

FIBROSIS IRREDUCTIBLE DE URETRA POST-TRAUMATISMO

Por los Dres. BELISARIO OTAMENDI y ELIAS COREA

Presentamos a esta sociedad un caso de traumatismo instrumental de uretra, seguido de esclerosis irreductible, en el que la terapéutica tanto local como general precozmente instituída, no logró detener, ni siquiera modificar la marcha progresiva hacia esta fatal secuela de los traumatismos ureterales.

Tales circunstancias confieren carácter particular a nuestra comunicación, y nos muestran la ineficacia de las armas terapéuticas con que contamos en la prevención o tratamiento de tales fibrosis.

Resumimos a continuación la historia clínica correspondiente:

Nº 3113. E. F. — Argentino de 65 años, obrero jubilado, casado. En una sesión endoscópica verificada el 14 de julio de 1952, con el objeto de aclarar la naturaleza de un cólico renal izquierdo, sufre un traumatismo a nivel aproximado de uretra bulbar, lo que obliga a suspender dicho examen. Presenta de inmediato dolor y leve uretrorragia, ordenándose en el acto: reposo, sonda permanente, sedantes y antibióticos, a fuertes dosis estos últimos. La sonda franquea perfectamente la uretra, sin encontrar obstáculo alguno (Nélaton 16).

Antecedentes. — Hereditarios, son desconocidos.

Antecedentes personales. — Dice haber sido un hombre relativamente sano, no recuerda más que una operación por hemorroides. Es casado y con dos hijos sanos. Fue un gran fumador hasta hace dos años. Tomador moderado, niega venéreas.

Estado actual. — Al examen físico: paciente con buen estado general, presentase en decúbito lateral izquierdo y quejase de dolor en regiones lumbar, iliaca y testicular izquierdas. Aparato digestivo: Lengua saburral, anorexia, intestino tardío en su motilidad. Hígado y bazo con límites normales. Aparato respiratorio: 18 respiraciones por minuto. Auscultación: rales secos abundantes en ambos campos pulmonares. Aparato circulatorio: Presión arterial Mx. 14; Mn. 9. Pulso regular, tenso, 90 por minuto.

Riñones y uréteres. — Punto costomuscular y uretral medio izquierdos dolorosos. Puño percusión del mismo lado, es positiva.

En testículos y anexos, no se descubre nada de particular. Próstata y vesículas seminales, normales.

Evolución y tratamiento seguido. — Inicialmente, 14 de julio de 1952: sonda permanente, sedantes, antibióticos, etc. En los días siguientes aparece equimosis en periné y bolsas, palpándose en el centro de aquél pequeña prominencia que corresponde a un hematoma. Después de 6 ó 7 días, en que parece que todo evolucionará bien, se descubre al hematoma infectado, constituyendo un verdadero absceso, acompañado de síntomas generales: fiebre, anorexia, insomnio. Tal estado de cosas, obligan el

21 de julio de 1952, a practicar talla vesical y drenar el absceso periuretral. Tiene buen post-operatorio, y el

15 de agosto de 1952 todos los fenómenos supurativos han desaparecido.

El 22 de agosto, es decir, un mes después de tallado, se intenta cateterismo uretral para iniciar las dilataciones consiguientes, lo que no es posible por encontrarse a 6 ó 7 centímetros del meato obstáculo insalvable.

30 de agosto. Se intenta practicar uretrografía, lo que es igualmente imposible, pues la substancia opaca tampoco logra franquear la estenosis, la que parece es total. La palpación de la uretra perineal descubre un cordón duro y resistente.

2 de septiembre. Iniciamos tratamiento medicamentoso: En primer lugar, administramos Cortisona (25 mgrs. por día), tratamiento que suspendemos a los tres días por faltar el medicamento, pero diez días después reanudamos con A.C.T.-II., previa prueba de Thorn positiva (Eosinófilos bajan de 110 a 60), a la dosis de 25 mgrs. por día, sosteniéndolo durante siete días.

22 de septiembre. La esclerosis parece haber mejorado ligeramente, y aprovechando acción del salicilato de sodio a través del Sistema Hipófiso-Suprarrenal, continuamos el tratamiento con Salicilato (3 grs. diarios).

28 de septiembre. A la palpación, la uretra parece mejorada, no obstante los intentos de cateterismo siguen fallando.

3 de octubre. Aplicamos Cortisona (25 mgrs. diarios) durante 12 días. Al cabo de este tiempo practicamos radiografía de uretra (18 de octubre), inyectando substancia opaca por meato, encontrando la siguiente imagen: uretra tortuosa, irregular y de calibre muy reducido; la substancia opaca no pasa más allá del bulbo.

