

## TRAUMATISMOS GRAVES DE LA URETRA TRATADOS QUIRURGICAMENTE Y CON TRIAMCINOLONA

Por los Doctores MARIO P. VICCHI y GERMAN ABDO T.

Quito — Ecuador

*Relato del Dr. S. Wainberg*

Nos proponemos comentar el criterio seguido en el tratamiento de 12 casos con traumatismos de la uretra tratados con procedimientos quirúrgicos complementado con tratamiento a base de corticosteroides.

No haremos consideraciones de orden anatómico ni nos referiremos a los aspectos teóricos del tema por ser ampliamente conocido en los medios especializados, por haberlo hecho en comunicaciones anteriores publicadas y por haber sido tratado este tema en forma magistral y completa en el Vº Congreso Argentino de Urología.

Presentamos 6 casos de traumatismo de la uretra fija por accidentes que ocasionaron fractura de la pelvis ósea, 5 rupturas de la misma por maniobras endoscópicas o quirúrgicas, una de ellas de probable etiología tuberculosa, 3 tenían además fistula uretorrectal, uno destrucción de la uretra peneana producida por mordedura de perro cuando tenía 2 meses de edad. Tres de los enfermos eran niños.

Nos limitaremos a exponer el criterio terapéutico que hemos seguido y daremos nuestra opinión sobre los principales aspectos del problema. Nos parece muy adecuada la división de la uretra en fija y péndula porque esta división aunque no corresponde a la anatomía, llena necesidades prácticas desde el punto de vista quirúrgico.

En 6 de nuestros enfermos la sección uretral estaba acompañada de fractura de la pelvis. Cuando hemos visto al enfermo en su primera etapa realizamos la operación reparadora de urgencia, dentro de algunas horas después del accidente, derivamos orina por cistostomía hipogástrica y dejamos el tutor uretral fenestrado durante varias semanas y administramos triamcinolona oral y local. La técnica quirúrgica que seguimos es la preconizada por Sabadini, cuyos tiempos operatorios pueden observarse en la reproducción fotográfica respectiva. Se ha hecho reacción del tejido lesionado situado entre los instrumentos colocados por vía anterógrada y retrógrada tratando de extirpar todo el tejido mortificado sin preocuparnos si luego podremos abocar en forma completa los dos cabos uretrales. Los resultados que hemos obtenido han sido excelentes.

En los dos enfermos en que además de la lesión uretral había fístula uretrorrectal nos hemos atendido al precepto de separar bien la uretra del recto por vía perineal, suturamos prolijamente el recto y no intentamos cerrar uretra, lo cual generalmente resulta difícil e inoperante; dejamos tutor uretral varias semanas y derivamos orina por cistostomía hipogástrica. Boeminghaus sostiene este criterio y cree conveniente pero no indispensable la derivación de las heces. En nuestros dos enfermos no hemos efectuado este tiempo y los resultados inmediatos y alejados fueron excelentes. Administramos triamcinolona en el postoperatorio. El tercer caso de ruptura de uretra con fracturas múltiples no lo comentamos en detalle por ser un caso cuyo control radiológico no se realizó, pero clínicamente se encuentra bien.

Uno de los pacientes tuvo destrucción de la uretra peneana cuando tenía dos meses de edad, sufrió 7 operaciones sin que se consiguiese reparar la lesión, en uno de ellas se le practicó una uretroplastia con la técnica de Johanson, curó recién en la octava operación cuando resecamos todo el tejido cicatricial donde no era posible individualizar la uretra, derivamos la orina por uretrotomía perineal y suturamos los planos superficiales sobre tutor fenestrado, usamos hilo metálico y el punto preconizado por Lapidés. La uretra se mantuvo amplia y la micción es normal, como puede verse en la fotografía respectiva. Un caso con falsa vía fue dilatado. De acuerdo a lo expuesto podemos fijar nuestra posición ya que algunos de nuestros pacientes tienen una evolución de más de 3 años, los detalles pueden verse en las respectivas H. Clínicas.

Somos partidarios de la uretrografía retrógrada con medio acuoso como la mejor exploración hecha de urgencia, efectuada en las mejores condiciones de asepsia e inmediatamente antes del acto quirúrgico esta maniobra es bien tolerada y no produce accidentes graves.

Consideramos que el mejor criterio es la cirugía reparadora como operación de urgencia, salvo que existieran contraindicaciones de orden general, es mucho más sencillo reconstruir en ese momento la uretra que reseca y restaurar una lesión cicatricial viciosa.

La derivación de orina por cistostomía hipogástrica es aceptada por casi todos los autores y, cuando la destrucción uretral se localiza en la porción peneana, en niños, preferimos la derivación por uretrotomía perineal; en el caso que hemos tenido nos ha conformado mucho esta forma de actuar por su sencillez; lo mismo nos ha parecido muy práctico para el cierre de la herida el uso de sutura con hilo metálico y en la forma preconizada por Lapidés.

