

Uretropexia en el manejo del prolapso uretral

El prolapso uretral es una enfermedad poco común que suele afectar mayoritariamente a machos jóvenes de razas braquicéfalas. En este artículo exponemos el caso de un Bulldog inglés, de 7 meses de edad, con prolapso uretral sin sintomatología asociada.

Palabras clave: Uretropexia, Bulldog, prolapso uretral, macho.

Clin. Vet. Peq. Anim., 27 (1): 21-26, 2007

M. Risco-López, E. Ferrer

Clínica Veterinaria Cornellà
C/ Menéndez Pelayo 37
08940 Cornellà



Introducción

El prolapso uretral es una patología poco frecuente que suele afectar a machos jóvenes. La raza más comúnmente afectada es el Bulldog inglés. No se ha descrito en hembras, a diferencia de en medicina humana, donde es un problema exclusivo de la mujer¹. Como tratamientos se describen la reducción manual y la resección de la mucosa prolapsada^{3,4}. En el presente artículo describimos otra técnica, la uretropexia, cuya sencillez permite disminuir el tiempo de anestesia y que además presenta pocas complicaciones. Como posibles etiologías se encuentran las que provocan disuria e hiperexcitación sexual. La predisposición de razas braquicéfalas se cree que puede ser debida a un componente genético o al incremento de presión abdominal, asociado al síndrome respiratorio, común en estas razas^{1,2}.

Caso clínico

Se presenta a la consulta un perro, macho, raza Bulldog, de 7 meses y medio. El motivo de la consulta es que el día anterior se enganchó el espolón de la EAD y le vieron el ojo izquierdo rojo. A la exploración presentaba rotura del espolón, ojo izquierdo con conjuntivitis purulenta y blefaritis. Al completar el examen físico se detectó el prolapso uretral. Se comentó al propietario que no lo había notado ni había detectado cambios en la orina. El perro aún no había llegado a la pubertad. Se comentó la posibilidad de operar, ya que manualmente no era posible reintroducir la uretra, y el propietario decidió esperar. Se medicó con Maxitrol[®] 1 gota TID y metilprednisolona 1 mg/Kg subcutáneo y quedamos en revisar al día siguiente. Al día siguiente el ojo estaba bastante mejor, pero habían notado leve sangrado del pene y el prolapso había adquirido un aspecto necrótico. Se insistió en operar. Se realizó electrocardiograma y analítica prequirúrgica (hemograma + BUN + proteínas totales + glucosa + ALT) con resultados dentro de la normalidad. Se obtuvo muestra de orina mediante sondaje y se observó leve presencia de eritrocitos (5-9 por campo) y densidad 1018 (aunque el día anterior se medicó con corticoesteroides).

Se reseccionó el tejido necrosado y se unió la mucosa peneana con la uretral con puntos simples de sutura de gliconato del 4/0 (Monosyn[®]). Se prescribió Amoxicilina + ác.clavulánico 15 mg/Kg BID y carprofeno 2 mg/Kg BID. Aunque se comentó con los propietarios, no insistimos en esterilizar debido a que el paciente era prepúber. Se revisó a los 2 días, existía sangrado por el pene. Las suturas se habían retraído ligeramente provocando leve prolapso. El paciente



Figura 1. Recidiva del prolapso tras resección.



Figura 2. Recidiva del prolapso tras resección.



Figura 3.

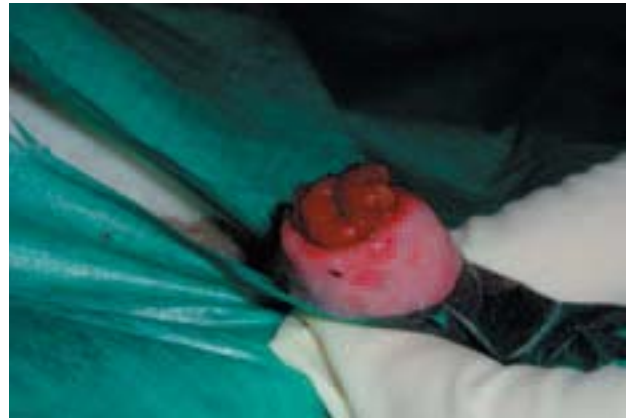


Figura 4. Extraemos los puntos de la cirugía previa.

