

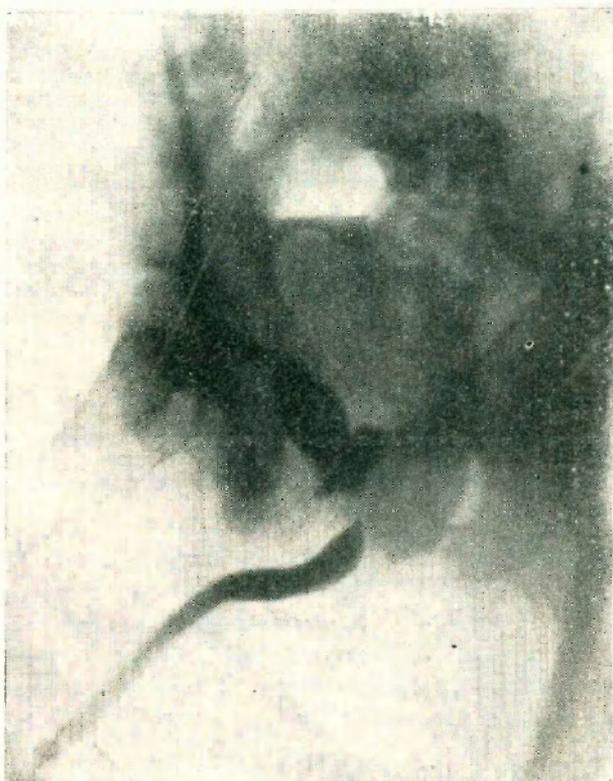
TRAUMATISMO DE URETRA

Por los Dres. Prof. Dr. ARMANDO E. TRABUCCO, OSCAR C. CARREÑO
y HORACIO A. LEVATI

Presentamos a esta Sociedad un caso de traumatismo de uretra cuya evolución justifica a nuestro parecer vuestra atención.

Historia Nº 16. Serie 662. A. N., 24 años, arg., soltero. Año 1960.

El 20 de febrero de 1960 nuestro futuro paciente fue atropellado por un automotor mientras se encontraba en un refugio. De resultas de este hecho sufre la fractura de ambas ramas



de ambos pubis con marcada separación de los mismos. Llevado a una clínica del pueblo en donde ocurrió el accidente se comprueba que el herido no puede orinar. Se le coloca entonces una sonda en permanencia que drenó orinas hematóricas. La tuvo colocada durante

varios días al cabo de los cuales se le retira consiguiendo el enfermo tener micciones aunque con disuria y dolor. A los dos o tres días empieza a formarse una zona flemonosa en la zona iliaca derecha que es drenada quirúrgicamente dando salida a abundante cantidad de líquido urinoso purulento y hematúrico. El paciente estaba con un cuadro tóxico severo. En esas condiciones fue visto en consulta por uno de nosotros quien aconsejó se le efectuase de inmediato una talla vesical y fuera enviado al Servicio de Urología del Hospital Rawson.



COMENTARIO

Una vez más comprobamos los cateterismos agresivos de las uretras traumatizadas. En este caso evidentemente la sonda pasó a través de la efracción de la uretra a la región paravesical y lo que la sonda drenaba era la orina extravasada por el extremo proximal de la uretra.

Este hecho está corroborado porque el retiro de la sonda determinó la aparición del flemon urinoso paravesical derecho.

El 2 - VI - 60 es internado ya con aceptable estado general. El estudio uretrográfico muestra un stop del líquido de contraste a la altura de la uretra membranosa por lo que se decide repetir la técnica de los beniqués y éstos nos señalan la existencia de un trecho apreciable de separación entre los extremos.

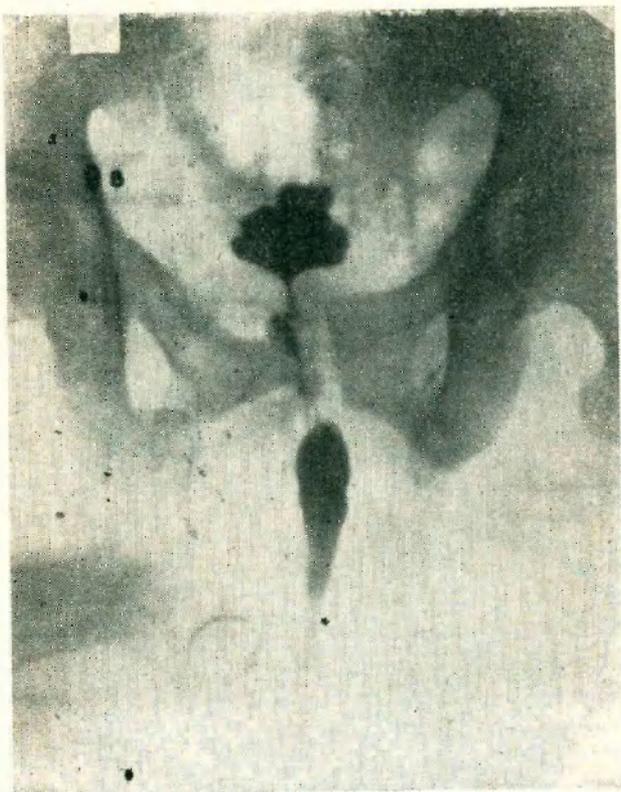
El día 11 - V - 60 es intervenido. Cirujano: Prof. Dr. A. T. Anestesia general.