El uso de tutor uretral ha sido discutido con cálidos argumentos en pro y en contra, nuestra opinión es que el uso del tutor fenestrado tiene considerables ventajas, mantiene buen calibre, evita pérdidas del eje uretral y al estar fenestrado facilita el drenaje de las secreciones y nos permite introducir por el mismo sustancias que bañen la zona operada. Nosotros hacemos diariamente instilaciones por el tutor de una solución compuesta por 1 cc. de triamcinolona, 2 cc. de nitrofurazona (furacín) y 5 cc. de agua destilada estéril; procediendo así hemos visto muy buena evolución del proceso con muy escasa reacción inflamatoria, la cual siempre que se deja el tutor varias semanas resulta apreciable, en nuestros 12 casos hemos mantenido el tutor como mínimo 4 semanas y estamos muy conformes con su uso, el cual no nos ha ocasionado inconveniente ni complicaciones y en cambio todos los enfermos han tenido un resultado inmediato y alejado excelente.

### CONCLUSIONES

1. — Presentamos 12 casos de traumatismo grave de la uretra. Seis de la uretra fija por fractura de la pelvis ósea. Tres acompañados de fístula uretrorrectal. Tres como consecuencia de traumatismo quirúrgico e instrumental. Uno de la uretra peneana. Tres de nuestros pacientes son niños.
2. — En 9 de los casos se hizo derivación de la orina por cistostomía suprapúbica, en uno por cistostomía perineal, y en dos se hizo tratamiento conservador.
3. — Somos partidarios de la uretrografía con medios acuosos como medio exploratorio inmediatamente antes del acto quirúrgico.
4. — Creemos que no habiendo contraindicaciones de orden general debe hacerse la reparación de la uretra en forma inmediata.
5. — Siempre hemos dejado tutor uretral durante algunas semanas.
6. — Los resultados obtenidos en largas series de enfermos con el tratamiento a base de triamcinolona en estrecheces uretrales nos ha hecho emplear este complemento en las lesiones traumáticas y creemos que es de gran utilidad aunque algunos autores opinan que es útil en las estrecheces inflamatorias pero no en las traumáticas. Los resultados por nosotros obtenidos parecerían estar en contraposición con esta manera de pensar. Usamos la triamcinolona en forma local y oral durante dos o tres meses.
7. — Diez de los casos que presentamos han tenido muy buena evolución inmediata y alejada, no habiendo tenido en esta serie y siguiendo el criterio enunciado, ningún fracaso que lamentar. Uno es de reciente tratamiento.
8. — En dos de los casos existía además hipertrofia prostática realizándose ambas operaciones simultáneamente.

*Nota:* Debemos agradecer a la Cyanamid Internacional Laboratorios Lederle y a nuestro amigo el Dr. Cecilio de Vega por habernos suministrado en forma amplia la triamcinolona que hemos necesitado.

### RESUMEN DE HISTORIAS CLINICAS

*Caso N° 1:* I. C., 59 años. Hospital Oxford, Venezuela, mayo de 1957. Estrechez uretral post-blenorrágica. Muy retráctil, continuamente debe ser dilatado. En una de estas maniobras le ocasionan una falsa vía uretral. Se hacen dilataciones uretrales y tratamiento con corticosteroides. Se consigue amplio calibre uretral con relativa facilidad. Manifiesta el enfermo que las dilataciones han sido fáciles. Cinco meses después no se observa retracción uretral, pasa con facilidad un beniqué N° 42.

*Conclusión:* Estrechez uretral muy retráctil, falsa vía por maniobras endouretrales. Se obtiene buen calibre uretral con dilataciones y no hay tendencia a retracirse la uretra. Se administraron corticosteroides.

*Caso N° 2:* R. A., 52 años. Hospital Oxford, Venezuela, febrero 23 de 1957. Hace algunos años blenorragia que dejó como secuela estrechez uretral muy grave. Constantemente estaba sometido a dilataciones uretrales. Practicaron en dos ocasiones uretrotomía interna. Ingresa a nuestro servicio con retención completa de orina. No es posible cateterizar uretra. Uretrografía retrógrada con lipiodol: nos muestra una pérdida del eje de la uretra "decalage".

23-III-57. Anestesia raquídea continua. Se realiza uretrectomía y uretrorrafia con la técnica descrita. Se observa grave destrucción uretral. Separadas por un puente uretral sano, se efectúa la uretrorrafia distal y proximal respetando la parte sana de la uretra. Se dan corticosteroides.

23-V-57. Nos muestra la uretra un buen eje, pero hay fístula uretroperineal, la cual cierra bien manteniendo el tutor algunos días más. La uretrografía de control efectuada 7 meses después nos muestra una uretra normal. No hay tendencia retráctil ya que pasa un beniqué N° 50.

*Caso N° 3:* C. B., 67 años. Hospital Oxford, Venezuela, abril 20 de 1957. Estrechez post-blenorrágica situada en la región bulbar de la uretra. Estaba continuamente con tratamiento de dilataciones uretrales, ya que la estrechez se retraía continuamente, seis meses

antes de ingresar a nuestro servicio tuvo retención completa de orina, evacuaron la misma por punción hipogástrica. Le practicaron uretrectomía y uretrorrafia, cuando retiran el tutor el enfermo no puede orinar y vaciaba la vejiga por un pequeño orificio fistuloso en la región hipogástrica. Ingresa al hospital con mal estado general y orinando por una fístula vésico cutánea a nivel de la antigua cicatriz de la cistostomía. Uretrografía retrógrada con uretrorragia, retención completa de orina, gran hematoma en periné, región glútea, desgarré del esfínter, atonía del mismo con pérdida de materias fecales.

