

RUPTURA DE URETRA EN UN NIÑO

Por el Dr. JUAN IRAZU

El 3 de Febrero de 1957, ingresó al Servicio de Urología del Hospital Argerich el paciente F. B. de 6 años, H. C. Nº 2141. Refiriendo sus padres que días antes fué atendido de urgencia, a raíz de un accidente callejero, donde el niño fué apretado por la rueda de un camión.

Según el informe de la guardia, el niño presentaba una herida desgarrada que comprendía la ingle y periné anterior izquierdo y había arrancado el testículo del mismo lado y se prolongaba hasta el reborde anal, también desgarrado. Posteriormente al accidente, el niño no podía orinar y la vejiga estaba distendida, no siendo posible su evacuación con una sonda Nelaton.

En estas condiciones y después de recuperado un ligero estado de shock, se le repararon las heridas y se lo talló por su retención. Concurrió a nuestro hospital, con buen estado general, denunciando sus análisis sólo una discreta anemia.

Un examen radiológico de la pelvis (Fig. Nº 1) muestra un arrancamiento de la sínfisis pubiana, no existiendo rastros de otras lesiones (5-2-1957). La uretrografía combinada, anterior y retrógrada de (Sabadini), enseña una falta de continuidad de la uretra que alcanza a 3 ó 4 cm., entre ambos cabos uretrales, a nivel de la uretra membranosa y bulgar. (Fig. 2).

Ante la imposibilidad de restablecer la uretra por cateterismo se resuelve operarlo el 10-II-57, bajo anestesia general. Incindido el periné y reparado el músculo bulbo-uretral, se nota un desarrollo de tejido fibroso que se reseca. Los cabos uretrales, aparecen desviados y adherentes al recto, del cual se liberan. La reparación de los mismos se hace sobre tutor de menor calibre que la uretra y de material plástico (Polietileno). Las bocas fueron suturadas con catgut de reabsorción lenta muy delgado y los nudos exteriorizados fuera de la luz del canal. El drenaje suprapúbico fué mantenido.

La evolución post-operatoria, fué tranquila, el tutor se lo mantuvo durante tres meses, movilizándolo en lo posible. Después de esta espera se reemplazó el tutor por una sonda de goma, pasada a remolque y después de comprobar su buen funcionamiento, también se retiró la sonda suprapúbica.

Ya cerrada la talla, al 8º día, se consideró terminado el problema y por lo tanto se le retiró la sonda uretral, en la esperanza de que el niño orinase espontáneamente, siendo grande la sorpresa de que no podía hacerlo y al forzar su micción, se reabrió su herida suprapúbica.

Ante esta difícil situación se intenta cateterizarlo sin éxito, comprobando en una de esas exploraciones la existencia de una fistula, con la salida de orina por el recto. Lo que hizo pensar en la existencia de un decúbito por el tutor.

Había que volver a la situación inicial, reponiendo por lo tanto la sonda Pezzer suprapúbica y esperar un tiempo prudencial que no debe oscilar en menos de 2 meses para una nueva tentativa, estudiando previamente con nueva uretrografía la verdadera situación de la uretra. La misma se practicó el 23-5-57, donde podemos ver en la (Fig. 3), separación de ambos cabos, similar a la de la uretrografía (Fig. 2), con el agregado de una extravasación de la substancia opaca hacia el recto a través de la fistula.

Siendo necesaria, la extirpación previa del trayecto fistuloso uretrorectal, lo interviene el Proctólogo Dr. García Mata, el 15-VI-57, quien le efectúa un descenso con feliz resultado. Es dado de alta después, para reparar su desnutrición haciendo la convalecencia a domicilio.

Después de una larga convalecencia y en mejor estado general es reintervenido casi al año de su accidente (2-II-58) empleándose una técnica similar, con la variantes del telescopado de la uretra. El paciente evolucionó mejor y tres meses después se lo consideró curado, continuando las dilataciones de la uretra, que pronto se hicieron intolerables, a pesar de hacerlas bajo anestesia local, no pudiendo pasar del calibre 16, y con tendencia a la retracción y obstrucción del canal. Ante esta perspectiva se suspenden las mismas aunque fuese aconsejable la continuidad