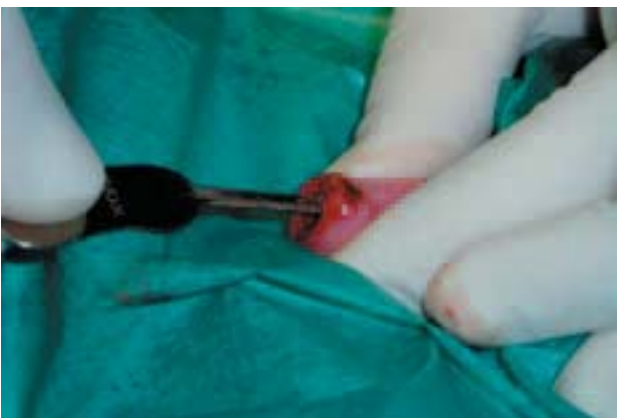


Figura 5. Introducimos una sonda canalada para reducir el prolapso.

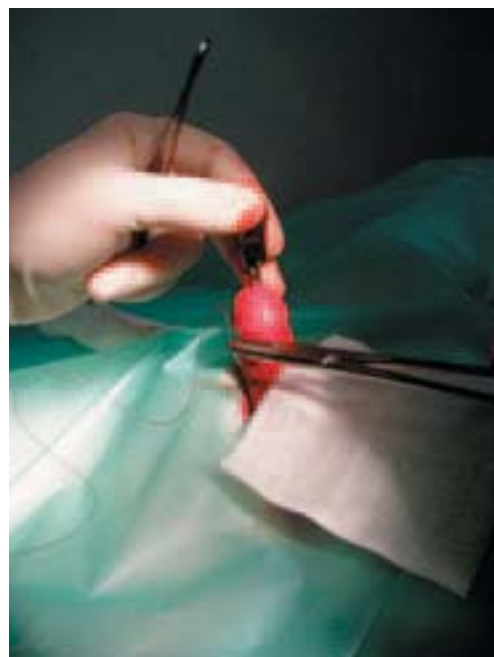


Figura 6.

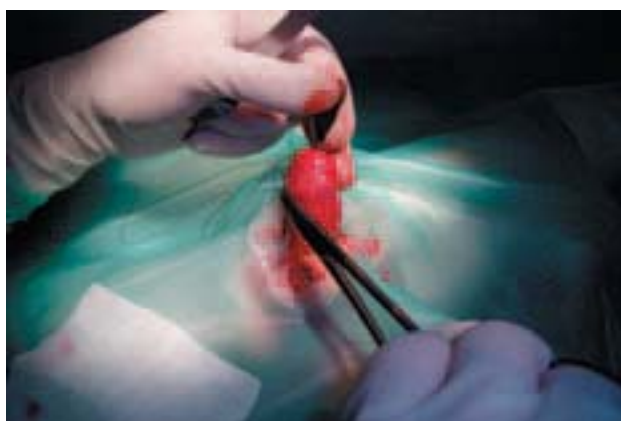


Figura 7.

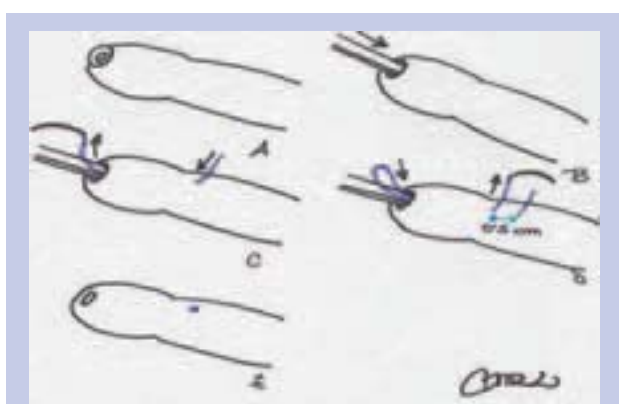


Figura 8. A: Pene con uretra prolapsada. B: Introducimos la sonda acanalada para reducir el prolapso. C: Entramos con la aguja desde la parte externa, atravesando la mucosa peneana hacia la luz de la uretra saliendo por el orificio uretral. D: Volvemos en dirección contraria pasando primero por el orificio uretral y saliendo externamente unos 0,5 cm distal a la entrada del punto. E: Anudamos el punto hasta que éste quede a la altura o ligeramente por encima de la mucosa peneana. Podemos hacer 2-4 puntos.

