través de uretrotomía perineal, por lo cual se realizaron dilataciones de la uretra con balón dilatador uretral, presentó retención aguda urinaria que se resolvió con cistostomía percutánea y



Figura 1 Identificación del meato perineal y marcaje del sitio de la incisión.



A



B

Figura 2 A) Incisión sobre las líneas previamente marcadas y **B)** esquema de la misma incisión perineal.

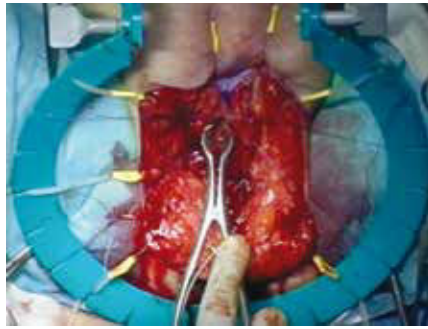


Figura 3 Disección de la uretra e identificación de la uretra posterior con rinoscopio.

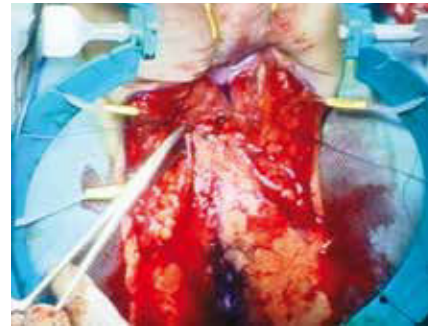


Figura 4 Plicatura del colgajo cutáneo perineal.

posteriormente, plástia de uretrotomía perineal en diciembre del 2009. Un año después de la plástia de uretrotomía perineal presentó reestenosis, por lo cual se inician dilataciones uretrales con disminución gradual del calibre del chorro urinario a pesar de éstas. Debido a la falla en el tratamiento con dilataciones de la uretrotomía perineal con balón, se decide practicar nueva plástia del meato uretral, en esta ocasión con técnica de Blandy, respetando el plato uretral posterior para disminuir el riesgo de devascularización del remanente uretral y con ello, menor posibilidad de reestenosis.

Descripción de la técnica quirúrgica

Con el paciente bajo bloqueo peridural, se coloca en posición de litotomía, se realiza antisepsia de la región perineal. Se canula meato perineal con catéter uretral 6Fr, se instila tintura de violeta de genciana para pigmentar la mucosa uretral (fig. 1). Se lleva a cabo incisión perineal en forma de U invertida (fig. 2), se realiza colgajo posterior con suficiente tejido adiposo para preservar una adecuada irrigación del tejido y se disecciona completamente la uretra conservando intacto el plato uretral posterior, se coloca

separador automático de Scott para una adecuada exposición de la anatomía de la región a operar. Se lleva a cabo espatulación de la uretra con corte en horario de la 6, se realiza inspección de la luz uretral con rinoscopio para visualización del *veru montanum* (fig. 3). Se utiliza sutura absorbible 4-0 con la aguja modificada para afrontar la piel del colgajo al tejido esponjoso, que se encuentra inmediatamente por delante del *veru montanum*, se colocan 3 puntos en esta posición los cuales se ajustan afrontando el borde del colgajo de piel perineal en forma de U invertida hacia el borde de mucosa uretral (fig. 4). Los márgenes de piel perineal se suturan al margen del plato uretral bulbar, se coloca una sonda transuretral de silicón calibre 20Fr. Se pone un drenaje por capilaridad, el cual se retira previo al egreso del paciente en el tercer a quinto día después de operado. El procedimiento se realizó sin complicaciones. El paciente se egresó al segundo día de postoperado; se retiró la sonda transuretral en el día 21 del postoperatorio. Presenta actualmente un adecuado flujo de orina, sin datos de estenosis al momento (fig. 5).