No se pudo hacer uretrografía de urgencia por falta de corriente eléctrica. Se lo opera medio acuoso: se ve una pérdida de sustancia en la uretra de unos 5 cm. de extensión. Anestesia raquídea continua. Hacemos uretrectomía y uretrorrafia siguiendo los principios enunciados. Uretrografía de control 5 meses después. Uretra de calibre normal. Micciones sin inconvenientes. Pasa con facilidad beniqué N° 44. Se administró corticosteroides. Alfatocofol.

Conclusión: ruptura uretral por traumatismo quirúrgico. Se hizo reconstrucción y se administró corticosteroides. Se obtuvo excelente resultado inmediato y alejado.

*Caso N° 4:* H. A., 24 años. Mecánico. Hospital Vozandes, Quito, junio de 1959. Mientras trabajaba en el arreglo de un automóvil sufre grave traumatismo en la pelvis ósea, fractura de pubis rama izquierda sin desplazamiento. Relativamente buen estado general, uretrorrafia. Desde el momento del accidente el enfermo no ha orinado. Se practica uretrografía retrógrada con medio acuoso. Se observa ruptura total de la uretra y hematoma que comprime la misma. Reflujo venoso.

Junio 12 de 1959. Se hace reparación de la uretra de urgencia siguiendo la técnica que exponemos. Se evacúa el hematoma del espacio de Retzius y se comprueba que ambos cabos están separados por tejido lesionado en una extensión de unos 4 cms.

Post-operatorio: se administra triamcinolona oral, alfatocofoles y tratamiento general. A los 18 días se sale accidentalmente el tutor y hay que reinstalarlo quirúrgicamente. Se deja dicho tutor 7 semanas. No hay otras incidencias destacables. Continúa con triamcinolona durante 3 meses. El enfermo se encuentra bien con micciones normales. Las uretrografías hechas en distintas épocas no muestran variación. Pasa beniqué N° 50. Han pasado 3 años y medio

*Caso N° 5:* S. V., 40 años, obrero, hospital Vozandes, Quito, septiembre 29 de 1959. El paciente sufre fractura de la pelvis ósea por caída de un árbol sobre el paciente. Gran desplazamiento de los fragmentos óseos. Desde el momento del accidente no ha podido orinar. En el sitio del accidente hicieron intentos de sondaje sin resultados. Ingresa con discreto shock. Desde el momento del accidente el enfermo no ha orinado. Se practica uretrografía retrógrada 14 horas después del accidente. Se lo opera con el criterio ya expuesto. Post-operatorio sin incidencias, a la 3ª semana se retira el tutor y seis días después pierde gran cantidad de orina por el recto.

Noviembre 19 de 1959. Se lo reinterviene, se hace buena separación de la uretra del recto, se cierra éste en dos planos. Se administra triamcinolona en el post-operatorio. No hay incidencias destacables. En los controles periódicos se demuestra buen calibre uretral y micciones normales. Tres años y medio después de la operación el enfermo se encuentra muy bien, micciones normales. La uretrografía muestra una ligera disminución del calibre pero se muestra elástica. Hay impotencia.

*Caso N° 6:* O. R. S., 32 años, hospital Vozandes, Quito, octubre 14 de 1959. Hace 12 años operado de apendicitis. Posteriormente la herida no cicatrizaba y dio salida de orina por la misma. Fue reintervenido y se encontró tuberculosis intestinal. Fue puesto en tratamiento específico. Desde entonces queda con fuertes molestias miccionales. Fístula uretroperineal, uretroescrotal y uretrorectal.

Se hace estudio urológico completo, uretrografía, investigación de B. K. inoculación al cobayo, etc., no se encuentra lesión tuberculosa activa en aparato urinario. Pero la existencia de las tres fistulas citadas es indiscutible. Elimina heces líquidas y por uretra semillitas de frutillas ingeridas anteriormente. Después del enema de bario éste es evacuado en parte por uretra. Estrechez uretral muy marcada. Se hacen dilataciones, tratamiento antituberculoso y el enfermo mejora. Pero persisten las fistulas a recto y periné.

Diciembre 21 de 1959, en el hospital Vozandes se lo opera con anestesia raquídea. Se aborda la lesión en la forma que ya hemos descrito. Separando bien uretra de intestino, cerrando éste en dos planos y dejando tutor uretral durante 4 semanas. Se hace tratamiento antituberculoso y se administra triamcinolona durante varios meses. No hay incidencias post-operatorias destacables. Un año después el enfermo se encuentra bien, la uretra es amplia, las micciones son normales. Pasa bien un beniqué N° 40.

Aunque no ha hecho controles urológicos posteriores sabemos que en la actualidad, tres años y medio después de la operación, el enfermo se encuentra sin trastornos. Micciones normales. Las fistulas han cicatrizado desde la fecha en que fue operado y no han recidivado.

El examen anátomo-patológico de la fístula extirpada dio como resultado tejido tuberculoso.