Por el orificio de la talla vesical se amplía la brecha hipogástrica y por el miembro se introduce un beniqué que al vencer la resistencia que le ofrece un tabique de no muy grande espesor, se exterioriza por el orificio hipogástrico. Se introduce una sonda de polietileno en sin fin que se deja a permanencia. Pezzer hipogástrica. Hemostasia. Cierre por planos.

El postoperatorio no fue satisfactorio, pues luego de quitado el sin fin y colocada una sonda Foley por uretra, no se consigue lograr que el paciente no moje sus curaciones hipogástricas. Cambios de sonda repetidos no dan resultado hasta que la salida de la sonda Malecot que entonces tenía por uretra, un fin de semana determina la imposibilidad de cateterizarlo nuevamente. Bajo anestesia se coloca sonda hipogástrica nuevamente.

Se medican antibióticos y corticosteroides. El paciente se mantiene intermitentemente con orinas turbias y fiebre.

La evolución es lenta y las placas radiográficas demuestran un trayecto filiforme por encima de la uretra membranosa y que nace no exactamente en el stop y que se prolonga por un trayecto sumamente irregular y cavitario a una zona de mayor relleno pero que nos atrae la atención por su situación anterior y su rápida salida al exterior por la fístula hipogástrica.



Mejoradas las orinas y el estado del paciente el día 27-X-60 es reintervenido.

Colocado el paciente en posición ginecológica, se efectúa una incisión perineal que corre de isquión a isquión y de concavidad inferior. Se disecciona y secciona entre dos ligaduras el núcleo perineal. Se disecciona a tijera la musculatura del recto de la del diafragma perineal al que se encuentra íntimamente adherida. Se lo logra y se expone la pared posterior prostática. Se explora la uretra anterior y se encuentra con el beniqué una estenosis infranqueable a la altura del pico de la próstata. Se secciona allí la uretra. Se incide en forma longitudinal la próstata en una extensión de 3 cm desde el pico hacia arriba, encontrándose una apreciable cavidad que dificulta el paso del dedo a la vejiga. Se descubre el ostium vesical hallándose que la vejiga contiene gran cantidad de orina y aparentemente sana. Se explora entonces la talle hipogástrica encontrándose que el sitio en donde se aloja la sonda es una cavidad aislada de la vejiga, limitada por el pubis por delante y tocándose un tejido encefaloide y maloliente de difícil limitación. Se coloca sonda Foley por uretra y se aloja el balón en vejiga. Se sutura longitudinalmente la próstata consiguiendo una buena hemostasia.

La evolución postoperatoria tampoco fue aquí correcta. La sonda Foley se obstruyó repetidas veces y obligó a colocar el 9-XI-60 un tubo de polietileno de mayor luz y que permitía la aspiración de los detritus a presión y sin colapso de las paredes de la sonda pues los episodios obstructivos hacían que el paciente perdiera orina por la herida perineal. A pesar de estas medidas vuelve a fistulizarse la herida hipogástrica que ya había cerrado.

Un cambio de sondas determina la imposibilidad de pasar nuevamente por uretra y

queda el paciente con su fístula hipogástrica que drena poco y sus micciones distúricas y repetidas.

El 25 - II - 61 se intenta volver a reconstruir la continuidad uretral. Previa actualización analítica y radiográfica se reseca bajo anestesia general la cicatriz de la talla hipogástrica, se descubre la vejiga cubierta por peritoneo y se comprueba la imposibilidad de pasar un ben-



qué por uretra, ya sea por el meato o en sentido retrógrado. Se deja entonces la talla para en un segundo tiempo efectuar por vía perineal la reconstrucción de la uretra.

El enfermo se recupera, engorda, deambula por la sala y es dado de alta el 17 - V - 61 para meses después volver a estudiarlo con miras a intervenirlo.

Sin embargo al mes reingresa pues pierde gotas de orina por el miembro y esto le ocasiona un maceramiento e irritación marcada del meato uretral y el glande. Las pérdidas cesan en decúbito.

Se plantea aquí el problema de una talla definitiva pero el enfermo ante esto solicita prolongar la espera.

