



Jordán C. Scherñuk Schroh
Médico (MN 166518 / MPBA 4077)
Especialista en Urología
Fellowship Cirugía Reconstructiva Uretral y Genital

Guía preoperatoria para el paciente sobre la re-anastomosis uretrovesical

Por Jordán Scherñuk, 12 mayo, 2026

Puntos clave

- Cuando se realiza una **cirugía radical** por cáncer de próstata, la vejiga se une al conducto que lleva la orina al exterior (uretra).
- Cuando dicha unión se ha vuelto demasiado **estrecha** (y no responde a otros tratamientos) puede ser necesaria una cirugía para **rehacer la unión**, con el fin de poder volver a orinar normalmente.
- Esta cirugía es de **alta complejidad** y solo debe ser realizada por personas entrenadas específicamente en urología reconstructiva. Pero, a pesar de ello, es común que esta cirugía tenga **secuelas**.

1. ¿Qué cirugía necesito realizarme y por qué?

Para que usted pueda seguir orinando por la punta del pene, necesitamos ensanchar la parte de la uretra que está **unida a la salida de la vejiga** (uretra membranosa o uretra posterior).

Debido a la complejidad que presenta esta cirugía, es usual intentar **otros tratamientos primero**, como realizar cortes con una pequeña **cuchilla endoscópica** o dilatar el conducto con un balón recubierto de **paclitaxel**. Solo cuando estos tratamientos fallan, consideramos realizar la cirugía en cuestión, conocida como “*re-anastomosis uretrovesical*”.

2. ¿Qué estudios me pedirán antes?

Antes de la operación, necesitamos ver cómo está el camino por donde sale la orina:



Jordán C. Scherñuk Schroh
Médico (MN 166518 / MPBA 4077)
Especialista en Urología
Fellowship Cirugía Reconstructiva Uretral y Genital

- **Cistouretrografía:** Una radiografía especial de su uretra que dibuja todo su recorrido.
- **Uretrocistoscopia:** Mirar por dentro del conducto con una camarita muy fina (como un telescopio pequeño).

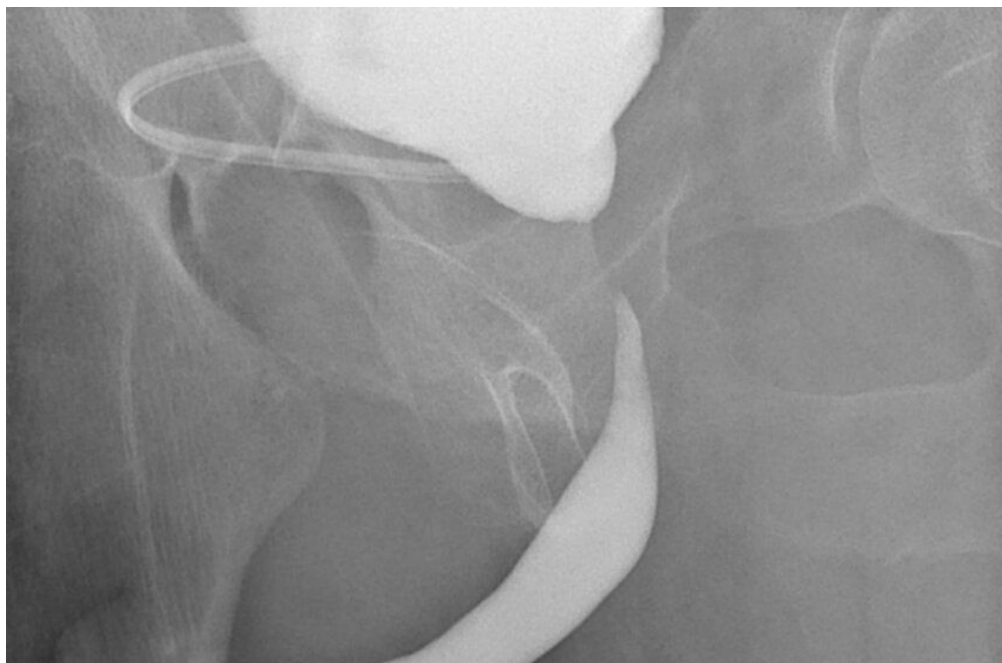


Imagen de una cistouretrografía donde se observa la vejiga (arriba), la uretra (abajo) y entre una y la otra un área que no se “pinta” con el contraste. Esta zona se trata del callo o zona de estrechez que hay que reparar.