*Caso N° 7:* M. R., 9 años, hospital Vozáñez. Quito, septiembre de 1959. Antecedentes: Este paciente cuando tenía dos meses de edad fue mordido por un perro, ocasionándole destrucción grave del pene y uretra. Estuvo internado 8 meses después de la operación. Orinaba con dificultad, saliendo la orina por una fístula uretro-peneana. Se interna en otra institución donde se intenta cerrar quirúrgicamente la fístula, pero la intervención fracasa y la fístula se hace de mayor tamaño. Cuando el niño tiene cuatro años de edad nuevamente es operado pero igualmente la fístula persiste y las micciones se hacen muy difíciles. A los 7 años sufre otra operación sin resultado. En 1958 es operado y la fístula se cierra, pero se produce una retracción total de la uretra, lo cual impide la micción. Vemos al niño con retención completa de orina, las micciones se hacían por rebozamiento. La uretrografía retrógrada nos muestra una detención total del contraste el cual no pasa a vejiga. En septiembre de 1959 realizamos el primer tiempo de la uretroplastia con la técnica de Johanson. Post-operatorio sin inconvenientes.

El 29 de octubre realizamos el segundo tiempo de dicha técnica. Post-operatorio sin inconvenientes. Hicimos derivación de orina por uretrotomía perineal. Una vez retirada la sonda de derivación las micciones son normales.

Perdemos de vista al enfermo y lo examinamos en abril de 1961, nuevamente con dificultad de orinar. La uretrografía retrógrada nos muestra una estrechez uretral y un cálculo enclavado en la misma.

Se extrae el cálculo por uretrotomía externa. La uretrografía miccional demuestra gran distensión de la uretra por detrás de la estrechez. Se insiste nuevamente en la necesidad de seguir calibrando la uretra, pero el enfermo no concurre a nuestro servicio.

En julio de 1961, en el hospital Baca Ortiz, de Quito, lo vemos con retención completa de orina. En esta oportunidad nos resolvemos por extirpar todo el tejido cicatricial donde no era posible reconocer la estructura de la uretra. Derivamos la orina por uretrotomía perineal. Suturamos la piel con hilo metálico, como recomienda Lapidés. Administramos triamcinolona oral y hacemos inyecciones de medio cc. de triamcinolona en tres cc. de anestésico en plena cicatriz operatoria, este tratamiento lo efectuamos durante dos meses. El enfermo evolucionó muy bien y por primera vez consigue efectuar una micción normal. Continúa sin ninguna novedad. Pasa con facilidad por uretra una bujía dilatadora N° 12.

Vemos al enfermo por última vez el mes de marzo de 1962. La urografía es normal. La micción es con chorro fuerte y proyectado como puede verse en la fotografía respectiva que es de esa época. La uretrografía miccional nos hace ver que la dilatación de la uretra por detrás de la estrechez ha desaparecido totalmente.

*Caso N° 8:* D. C., edad 1 año 9 meses, hospital Vozáñez, febrero 13 de 1962. Antecedentes: el 12 de febrero de 1962 sufre accidente por arrollamiento de automóvil, dejando en consecuencia fractura del pubis y del fémur. Veinte horas después es operado en el hospital Vozáñez con la técnica ya descrita. Post-operatorio sin incidencias notables. Se deja el tutor durante cuatro semanas y se administra triamcinolona, 8 mgs. diarios durante tres meses. Se retira el tutor y se coloca sonda Foley N° 10. Cicatriza bien la herida hipogástrica y perineal. se hace uretrografía retrógrada, observándose que pasa bien el contraste a la vejiga. El paciente orina bien, como puede verse en la fotografía. La micción es normal. El 14 de mayo de 1963 se constata que pasa sin dificultad un beniqué N° 12. El 18-XI-63 enfermo bien pasa bujía N° 12.

*Caso N° 9:* J. B., 13 años, hospital Vozáñez, Quito, 28 de enero de 1963. Antecedentes: hace cuatro años, accidente de tránsito, que ocasiona fractura de fémur y pubis, uretrorragia. Se coloca sonda permanente. Un año después existe casi imposibilidad de orinar por estrechez infranqueable de la uretra.

Lo operan haciendo cistostomía hipogástrica y reparación por vía perineal. El niño continúa sin poder orinar y evacúa vejiga por fístula vésico-cutánea. Poco después hacen nuevamente cistostomía hipogástrica. Se hacen intentos de dilatación pero a consecuencia de estas maniobras queda incontinencia urinaria. Posteriormente el niño no puede orinar y persiste la fístula vésico-cutánea en la región hipogástrica.

Hace un año ingresa al hospital Vozáñez. Le practican orquidopexia, hay micciones con gran esfuerzo y gota a gota. Seis meses después nuevamente se hospitaliza con gran globo vesical, retención completa de orina; por talla vesical se evacúa 3 litros de orina. El enfermo abandona el hospital y desde entonces vacía la vejiga por un orificio puntiforme a nivel de la región suprapúbica.

Vemos al enfermo en malas condiciones, orina fétida, turbia; no es posible efectuar micción uretral. Cicatriz suprapúbica y perineal. Cultivos de orina demuestran la existencia de más de 200.000 colonias por cc. Urografía intravenosa: retardo en la eliminación del contraste por ambos riñones. Se observan dos bolsas hidronefróticas. A las seis horas de inyectado el

contraste se ve gran dilatación uretropical bilateral. Uretrografía retrógrada con medio acuoso: observamos destrucción de la uretra bulbo-membranosa.