Lo hemos visto nuevamente en abril 1962, con muy buen estado general. Han cesado las pérdidas de orina por uretra y se han reanudado las erecciones que durante toda su larga internación estuvieron abolidas.

El estudio uretrográfico último muestra una estrechez marcada por encima de su uretra penecana con uretra posterior aceptable. Ha comenzado a tapar su sonda hipogástrica para aumentar la capacidad vesical y se le instituye nuevamente corticoides con miras de ver si es posible permeabilizarse la uretra, retirarle el cateter hipogástrico siempre que el paciente reste continente.

CONSIDERACIONES

Hemos querido traer este enfermo con un triple propósito:

- 1) Mostrar la formación de una verdadera prevejiga.

- 2) Observar la tendencia a estrecharse de todas las plásticas de uretra con dislocamiento perineal post-traumático.
- 3) Plantear en este caso la duda del logro de una uretra permeable y continente si se lo somete a dilataciones o a una posible reintervención.

DISCUSION

Dr. Steinberg.— Los comunicantes han presentado un interesante caso de estrechez de uretra posterior: post-traumática. Presenté dos de estos casos a las Jornadas de Mendoza, que fueron operados por nosotros, y tengo otros dos más por un cuadro similar a éste. Es una operación reglada de Johanson, cirujano sueco, que aprovecha piel del escroto y lo lleva a uretra posterior con lo que se reconstruye el trayecto. Los estudios radiológicos post-operatorios demuestran que la permeabilidad de la uretra es definitiva y no se necesita derivación posterior. Sería interesante que esta operación se ensaye en estos casos, porque creo que es una solución definitiva para el problema de la uretra posterior, sobre todo cuando el esfínter no está comprometido.

El doctor Granara Costa, presidente de nuestra Sociedad, es autor de un interesante trabajo sobre rotura de uretra posterior.

La operación del cirujano sueco se realiza en dos tiempos: en el primero, se une la piel del escroto al extremo proximal de la uretra y en el segundo, se entierra esa zona de la piel sin hacer el tubo, se lo deja con una derivación hipogástrica; el tubo se forma sólo y queda en forma definitiva. Esos 3 ó 4 cms de uretra membranosa se unen a los dos extremos de la uretra.

Dr. Schiappapietra.— Les ha tocado a los comunicantes actuar sobre una complicación y la secuela de esa rotura de uretra.

Todo traumatismo de uretra debe ser tratado de urgencia. Ya el viejo Smud, en el siglo pasado, cuando ingresaba al servicio de guardia un enfermo con un traumatismo, con ese tipo de lesión decía: la sonda al balde, el enfermo a la mesa quirúrgica. Su concepto era categórico: los enfermos con traumatismos de uretra no deben ser sondados. Si está shockado se puede esperar que pase el estado de shock y mientras se realiza la medicación correspondiente, debe observarse si el sujeto orina o no. Si no orina debe ser intervenido de urgencia. Siempre corresponde efectuar la uretrografía.

Tuve la fortuna de iniciarme practicando uretrografías de urgencia sin tutores en permanencia, y esos pacientes han evolucionado bien; tenían que ser enfermos no infectados por sondajes o maniobras ascendentes. Cuando el traumatizado llega a la consulta con su rotura y hematoma perirrenal debe realizarse la uretrografía de urgencia. Esos sujetos curan sin secuelas. Uno de los primeros enfermos de ese tipo que operé hace unos 20 años, nunca lo dilaté y no le efectué otra exploración que la que llevé a cabo después de considerarse curada la uretrografía. Ese hombre vive todavía y lo traeré a esta Sociedad. Hemos tenido varios de estos casos cuando estaba en la guardia del Hospital Durand con el malogrado doctor Ottolenghi y el doctor Del Río.

Muchas veces, ante el inconveniente del primer sondaje explorador o existe un deshilachado de la uretra, casos en que la uretrografía no es ideal, dejo una guía de material plástico.

El tratamiento por segunda de la secuela de la esclerosis siempre resulta difícil. Tenemos pruebas en ese sentido.

Dr. Levatti.— En cuanto al aporte del primer comunicante, me parece que es interesante lo que dice pero hay un detalle que es el referente a la incontinencia que tenía este enfermo. Luego de la talla definitiva llegó un momento en que se pensó si no debía hacerse el cierre total de la vejiga. En la placa radiográfica se aprecia una fibrosis de toda esa zona, que no sé hasta qué punto puede asegurar una continencia esfinteriana.

Estoy completamente de acuerdo con los conceptos del doctor Schiappapietra. Si el paciente hubiera podido ser remitido a un servicio de la especialidad, se hubiera evitado ese traumatismo de sonda y la formación de un flemón posterior en una persona joven.