6 de noviembre. Después de inyección de Cianuro de Mercurio, practicamos reacciones de Wasserman y Kahn, las que resultan negativas, no obstante, hacemos el tratamiento respectivo a base de Iodobismutato de quinina.

15 de noviembre. Intenso ardor a la defecación que se irradia a uretra y glánde.

17 de noviembre. Cateterismo siempre imposible.

20 de noviembre. Uretrografía que da la siguiente imagen (inyectamos substancia de contraste por uretra y por vejiga): Se observa interrupción de la imagen desde uretra prostática hasta uretra peneana; en ese trayecto negativo: sombra circular, bien limitada que nos impresiona como un cálculo enclavado lo que explicaría su ardor antes acusado. Con tal imagen y en vista del total fracaso de tal tratamiento, se decide tentar la solución del problema por la vía quirúrgica.

22 de noviembre de 1952. Operación: Dres. Trabucco, Corea, Otamendi. Anestesia raquídea (0,12 gr. de novocaína), reforzada con 0,30 gr. de pentothal sódico.

Incisión longitudinal empezando en base del pene, siguiendo por raíz escrotal y terminando a tres centímetros del ano. Se cateteriza uretra hasta donde es permeable anterógrada y retrogradamente con el objeto de limitar la zona esclerosada, hecho esto, se aísla y se libera dicho conducto de los planos vecinos, seccionándose en los extremos de ambos catéteres (los que reparan las zonas permeables). Entre ambos orificios hay una zona esclerosada, que corresponde a un trayecto como de 10 centímetros de uretra que ha perdido por completo su permeabilidad transformándose en una masa fibrosa, todo lo cual es extirpado. La reconstrucción término-terminal es imposible, por lo que se abocan los extremos resultantes a periné: se deja en cada uno sondas de Nélaton. A continuación sutura de cubiertas del testículo (excepto piel) a flancos derecho e izquierdo del lecho resultante; así se constituye un canal formado tres paredes; resultante; así se constituye un canal formado por tres paredes: una superior constituida por zona ocupada por el tejido escleroso resecaado, y dos laterales constituidas por ambas bolsas hacia delante, y hacia atrás por piel del periné. Se deja dicho canal ampliamente cubierto.

Post-operatorio inmediato: Sangre, antibióticos, etc.

20 de enero de 1953. Zona cruenta resultante de la operación, completamente epitelizada: se indica depilación perineo-escrotal para proceder al segundo tiempo, o sea la talla de la pared inferior de la nueva uretra.

El 25 de mayo, la depilación es completa. Estado general del paciente es excelente: sólo quéjase de dolores a la defecación irradiados a periné, despenos diarreicos y heces acintadas a veces (no constatado por nosotros). Un examen rectoscópico y una radiografía de colon por enema permiten interpretar tales trastornos como debidos a parasitismo, para lo que se indica el tratamiento consiguiente. Se practican dilataciones periódicas de los cabos uretrales permeables.

Segundo tiempo. 14 de julio de 1953. Dres. Trabucco, Otamendi, Borzone.

Incisión elíptica, alargada, que circunda la zona de uretra a reconstruir y limitada anterior y posteriormente por ambos meatos perineales a los que rebasa en un centímetro. Se coloca sonda de Vinelita por el meato uretral y se saca por el orificio de la talla, juntándose ambos extremos con un hilo.

Se disecan dos colgajos que se suturan por sobre la sonda con puntos de nylon no perforantes, construyendo así un primer plano de la pared inferior de la neouretra. Con el tejido subcutáneo hacemos un segundo plano, también con puntos de nylon, y finalmente

cubrimos con un plano cutáneo. El tutor de Vinelita se deja en permanencia, conservando asimismo la talla vesical.

Evolución post-operatoria normal.

RESUMEN

Presentamos un caso de esclerosis uretral post-traumatismo instrumental en donde la terapéutica medicamentosa y hormonal precozmente instituídas no logró detener ni modificar la evolución del cuadro patológico; encontrando la solución final por la vía quirúrgica, con el procedimiento de Duplay.

DISCUSION

Dr. Alberto E. Garcia. — Quisiera saber si la uretra era normal antes del tratamiento instrumental. Porque el traumatismo pudo haberse ocasionado sobre una uretra ya modificada. Lo señalo por la intensidad de la reacción.

Dr. Elías Corea. — Hubo una exploración anterior. Se había constatado la permeabilidad normal.