4-II-63. Anestesia peridural continua se hace reparación con la técnica ya descrita. Por el tutor fenestrado inyectamos diariamente medio cc. de triamcinolona (Ledercort), 2 cc. de Furacín y 10 cc. de agua destilada. Administramos oralmente 20 mgrs. de triamcinolona (Ledercort) durante diez días luego mantenemos la dosis de 8 mgrs. diarios. Mantenemos el tutor cuatro semanas. Después de retirado el tutor colocamos una sonda Foley Nº 14 con toda facilidad. El 19 de marzo de 1963 urografía intravenosa: demuestra una recuperación renal marcada, aunque queda dilatación discreta urétero-piélica.

El 14 de mayo de 1963 se retira la sonda. Hace dos micciones normales y luego una retención urinaria. Pero después de unas horas las micciones vuelven a ser normales.

*Caso Nº 10:* J. R., 62 años. Clínica Ayora, Clínica Central, Quito, 20 de marzo de 1963. Desde hace seis años esfuerzo para orinar, polaquiuria, nicturia. Estado actual: retención completa de orina. Uretrorragia muy abundante este síntoma aparece después de varios intentos para realizar sondaje, inclusive intentaron colocar sonda con mandril, fue imposible la cate-terización efectuada en otro servicio. Vemos al enfermo con discreto shock, intensa distensión vesical, uretrorragia y mal estado general. Temperatura de 39°C. Tacto rectal: aumento de tamaño de la próstata con los caracteres de una hipertrofia benigna. Diagnóstico: hipertrofia prostática y ruptura de uretra por maniobras instrumentales. 20 de marzo de 1963. Realizamos cistostomía con anestesia local. 28 de marzo de 1963. Urografía intravenosa: vías excretoras superiores normales. Uretrografía retrógrada con medio acuoso, se observa un "stop" completo a nivel de la uretra bulbar. No se observa pasaje del contraste a vejiga, a pesar de encontrarse la uretra anterior muy distendida. Reflujo venoso. Se realizan todos los exámenes de rutina.

2 de abril de 1963. Clínica Central. Anestesia peridural continua. Se realiza cistostomía, se aborda la región uretral por vía perineal, se reseca la estrechez y el tejido lesionado. Se hace extirpación del adenoma por vía trans-vesical, sutura de la celda prostática, dejamos sonda de Foley uretral y derivación de orina por cistostomía. Se mantiene la sonda uretral sirviendo de tutor durante tres semanas. Post-operatorio sin incidencias. Se administró 20 mgrs. de triamcinolona durante 20 días y luego en forma decreciente durante 15 días más.

Mayo de 1963. Uretrografía retrógrada nos muestra uretra bien reconstruida. Uretrografía miccional normal. Se observa la celda prostática. Ultimo control el 14 de mayo de 1963. El enfermo bien, micciones con caracteres normales.

*Caso Nº 11:* J. P. T., edad 28 años, ing. electricista. Clínica Ayora, Quito. Vemos al enfermo algunas horas después de haber sufrido un accidente de tránsito por arrollamiento. Presenta shock, fractura de pelvis grave, como el enfermo no podía orinar donde hicieron el tratamiento de urgencia dejaron sonda uretral, según el informe pasó sin dificultad. Pocos días después se encuentra gran tumefacción de escroto, además de equimosis múltiples. Se punza la colección de escroto y se extrae 1 litro de orina. Se efectúa drenaje. Por la herida escrotal sale orina y cuando en dos oportunidades se obstruyó la misma, eliminaba toda la orina por recto y escroto. Se renueva la sonda uretral y se deja a permanencia durante 6 semanas. Durante todo este tiempo pierde paulatinamente menos orina por escroto y recto. Uretrografía retrógrada: se observa salida del líquido fuera de la uretra. Se insiste con la sonda uretral durante 2 semanas y desaparece la pérdida de orina por escroto y recto.

Ocho semanas después del accidente se retira el catéter y las micciones son normales. Durante dos meses se administró triamcinolona. Ultimo control: octubre de 1963. Micciones normales. Se aconseja hacer uretrografía.

*Caso Nº 12:* P. M., 71 años. Clínica San Vicente, 26 de agosto de 1963. Ingres a nuestro servicio con retención completa de orina, uretrorragia por maniobra intrauretral brusca. Tacto rectal: próstata con caracteres de una hipertrofia benigna. Uretrografía retrógrada: ruptura de uretra que impide el pasaje del contraste a vejiga. Se observa un gran reflujo venoso. Dado el mal estado del enfermo se resuelve efectuar cistostomía hipogástrica el día 27 de agosto de 1963. Se hace estudio completo, urografía intravenosa, exámenes de laboratorio, etc. El 3 de septiembre de 1963, anestesia peridural continua. Efectuamos prostatectomía transvesical y uretrectomía uretrorragia en un solo tiempo. Post-operatorio sin inconvenientes. Se mantiene 6 semanas la sonda uretral. Se administró triamcinolona durante 2 meses. La uretrografía de control efectuada en noviembre de 1963 muestra un restablecimiento de la lesión uretral. Micciones normales.