no guardaba reposo y se añadió a la pauta diazepam 5mg/perro TID y revisamos en 2 días. A los 2 días el prolapso era aún más marcado (Figs. 1 y 2) y el sangrado no se había controlado, por lo que se decidió realizar la uretropexia.

Técnica quirúrgica

No es imprescindible depilar el prepucio, con ello disminuimos el riesgo de irritación de la zona. Recomendamos sondar al paciente para vaciar la vejiga y así evitar la salida de orina durante el procedimiento. La zona prepucial es lavada con solución yodada diluida al 1%. Exteriorizamos el pene y lo mantenemos exteriorizado, bien con ayuda de un Penrose en forma de torniquete en la base del pene, haciendo una bolsa de tabaco en el prepucio, o con ayuda de un asistente. Retiramos los puntos de la resección (Fig. 4). Mediante una sonda acanalada que introducimos por el orificio uretral, reintroduciremos el prolapso (Fig. 5) y si es posible toda la mucosa prolapsada, el ayudante puede coger el pene por su base y aplicar tracción a nivel distal para reinvertir la mucosa. Una vez reducido el prolapso, usaremos una sutura monofilamento absorbible de 2/0 o 3/0 (en nuestro caso Monosyn® 2/0), con aguja del mayor radio posible y la pasaremos desde la superficie externa del pene, lo más lejos que la curvatura de la aguja nos permita, atravesándola en dirección distal hasta tocar la sonda acanalada, (que nos hará de límite para evitar atravesar todo el pene), para salir por el orificio uretral (Fig. 7). En nuestro caso doblamos un poco la aguja para aumentar la distancia a la que podíamos introducirla.

En el siguiente paso hacemos el camino en sentido inverso, es decir, introducimos la aguja por el orificio uretral en dirección opuesta, para salir en la superficie peneana externa a unos 0,5 cm distales del punto de entrada inicial. Anudamos el punto con un nudo de cirujano, y una vez concluido, la parte superior del nudo ha de quedar a nivel, o un poco por encima, de la mucosa peneana, creando una depresión en el tejido circundante (Fig. 8). Repetimos hasta realizar 4 puntos equidistantes, evitando, eso sí, los vasos de mayor calibre (Fig. 9).

Finalmente volvemos a introducir una sonda para comprobar la integridad de la uretra (Fig. 10). Como resultado final es aceptable cierta inversión del orificio uretral. Las suturas no se retiran. A los 2 días de la cirugía, el sangrado era menos marcado llegando a desaparecer a las 3 semanas. Al enviar este artículo han pasado 2 meses de la intervención, los puntos han caído, el perro ya ha llegado a la pubertad, y de momento no hay recidiva.

Discusión

Como diagnósticos diferenciales, en caso de que el paciente presente sangrado prepucial, se han de considerar: uretritis, fracturas del hueso peneano, cálculos y estricturas uretrales, así como tumores en el pene, prepucio, uretra o lesiones en la próstata². Un correcto examen del pene nos excluirá estas causas poniendo de manifiesto el prolapso.



Figura 9. Hacemos un punto lo más proximal posible.



Figura 10. Realizamos un 2º punto.



Figura 11. Comprobamos integridad de la uretra.



Figura 12. Aspecto final: frontal.



Figura 13. Aspecto final: lateral.



Figura 14.

