

UN CASO DE RUPTURA DE URETRA MEMBRANOSA, CURACION

Por el Dr. RAUL JOSE BORZONE

El caso que motiva esta comunicación tiene tan sólo el interés de la gravedad de las lesiones óseas causales, el mal estado general del paciente cuando me fué enviado y el resultado óptimo de su tratamiento quirúrgico, efectuado a pesar de las serias deformaciones residuales de la arquitectura pelviana, que me hicieran dudar, por un momento, de la utilidad de dicha intervención.

Se trata de J. F. C., obrero de Vialidad, de 45 años, argentino, casado, residente en Neuquén, quien el 12 de Abril de 1952 sufre un accidente al ser atropellado por un tractor que le pasa por encima. De resultados del severo traumatismo se produce: fractura pelviana con: diastasis de pubis, rama iliopubiana D y rama isquiopubiana D a lo Malgaigne; adducción de la hemipelvis derecha por ruptura de los ligamentos posteriores de la articulación sacroilíaca D; fractura doble de tibia y peroné izquierdos y ruptura total completa de uretra membranosa. En el lugar del accidente se lo talló y se le sometió a tratamiento ortopédico, el cual debió ser interrumpido por la producción de enormes escaras sacrococcígeas y trocantéreas, con grave estado infeccioso y pésimo estado general, por lo cual es enviado a Buenos Aires y visto por mí el 3 de Julio de 1952, juntamente con el cirujano traumatólogo. El estado del paciente en esa fecha era calamitoso: febril, en decúbito lateral derecho obligado, con una emaciación cadavérica: peso 40 Kg (peso habitual 75 Kg): con una enorme escara sacra de 15 cm x 15 que descubría el plano óseo y escaras trocantéreas dobles de igual profundidad. La sonda hipogástrica daba salida a orina turbia, alcalina. La fractura de tibia y peroné izquierdos estaba consolidada anatómicamente, en tanto que las lesiones óseas de la pelvis estaban soldadas viciosamente, con adducción de la hemipelvis derecha y enorme diastasis pubiana con decalage, estando la rama pubiana D a 5 cm por encima de la izquierda, con el correspondiente acortamiento del miembro inferior derecho. La radiografía directa es bien demostrativa y exime de mayores comentarios. El traumatólogo informó que el problema óseo era irreductible y definitivo y se comenzó un tratamiento antibiótico y tónico para reforzar el estado general: transfusiones, vitaminas y alimentación completa que el paciente aceptó con avidez, ya que se encontraba en evidente inanición crónica. Simultáneamente se hacían curas locales para mejorar sus escaras y lavajes vesicales con rivanol y sulfamidas en solución. El estudio urológico revelaba la integridad del árbol urinario superior, con excelente función renal, vejiga infectada por la talla, con ausencia de con-

creciones calcáreas y la interrupción completa de la uretra a nivel de su porción membranosa, como lo demuestra la uretrografía y la radiografía con beniqués anterior y retrógrado. Esta última muestra una separación entre ambos cabos de casi 2 cm. El problema uretral pasaba a segundo término ante el mal estado general del paciente y la magnitud de las escaras, por lo cual mi tarea, en ese entonces se redujo a mantener la derivación hipogástrica en las mejores condiciones de higiene y desinfección.

El paciente comenzó a reponerse evidentemente (aumentó 20 Kg de peso) y en octubre de 1952 el cirujano intentó una plástica con injerto dermoepidérmico libre para cerrar la escara sacra, que fracasó. Empero, el paciente, siempre con curaciones locales, empezó a deambular con bastón y las escaras iniciaron lentamente su granulación y epitelización. Este lento proceso se prolongó hasta julio de este año y entonces decidí realizar la plástica de uretra, aun cuando las profundas alteraciones de la anatomía pelviana, resultantes de la viciosa cicatrización osteoaponeurótica, me hicieron temer la falta de continencia esfinteriana.