Conclusión: Estrechez uretral, hipertrofia prostática, ruptura de uretra por sondaje intempestivo. Se operó y se administró triamcinolona. Buenos resultados inmediatos (2 meses de operado).

D I S C U S I O N

*Un Asociado:* Quisiera saber cómo se trató la lesión rectal.

*Dr. Wainberg:* Dicen que han realizado el despegamiento, un buen plano de clivaje y tres planos de sutura en el recto y la uretra la dejaron sin suturar, colocándole un tubo tutor. El autor no explica en su trabajo qué material ha utilizado.

B I B L I O G R A F I A

- 1) *Cartelli-Albornoz:* Rev. Arg. Urol. Mayo-junio 1937.
- 2) *García, A.:* Rev. Arg. Urol. Abril 1944
- 3) *Berri y Bottini:* Rev. Arg. Urol. Enero-dic. de 1946.
- 4) *Irazú-Pujol:* Rev. Arg. Urol. Enero-dic. 1946.
- 5) *Bernardi R. y col.:* Rev. Arg. Urol. Julio-sept. 1955.
- 6) *Rocchi, A.:* Rev. Arg. Urol. Noviembre 1957
- 7) *Trabucco, A.:* Rev. Arg. Urol. Julio-octubre 1957.
- 8) *Alsina, C.:* Rev. Arg. Urol. 1958.
- 9) *Kyrill, C.:* Year Book of Urology. 1945.
- 10) *Rivoir, L. P.:* Year Book of Urology. 1956-57.
- 11) *Figueroa, C. y col.:* Year Book of Urology. 1949.
- 12) *Dodson, I.:* Cirugía Urológica. 1957.
- 13) *Hunt, A. y col.:* Year Book of Urology. 1949.
- 14) *Boeninghaus, H.:* Urología. 1958.
- 15) *Marion, G.:* Traite d'Urologie. 1935.
- 16) *Colby:* Essential Urology. 1954.
- 17) *Fey y col.:* Traite de Technique Chirurgical. 1956.
- 18) *Sabadini, L.:* Chirurgie de l'Uretre. 1949.
- 19) *Lowsley y Kirwin:* Clínica Urológica. 1943.
- 20) *Pazos, V. R.:* Séptimo Congreso Americano de Urología. Lima 1950.
- 21) *Trabucco, A.:* Séptimo Congreso Americano de Urología. Lima 1950.
- 22) *Mueller, P.:* Séptimo Congreso Americano de Urología. Lima 1950.
- 23) *Cantin, F.:* Séptimo Congreso Americano de Urología. Lima 1950.
- 24) *Lockhart, J.:* Séptimo Congreso Americano de Urología. Lima 1950.
- 25) Closure of Recto-uretral Fistula (Following Perineal Prostatectomy). Resection of Recto Small Bowel Pedicle Graft. Nisen R. Year Book of Urology. 1955-56.
- 26) Repair of Rectouretral Fistula. Lewis C. Year Book of Urology, 1947.
- 27) *Bussi, O.:* Traumatismos de la Uretra. V Congreso Argentino de Urología. Abril de 1959. Corrientes, Argentina.
- 28) *Rocchi, A.:* Nuestra experiencia en los Traumatismos de la Uretra. V Congreso Argentino de Urología. 1959. Corrientes, Argentina.
- 29) *Rocchi, A.:* Abordaje Transpubiano en un Traumatismo de Uretra. V Congreso Argentino de Urología. Corrientes, Argentina. 1959.
- 30) *Pereda, J. J.:* Ruptura de la Uretra Membranosa. V Congreso Argentino de Urología. 1959. Corrientes, Argentina.
- 31) *Vicchi, M. F.:* Ruptura de la Uretra Fija por Fractura de la Pelvis. "El Médico". Edición Colombia-Ecuador. Junio de 1960.
- 32) *Vicchi, M. F. y Vargas, S. M.:* Administración de Prednisolona y Alfa Tocoferol combinado con tratamiento quirúrgico o incruento en las estrecheces de la Uretra. Rev. Arg. Urol. Abril-junio 1958.
- 33) *Vicchi, M. F. y Abdo, C. T.:* Traumatismo Grave de la Uretra Peneana en un Niño. Rev. Arg. Urol.
- 34) *Vicchi, M. F.:* Nuestra experiencia en el uso de triamcinolona en urología. Rev. Arg. Urol.



## DOCUMENTACION FOTOGRAFICA

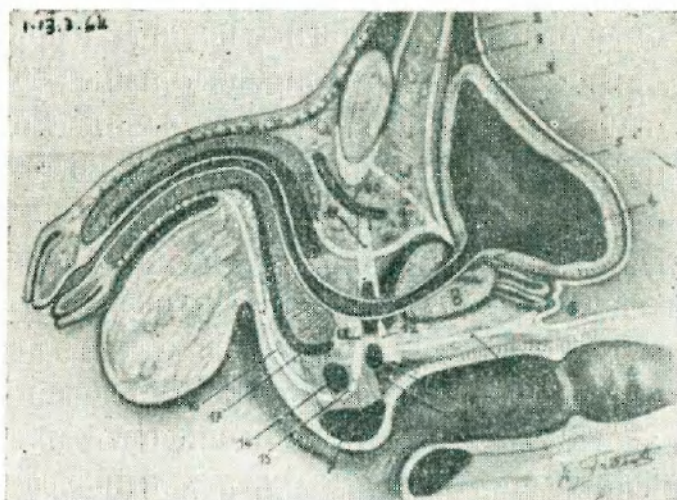


Fig. 1  
Lámina en la cual se ve la uretra posterior, prostática y membranosa, la primera con sus porciones supramontanal, montanal e inframontanal, Uretra anterior bulbar y penecana.