Debido a la ubicación del área enferma del conducto suele ser recomendable colocar una **sonda en la vejiga mediante punción** (talla vesical) antes de operarse, lo cual tiene las siguientes ventajas:

- Facilitará la realización de los estudios preoperatorios,
- Permitirá realizar maniobras importantes durante la cirugía,
- Le ayudará a vaciar la vejiga hasta el día que se opere, sin que tenga que preocuparse por orinar fino o no poder orinar.

3. ¿Cómo es la operación?

- Usualmente realizamos el procedimiento bajo **anestesia general**.



Jordán C. Scherñuk Schroh
Médico (MN 166518 / MPBA 4077)
Especialista en Urología
Fellowship Cirugía Reconstructiva Uretral y Genital

- Se le dará una inyección de **antibióticos** antes del procedimiento.
- Haremos una incisión (corte) en su **periné** (entre los testículos y el ano) o en su **abdomen** o en **ambos sitios** (dependiendo de los hallazgos preoperatorios e intraoperatorios).
- Separaremos los tejidos hasta encontrar la parte de la uretra (conducto) que se conecta con la vejiga.
- Debido a la profundidad en la que suele encontrarse esta porción del conducto suele ser necesario **remover una parte del hueso del pubis** para poder acceder. Debido a que es una extirpación parcial (es decir, no sacamos la totalidad del hueso del pubis), el cuerpo mantiene su estabilidad.
- Una vez identificada la zona estrecha se cortará el conducto, se extirpará la zona estrecha (que suele lucir dura como un “callo”) y se unirán los **dos extremos sanos** (conducto y vejiga) nuevamente.
- Cerraremos la piel con puntos que normalmente comienzan a desaparecer a partir de las **tres semanas**.
- Colocaremos una sonda en su vejiga que debe permanecer alrededor de **cuatro semanas**.
- El procedimiento dura entre **cuatro y seis horas**.
- Probablemente se deba quedar internado por **dos o tres noches**.

4. ¿Puede haber alguna complicación o secuela?

Luego de esta cirugía existen riesgos que usted debe conocer. Si bien algunos efectos adversos pueden **resolverse solos** con el paso del tiempo, otros pueden convertirse en **secuelas permanentes**.

*El impacto que estas secuelas permanentes pueden tener en la calidad de vida varían de paciente a paciente. No se quede sin preguntar **qué implicancias** puede tener cada una de estas secuelas en su vida diaria.*

Problemas frecuentes

Estos problemas le pasan a **entre 1 de cada 2 y 1 de cada 10 personas**. Es decir, si juntamos a 10 personas operadas, es muy probable que a entre 1 y 5 de ellas les pase algo de esto:



Jordán C. Scherñuk Schroh
Médico (MN 166518 / MPBA 4077)
Especialista en Urología
Fellowship Cirugía Reconstructiva Uretral y Genital

- Tener la zona de la **herida hinchada** o con **moretones**.
- Presentar un agravamiento de la **incontinencia** o comenzar a perder orina continuamente **cuando antes no perdía** (esto le sucede a no menos de 2 de cada 3 pacientes). Tratar estas pérdidas necesitará de una **segunda cirugía (colocación de esfínter urinario artificial)**.
- **Trastornos de la marcha** (debilidad, cojera, dolor), que suelen requerir rehabilitación con kinesioterapia, aunque suelen ser transitorios. Estos se deben a la necesidad de remover parte del hueso del pubis durante la cirugía.
- Empeoramiento de la calidad de las **erecciones**.

Problemas que le ocurren a pocas personas

Estos problemas le pasan a entre 1 de cada 10 y 1 de cada 50 personas. Esto significa que, en un grupo grande de 50 personas, solo a unas pocas les pasaría:

- **Que el conducto se vuelva a cerrar** y necesite otra cirugía más adelante (más frecuente en pacientes con historia de radioterapia).
- Que la **herida** o la **orina** se **infecte** y necesite antibióticos.
- Que se **infecte** el **hueso del pubis** (osteomielitis) y desarrolle **dolor crónico** sobre el hueso. Esta complicación en ocasiones requiere de cirugías y un tiempo prolongado con antibióticos.
- Que se lastime el **recto (intestino grueso)** durante la cirugía y necesite una sutura para repararlo o incluso una colostomía (“ano contra natura”) transitorio.