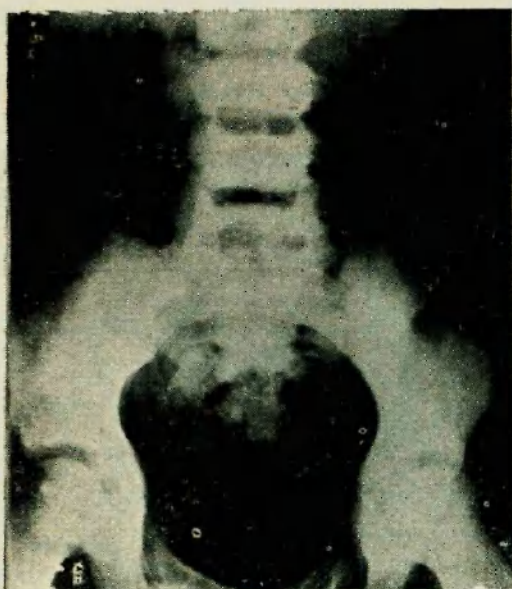


Foto 1. — Fractura de pelvis ósea. Diástasis del pubis.



Foto 2. — Uretrografía de perfil. Por ruptura de la uretra falta de continuidad del conducto.

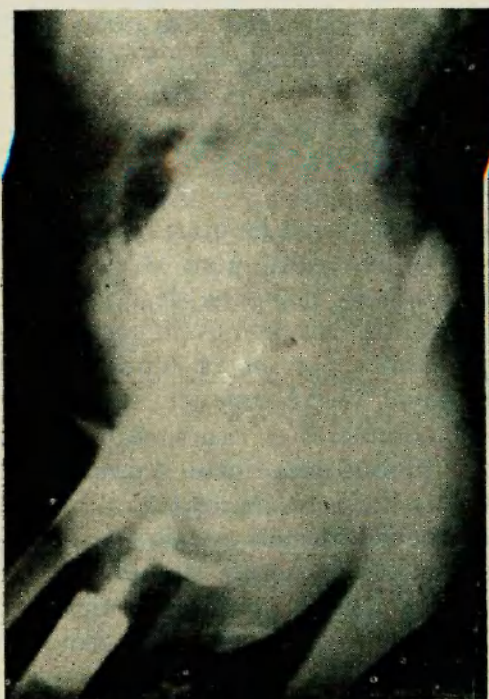


Foto 3. — Uretrografía de la recidiva. Contraste por la fístula rectal.

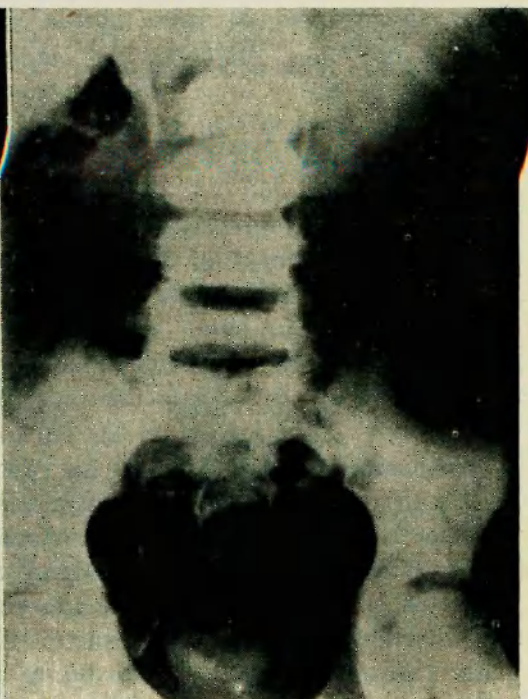


Foto 4. — Examen funcional de aparato urinario, al año de operado no demuestra alteraciones obstructivas.

de ellas. El niño continuó orinando suficiente, cada vez mejor y al año de su última intervención las pruebas radiográficas, muestran que todo su árbol urinario no ha sufrido repercusión alguna (Fig. 4), la uretra de frente (Fig. 5) y de perfil (Fig. 6), presentan irregularidades de calibre a nivel de la sutura, pero funcionalmente bien, la lesión ósea en evolución de calcificación y un magnífico estado general.