Fig. 2

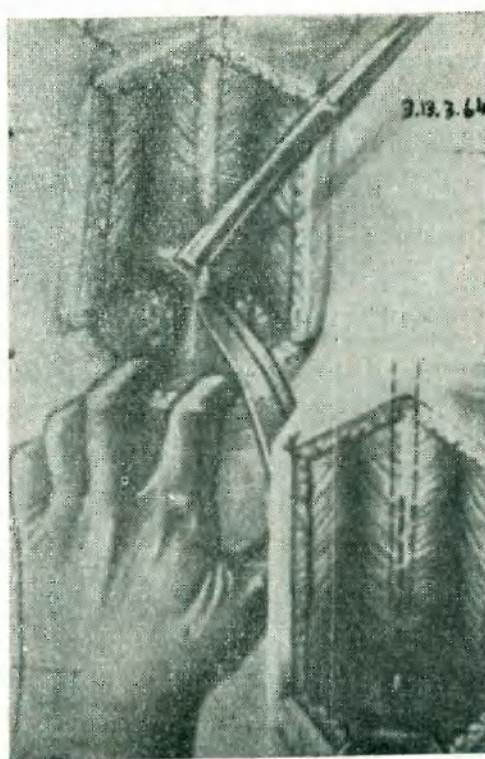


Fig. 3



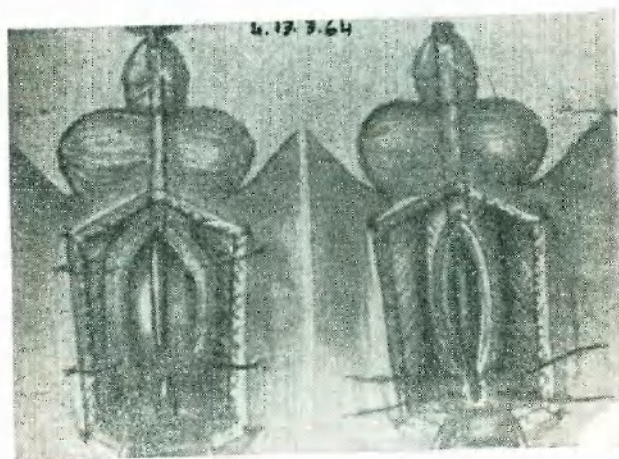


Fig. 4

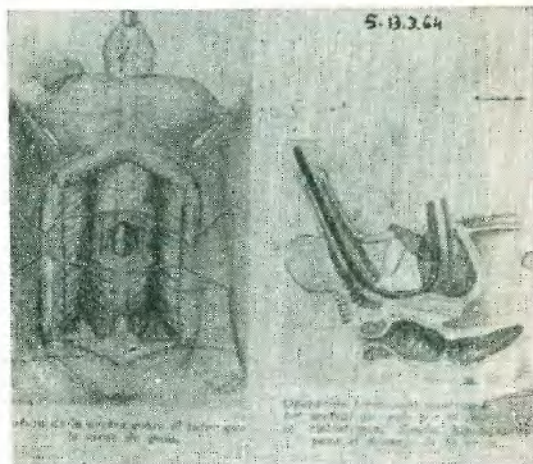


Fig. 5

Tiempos de la técnica operatoria que hemos seguido. Según descripción de Sabadini.



Fig. 6

C. 1. - Falsa vía



Fig. 7

C. 1. - Resultado dilatación y corticoesteroides.



Fig. 8

C. 2. - "Decalage Uretral". Traumatismo quirúrgico.



Fig. 9  
C. 2. - Fístula uretropermeal.



Fig. 10  
C. 2. - Resultado final cirugía y corticosteroides.



Fig. 11  
C. 3. - Destrucción uretra 5 cm. post-quirúrgica.



Fig. 12  
C. 3. - Resultado final tratamiento quirúrgico y biológico.

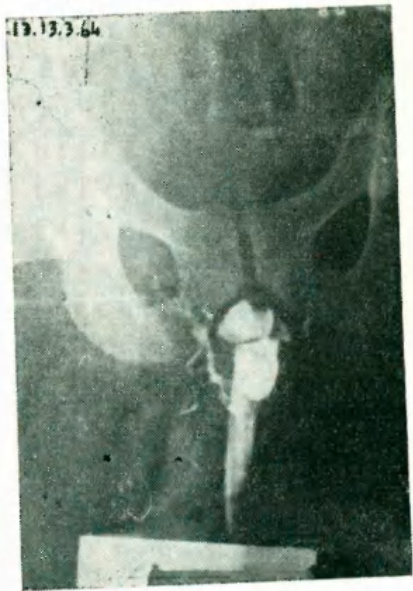


Fig. 13  
C. 4. - Destrucción de 4 cm. de uretra por fractura del pubis.