La vigilancia en el postoperatorio se realiza a los 3, 6 y 9 meses, y posteriormente de forma anual. A todos los pacientes

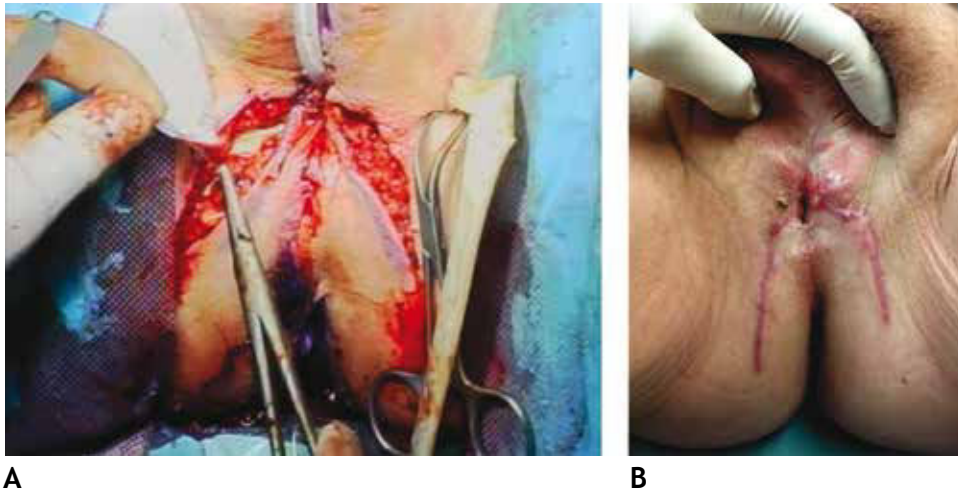


Figura 5 A) Cierre de planos. B) Aspecto de los resultados finales.

se les realiza una uroflujometría y un examen físico con rinoscopio a través del meato perineal, para valorar la adecuada permeabilidad del estoma. Los resultados primarios que se valoran son el éxito o falla del tratamiento, los cuales se definen como no evidencia de recurrencia de la estenosis y evidencia de estenosis recurrente, respectivamente⁴.

Discusión

La evaluación de la tasa de éxito de una uretrotomía perineal de acuerdo con la etiología de la estenosis, ha demostrado un alto éxito en pacientes con reparación fallida de hipospadias (87.5%), en comparación con pacientes que presentan estenosis secundarias a procesos infecciosos (33.3%). Es probable que cualquier tipo de estenosis sin importar su etiología pierda su identidad a lo largo del tiempo, y se convierta en un proceso patológico idéntico, debido a los tratamientos repetidos (dilataciones, uretrotomía, uretroplastia), planteando la situación que la etiología original de la estenosis no influya en el resultado final⁸.

La falta de una herramienta para evaluar el resultado de la cirugía reconstructiva uretral, nos debe motivar para elaborar cuestionarios que puedan medir los aspectos más importantes del estado de salud de un paciente, después de realizarle una uretrotomía perineal. En el futuro será obligado realizar cuestionarios específicos para la patología uretral, con base en un marco conceptual claramente definido que indique la importancia de la perspectiva del paciente y sus expectativas³.

Conclusiones

La estenosis de la uretrotomía perineal es una complicación que se presenta con frecuencia, cuyo tratamiento es complejo debido a la alta tasa de reestenosis que se presentan cuando no se lleva a cabo una técnica adecuada. La

corrección quirúrgica de una estenosis de uretrotomía con técnica de Blandy, es una opción válida y efectiva en el tratamiento de esta complicación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento

No se recibió ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Bibliografía

1. French D, Hudak SJ, Morey AF. The "7-Flap" Perineal Urethrostomy. *Urology* 2011;77(6):1487-1489.
2. Blandy JP, Singh M, Tresidder GC. Urethroplasty by scrotal flap for long urethral strictures. *Br J Urol* 1968;40(3):261-267.
3. Barbagli G, De Angelis M, Romano G, et al. Clinical Outcome and Quality of Life Assessment in Patients Treated With Perineal Urethrostomy for Anterior Urethral Stricture Disease. *J Urol* 2009;182(2):548-557.
4. Blandy JP. One-stage and two-stage urethroplasty. In: *Reconstructive Urologic Surgery; Pediatric and Adult*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1977. p. 275-286.
5. Schreiter F. Mesh-graft urethroplasty: our experience with a new procedure. *Eur Urol* 1984;10(5):338-344.
6. Venn SN, Mundy AR. Urethroplasty for balanitis xerotica obliterans. *Br J Urol* 1998;81(5):735-737.
7. Secrest CL. Staged urethroplasty: indications and techniques. *Urol Clin North Am* 2002;29(2):467-475.
8. Barbagli G, De Angelis M, Romano G, et al. Long-term followup of bulbar end-to-end anastomosis: a retrospective analysis of 153 patients in a single center experience. *J Urol* 2007;178(6):2470-2473.