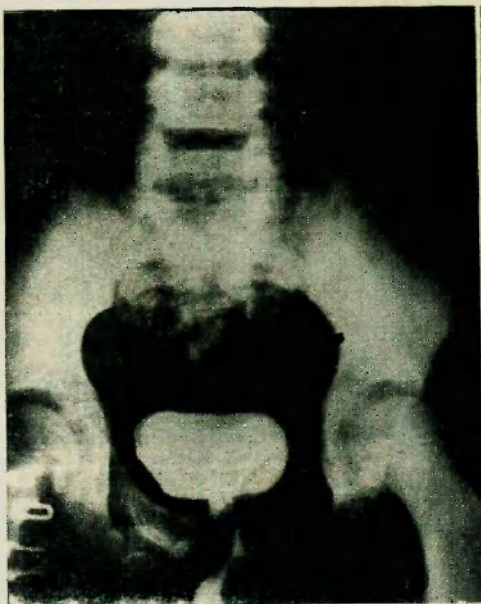


Foto 5. — Uretrografía de frente postoperatoria. La porción membranosa está estrecha y la prostática no se ha rellena bien.



Foto 6. — Uretrografía de perfil, se evidencia bien la estrechez. La uretra prostática de buen calibre.

COMENTARIOS

Las fracturas de pelvis de los niños con ruptura de uretra son poco frecuentes. Personalmente no he tenido otra observación pero sí recuerdo dos casos más recientes atendidos en el Servicio a los que no he de referirme sino someramente, por no haber intervenido en ellos. No hemos de ocuparnos de las formas clínicas de rupturas ni sus mecanismos por ser ya conocidos. Recalcaremos en cambio otros que creemos de mayor interés retener.

El drenaje suprapúbico en las rupturas completas es casi siempre necesario como protección de la uretra en un primer tiempo y también acompañando el tutor de una reparación quirúrgica, es decir hasta la total curación de la uretra. Cuando ha llegado el momento de restablecer la micción normal, se coloca un espiche que debe ocluir la sonda suprapúbica para permitir la micción a través de la uretra y si existe por la herida perineal alguna extravasación de orina, el drenaje suprapúbico se mantendrá. Cuando la herida se mantiene seca después de haber retirado la sonda, se la dejará así para que cicatrice espontáneamente. La pérdida de orina por el orificio es generalmente pequeña pues la dirección del trayecto es oblicua y el paciente ha aprendido ya a orinar.

La fractura de pelvis de un paciente accidentado, suele acompañarse casi siempre de lesiones de la uretra, por eso hay que despistarla siempre. La frecuencia de las mismas ha sido demostrada por Mc. Cagne y Semans (1944),

quienes establecieron que en los medios industriales, el porcentaje sería del 17 %. Debe tenerse en cuenta en las estadísticas, que pasan desapercibidos aquellos casos inmediatamente fatales. Las variedades de fracturas del cinturón pelviano según Wakeley constituye la forma de fractura de pelvis más común y también la que causaría mayor número de lesiones de la uretra. La mayoría de estos pacientes fueron lesionados por algún rodado de carro o neumático. La gravedad de estas fracturas tan acentuadas en épocas pretéritas ha disminuído con el empleo del drenaje suprapúbico y los antibióticos así como la canalización del Retzius. En los adultos con lesión de uretra posterior (Poole, Wilson y Malcapine 1934), han constatado la esterilidad como complicación, pues al lesionarse el esfínter interno, el semen fluye a vejiga. La impotencia se ha constatado también como consecuencia de lesión de los nervios pudendos y de los cuerpos cavernosos que dejan defectos de erección. Entre las complicaciones de las fracturas se han observado litiasis vesical y fistulas uretro-perineales y rectales.

El uso de tutores en la reparación de la ruptura de uretra completa, se ha mantenido a pesar de reconocer que el mismo es un cuerpo extraño que retarda la cicatrización. A pesar de ello (Poole-Wilson) y nosotros coincidimos; en las heridas de la uretra posterior y membranosa nos obliga invariablemente a dejar tutor modelador por el peligro de formación de estrecheces. Es cierto también que en la uretra prostática su misma rigidez puede permanecer abierta, pero ante el desconocimiento de las lesiones de heridas el cateter permanente debe ser imperativo. Sin embargo el uso de tutor cualquiera sea el tiempo dejado en la uretra, no significa que la estrechez no recidive.

En la reparación de las rupturas de uretra rigen los mismos principios de la cirugía plástica, la eliminación de los tejidos esfacelados, que permita la reparación de primera intención, preferible siempre que fuese posible. En los casos de operación en dos tiempos, la extirpación de los callos fibrosos, de manera de afrontar los cabos, sin tensión, o de obtener una reparación sobre sonda o tutor.

Dejamos establecido finalmente que a nuestro criterio existe gran similitud entre las rupturas del niño y del adulto, en quienes se repiten las causas y la sintomatología y complicaciones. En el niño eso sí, dado su escaso desarrollo y su indocilidad hacen más difícil su vigilancia continuada, para evitar futuras complicaciones.