En lo que respecta a la causa, en nuestro caso clínico quedó excluida la hiperexcitación sexual porque el perro era prepúber. En la orina había ligera hematuria microscópica (5-9 eritrocitos por campo) y la densidad de orina de 1018, aunque el día anterior recibió una dosis de corticosteroides y la muestra fue recogida mediante sondaje cuando ya presentaba sangra-

do y necrosis en la uretra prolapsada. Días más tarde, obtuvimos una nueva muestra mediante cistocentesis, siendo ésta de resultado normal, por lo que parece que la mayor predisposición de esta raza sea la causa más probable, aunque la etiología no está clara. El síndrome braquicefálico suele incluir como componentes primarios la estenosis nasal y la elongación del



Figura 15. Aspecto a las 48 horas.

paladar blando. Éstos provocan una respiración obstructiva que al cronificarse conlleva la aparición, como componentes secundarios^{5,6}, de la eversión de los sacos laríngeos y el colapso laríngeo. La presencia de hipoplasia traqueal u otras anomalías cardiorrespiratorias pueden agravar el problema.

Por ello es recomendable realizar un completo examen cardiorrespiratorio, teniendo que anestesiarse al paciente para poder explorar paladar y laringe. Puede ser necesario hacer radiografías de tórax para detectar alteraciones que agraven el problema^{5,6,7}. Con la uretropexia se disminuye el tiempo quirúrgico, es simple de realizar y no suele conllevar complicaciones¹. La única complicación asociada es la hematuria intermitente que suele remitir en 10-20 días. Hemos de tener en cuenta que si la causa del prolapso es la hiperexcitación sexual, se recomienda la esterilización. Una de las limitaciones de la uretropexia es que no se puede realizar en caso de existir necrosis, aunque creemos que podría realizarse conjuntamente con la resección para minimizar el riesgo de recidiva.

Agradecimientos

Desearía agradecer su ayuda en la elaboración de este artículo a Susana Rodrigo Castillo del C.V. Aragón.

Title

Urethropexy for surgical management of urethral prolapse

Summary

Urethral prolapse is an uncommon disease affecting most commonly young brachicephalic males. In this article we expose the case of a 7 months-old English Bulldog with urethral prolapse without symptoms associated. Before surgery we made serum biochemistry profile and CBC, ECG (without alterations) and urinalysis, with the only presence of a specific gravity of 1018 and a microscopic hematuria (5-9 RBCs/hpf). Due to the presence of necrosis we had to resect the urethral prolapse, but some days after surgery a small amount of urethral tissue had prolapsed, so a urethropexy was performed with good results. This technique is a good alternative to resection, when there is not necrosis, due to it's easy to perform, minimizes surgical time and is not associated with significant complications or recurrence. We believe that urethropexy and resection can be made together to minimize the risk of recurrence in case of necrosis.

Key words: Urethropexy, Bulldog, urethral prolapse, male.

Bibliografía

1. Kirsch JA, Hauptman JG and Walshaw R.: A urethropexy technique for surgical treatment of urethral prolapse in the male dog. *J Am Anim Hosp Assoc* 2002 38: 381-384.
2. Fossum T.: Urethral prolapse. En: Fossum T. *Small Animal Surgery* 2nd edition, Mosby, 2002; 595-596.
3. Papazoglou L.G. Kazakos, G.M.: Surgical conditions of the canine penis and prepuce. *Comp Cont Ed* 2002; 24(3): 204-218.
4. Ettinger and Feldman: Urethral prolapse. En: Ettinger and Feldman. *Textbook of Veterinary Internal Medicine* 6th edition, Elsevier Saunders, 2005; 1874.
5. Catriona Macphail: Tratamiento quirúrgico del síndrome de las vías respiratorias altas en los braquicefálicos. 40 Congreso Nacional AVEPA 2005.
6. Koch DA, Arnold S, Hubler M et al: Brachycephalic syndrome in dogs. *Comp Cont Ed* 2003; 25 (1): 48-55.
7. Fossum T. Stenotic nares. *Small Animal Surgery* 2nd edition, Mosby 2002; 727-729. Elongated Soft Palate 730-732 Everted Laryngeal Saccules 732-734. Tracheal Collapse 740-742.