Problemas muy poco comunes o raros

Estos problemas son muy difíciles de ver. Le pasan a **menos de 1 de cada 50 personas** (hasta 1 de cada 250).



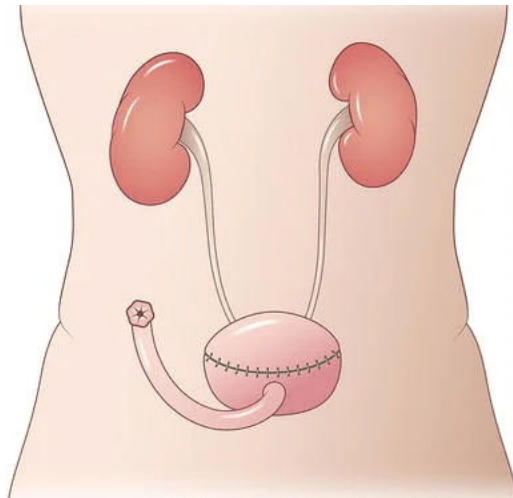
Jordán C. Scherñuk Schroh
Médico (MN 166518 / MPBA 4077)
Especialista en Urología
Fellowship Cirugía Reconstructiva Uretral y Genital

- **Problemas vasculares** (infarto cardíaco, formación de coágulos en las piernas o en las venas del pulmón, accidente cerebrovascular)
- **Infecciones graves** que afectan a todo el cuerpo.

5. ¿Cuáles son las alternativas?

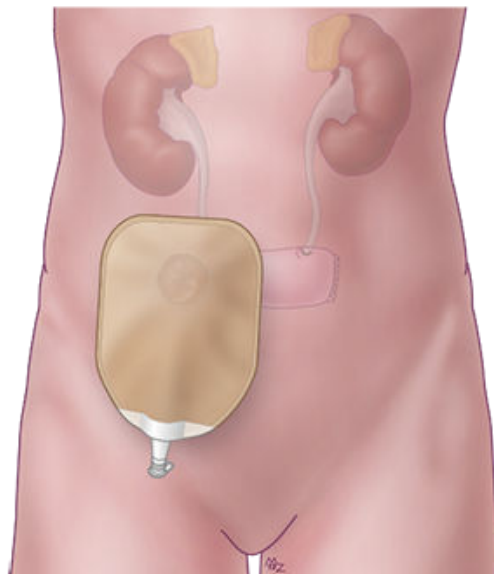
Si usted decide **no realizarse esta reconstrucción**, existen otras opciones. Algunas le ayudarán a que usted pueda seguir con su vida de forma cómoda y segura aunque orine de una forma diferente a la natural.

Observación / talla vesical	"No hacer nada". Puede continuar orinando por sus medios en la medida que la estrechez se lo permita o puede colocarse una sonda en la vejiga mediante punción, la cual saldrá por el abdomen en lugar de salir por la punta del pene (talla vesical). Esta alternativa no resuelve el problema.
Conducto cateterizable (Mitrofanoff)	Realizar un conducto que conecta la vejiga con la piel , utilizando un segmento muy pequeño de intestino delgado. Luego de la cirugía, usted se deberá vaciar la vejiga varias veces al día colocando una sonda plástica muy fina por este conducto para vaciar la orina, la cual se retira inmediatamente. No tendrá sondas permanentes.



Ostoma urinario (Bricker)

Utilizar un segmento de intestino más grande para crear una tubería que reemplace la función de la vejiga y que salga por la piel como un “**ano contra natura**” pero de orina. Luego de la cirugía usted deberá utilizar **bolsas de ostomía** para recolectar la orina, la cual saldrá todo el tiempo sin que usted lo note.





Jordán C. Scherñuk Schroh
Médico (MN 166518 / MPBA 4077)
Especialista en Urología
Fellowship Cirugía Reconstructiva Uretral y Genital

¿Qué tan probable es tener una infección intrahospitalaria?