RESUMEN

Se relata en este trabajo casuístico el caso de un niño con una fractura de pelvis en un accidente de tránsito, con aplastamiento. El traumatismo se complicó con ruptura de uretra bulbo-membranosa y de desgarró inguino-perineal, con arrancamiento de un testículo. El pequeño paciente fué tratado en dos tiempos y previamente tallado. La reparación hecha tres meses después de su uretra sobre tutor, no fué satisfactoria y se complicó de fistula uretro-rectal. En un tiempo previo se cerró la fistula, y una nueva reparación de su uretra al año terminó con buen resultado y la curación del niño. Si bien no tenemos muchas observaciones en niños en el Servicio, recordamos complicaciones semejantes inherentes a la edad y sus inconvenientes en el tratamiento, por lo menos en dos casos. En ellos todos los tratamientos empleados no han podido contro-

lar la recidiva de la estrechez, lo que obliga a una cuidadosa vigilancia de la uretra en el post-operatorio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) *M. F. Campbell*. — *Pediatric Urology*, Pág. 181, New York (1937).
- 2) *J. Sabadini*. — *Cirurgie de L'Uretre Paris* (1945).
- 3) *E. W. Riches*. — *Modern Trends in Urology*, Pág. 439. London (1953).

DISCUSION

Dr. T. Schiappapietra. — Estoy de acuerdo que las reparaciones de traumatismos de uretra en los niños dan gran trabajo. A veces, hay que demorar la intervención y llevar al niño a una edad en que el periné está más desarrollado.

En cuanto a la relación entre ruptura de uretra y lesiones pelvianas, depende de la topografía de la ruptura de la uretra. La uretra posterior y membranosa estará en relación con la lesión de pelvis, pero la uretra anterior se vinculará con otra clase de traumatismos.

Son de gran interés las uretrotomías de urgencia: a esos enfermos los he vigilado sin tutor. Se ha procedido a su derivación, la sonda, como dijo Murphy, va al balde. Si las guardias no manosean a estos enfermos, el tratamiento sin tutor y sin sonda exploradora es de utilidad. Lo preferible es que el cirujano general llame al urólogo. Cuando los Dres. Del Río y Ottolenghi eran médicos internos del Hospital Durand, tuve oportunidad de tratar con éxito, casos de estos. En víspera de fiestas, se tiene oportunidad de atender a niños que caen por las escaleras o bien, a hombres que caen de horcajadas, provocándose una ruptura de la porción bulbar de la uretra.

Insisto en la conveniencia de la uretrotomía de urgencia sin ninguna exploración previa.

Dr. A. Grimaldi. — Estamos de acuerdo con el Dr. Irazú que el número de éxitos y de fracasos está en relación directa con el número de casos. El enfermo que presenta es muy similar a uno nuestro. Era un adulto en el que el traumatismo era semejante; se hizo la reparación y cuando se quiso sacar la sonda, ese hombre no orinaba y además, quedaba una fístula hipogástrica y las fístulas perineales. Lo llamativo era que podía introducirse una sonda lo que demostraba que no existía un obstáculo muy serio. Se lo reintervino con una exploración.

Muchos enfermos, aún sin practicárseles una reparación perfecta, quedan en buenas condiciones. Al explorar la vejiga se observa que su cuello donde debía aparecer la sonda permanente, no era tal. Había sido fabricado por el beniqué retrógrado en el momento de la intervención. A pesar de existir en ese hombre una tunelización desde el meato hasta la vejiga, el hecho de no seguir el trayecto verdadero, no permitía la evacuación de la orina. Se practicó la reparación, la que a pesar de no ser perfecta, determinó que la fístula hipogástrica y perineal desaparecieran completamente cuando se estrecharon las sondas. La radiografía mostraba una verdadera madriguera.

Dr. J. Irazú. — Agradezco la colaboración del Dr. Schiappapietra. Evidentemente en las guardias de hospitales no existe instrumental para esa cirugía. En el último enfermo que intervine de urgencia no pudimos ni siquiera tomarle una radiografía de la ruptura de uretra posterior. En las guardias de los hospitales debe existir toda esa clase de elementos, que son tan necesarios.

Al Dr. Grimaldi le diré que es lógico que habiendo un falso conducto la micción no pudiera realizarse y en nuestro caso, posiblemente en el primer momento ocurría algo parecido porque la uretra no seguía su verdadera dirección.