El 27 de julio de 1953 realizo la intervención, con anestesia general, ayudado por el Dr. Torres Posse. La introducción del beniqué retrógrado es difícil, a pesar de la ampliación del orificio de la talla, por la presencia del callo exuberante retropubiano; pero una vez lograda efectúo la perineotomía mediana, liberación del bulbo, resección del rafe anobulbar y la separación próstatorrectal, que se realiza fácilmente y sin encontrar tejido calloso exuberante como describe Sabadini. El extremo del beniqué retrógrado se palpa a nivel del pico de la próstata, en tanto que el del beniqué anterior bombea en el fondo del bulbo uretral. Se incide sobre ambas puntas y se exteriorizan, quedando entre ambos orificios un pequeño puente calloso de 1,5 cm, que es la porción cicatrizal de la uretra rota. Se pasa un tubo de polietileno, calibre 20, desde el meato uretral y que se saca a vejiga traccionándolo por un hilo fijado al beniqué retrógrado, de tal modo que se lo ve en la herida operatoria por la pérdida de sustancia correspondiente a la uretra membranosa. Se sutura transversalmente sobre el tubo ambos músculos elevadores del ano y finalmente se sutura el esfínter anula los músculos bulbocavernosos, cerrando el periné sin drenaje. El tubo uretrovesical se deja asomado por hipogastrio, y unidos ambos extremos por un hilo en sin fin. Se repone la sonda de De Pezzer. El postoperatorio es excepcionalmente feliz: el tubo uretral es perfectamente tolerado, cicatrizando el periné por primera. Al mes de la operación (26-VIII) se retira el tubo, dejando el hilo conductor y se practica la uretrocistografía de control con el tubo hipogástrico cerrado, que nos muestra una perfecta continuidad de la uretra, por lo cual se cambia el tubo por otro multiperforado a lo Puigvert, que se deja a punto en vejiga, quitando el drenaje hipogástrico y dejando cerrar la vejiga. El cierre de la fístula hipogástrica es completo a los 14 días y, con la consiguiente expectativa, se retira el tubo de material plástico y se deja orinar espontáneamente al paciente. Desde ese momento, hasta el regreso del enfermo a su residencia habitual, veinte días después, la función véscouretral es perfecta sin disuria y sin incontinencia. Durante todo el postoperatorio se lo medicó con estreptomycin y luego de quitado el tubo uretral se le dió Terramicina durante quince días, con lo cual las orinas aclararon completamente. Unos días antes de su egreso definitivo, le pasé una bujía N° 19 con toda facilidad y le enseñé a colocársela al mismo paciente para que lo haga periódicamente en Neuquén.

DISCUSIÓN

Dr. Sandro. — Considero muy interesante la comunicación del doctor Borzone.

A propósito de la misma, deseo recordar un procedimiento ideado por el doctor Dante para poder hacer permeable la uretra en el lugar estenosado:

Primerament., hace pasar por vía hipogástrica el beniqué de Guyón, que es el que mejor se adapta para exteriorizar la parte superior; es un beniqué cortante. Una vez que se pasa el beniqué, luego donde llega a contactar más con la otra extremidad, sale un cuchillo afilado y entonces, es empujado hacia arriba imprimiéndosele al mismo tiempo, un movimiento de beniqué, se lo hace aflorar por la cicatriz hipogástrica.

Como ese beniqué es tunelizado, se lo adapta a la sonda hipogástrica y por vía retrógrada queda colocado en la cavidad.

De esta manera, se efectúa la uretrotomía externa, siendo sus resultados bastante satisfactorios.

El procedimiento del doctor Dante, que ignoro si ha sido publicado por su autor, es utilizado en el Servicio del profesor Figueroa Alcorta, en el Policlínico Durand.

Hemos operado unos veinte enfermos de la manera expuesta. El pequeño tejido restante que puede quedar, de uno o dos centímetros de longitud, lo incidimos con esa cuchilla. Vale decir, que el beniqué sirve de mandril.