El riesgo de adquirir una infección intrahospitalaria suele rondar **entre el 4 y 6%**. Para que se dé una idea: si juntamos a **100 pacientes** que se operan, **entre 4 y 6 de ellos** podrían contagiarse de gérmenes intrahospitalarios. Es decir, le pasa a **menos de 1 de cada 10 pacientes**.

Este riesgo puede subir un poquito si a usted le pasa algo de esto:

- Si tiene que quedarse internado **muchos días**.
- Si tiene puesta la sonda **mucho más tiempo** del que el médico le indicó para su recuperación.
- Si ha tenido que estar internado en el hospital **muchas veces seguidas** en el último tiempo.

Consejo: Si tiene dudas sobre cuál de estos riesgos le preocupa más, no dude en preguntarme. Estoy a disposición para que se sienta seguro antes de entrar al quirófano.

6. ¿Cómo debo prepararme antes de la cirugía?

Una preparación adecuada es clave para que el procedimiento se desarrolle sin contratiempos. Por favor, siga estas indicaciones:

☐ Comience un tratamiento para dejar de fumar	Prepararse para una operación es una buena instancia para dejar de fumar . El tabaquismo aumenta las chances de que la cirugía falle.
☐ Realice el análisis de orina que le solicitaron	Se le solicitará un cultivo de orina (urocultivo) para detectar si tiene gérmenes en la orina y si necesita tomar antibióticos antes de operarse.
☐ Informe al médico sobre los remedios que toma	Y no suspenda ningún medicamento a menos que su médico se lo indique explícitamente.



Jordán C. Scherñuk Schroh
Médico (MN 166518 / MPBA 4077)
Especialista en Urología
Fellowship Cirugía Reconstructiva Uretral y Genital

☐ Informe al médico sobre los siguientes antecedentes	• Dientes flojos o prótesis dentales. • Otras prótesis y cuerpos extraños. Por ej, prótesis de cadera, rodilla, marcapasos, desfibrilador espontáneo, catéter de quimioterapia, válvula cardíaca, etc. • Remedios que afecten la coagulación de la sangre (por ejemplo acenocumarol, rivaroxaban, dabigatran, warfarina, aspirina, clopidogrel, etc). • Si ha tenido en algún momento de su vida una infección por gérmenes multirresistentes o forúnculos en múltiples partes del cuerpo.
☐ Realice un baño prequirúrgico pero NO se rasure	Se le indicará que tipo de jabón debe utilizar. No debe rasurarse porque aumenta el riesgo de infecciones. Nosotros lo rasuraremos.
☐ Concurra con un acompañante	Deberá coordinar con un familiar o amigo para que lo acompañe el día de la cirugía.
☐ Lleve las siguientes cosas al hospital	• Documentos: DNI y carnet de obra social • Un calzoncillo tipo slip • Un par de medias de compresión (se le hará la receta para que usted pueda comprarlo).

7. ¿Qué puedo esperar al irme de alta?

- Se le dará un instructivo por escrito con los **cuidados postoperatorios** y se le **explicarán** dichas indicaciones verbalmente.
- Se le entregarán las **indicaciones y recetas** para los medicamentos y se acordará una fecha y lugar para **retirar la sonda**.



Jordán C. Scherñuk Schroh
Médico (MN 166518 / MPBA 4077)
Especialista en Urología
Fellowship Cirugía Reconstructiva Uretral y Genital

8. ¿Qué fuentes se utilizaron para elaborar esta guía?

- Valovska MT, Woodle T, Hagedorn JC. Surgical management of vesicourethral anastomotic stenosis. *Investig Clin Urol.* 2025 Aug 6;66(5):383–394. doi: 10.4111/icu.20250105.
- The British Association of Urological Surgeons (BAUS) - Bulbo-prostatic urethroplasty. Disponible en: https://www.baus.org.uk/patients/information_leaflets/

Nota: Esta guía para pacientes es un documento meramente informativo, elaborado para facilitar la toma de decisiones compartidas entre el paciente y el médico en lo concerniente a los procedimientos incluidos en ella. Este documento no constituye un consentimiento informado ni reemplaza al mismo.