Fig. 14

C. 4. - Uretrografía oblicua, se ve la sección uretral y hematoma que comprime la uretra por encima de la sección.



Fig. 15

C. 4. - Uretrografía obtenida 3 meses después de operación. Se observa uretra de amplio calibre, de frente.

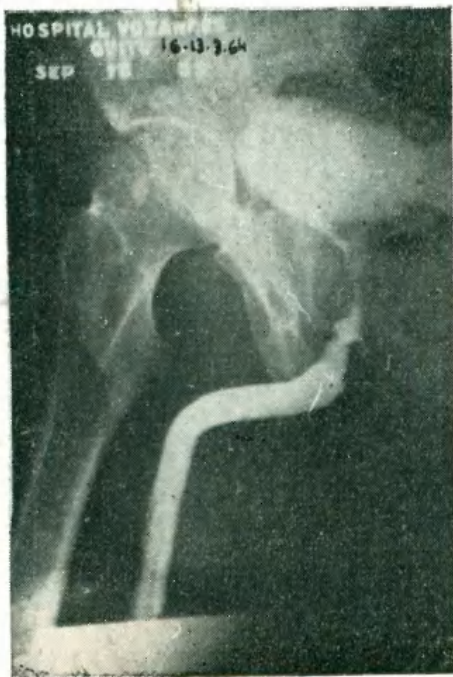


Fig. 16

C. 4. - Uretrografía en oblicua 3 meses después de la operación.



Fig. 17

C. 4. - Uretrografía en oblicua 1 año después de operado y tratado con triamcinolona.



Fig. 18

C. 5. - Fractura de pubis por caída de un árbol sobre la pelvis.



Fig. 19

C. 5. - Destrucción uretral y fistula uretorrectal.



Fig. 20

C. 5. - Se ve buena reconstrucción uretral.



Fig. 21

C. 5. - Se observa estrechez uretral post-quirúrgica pero es elástica porque no obstaculiza la micción y pasa un beniqué N° 48.





Fig. 22

C. 5. - Uretrografía de frente 7 meses después de operado y tratado con triamcinolona.



Fig. 23

C. 5. - Uretrografía en posición oblicua 7 meses después de operado.



Fig. 24

C. Nº 5. - Radiografía obtenida 3 años y medio después de la operación. Micciones normales.

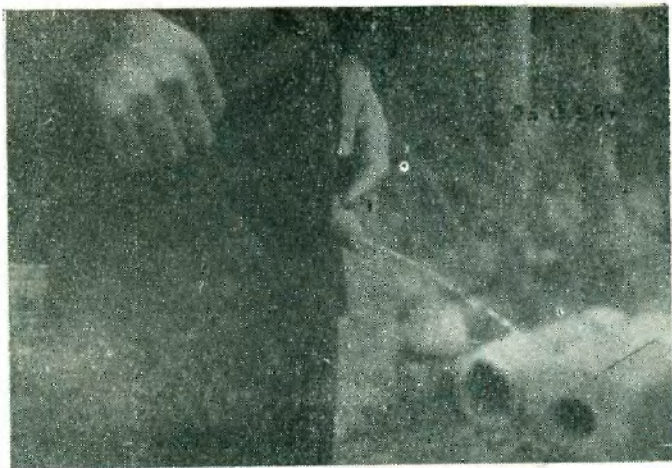


Fig. 25

C. Nº 5. - Micción normal 3 años y medio después de operado.



Fig. 26

C. 6. - Uretrografía. Se observa la estrechez uretral y la fístula uretrorectal. Trayecto transversal que une la uretra con el recto. En recto hay una sonda ureteral opaca.

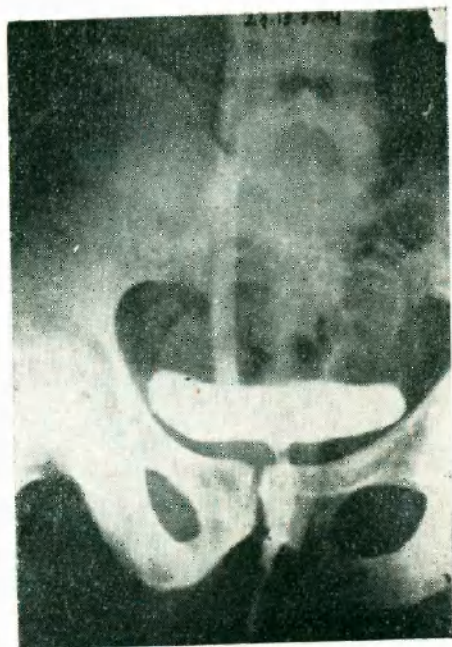


Fig. 27

C. 6. - Uretrografía en post-operatorio inmediato; se ve que ha cicatrizado la fístula uretrorectal.





Fig. 28

C. 6. - En posición oblicua se ve la buena reconstrucción uretral.



Fig. 29

C. 6. - Urografia intravenosa. No se observa alteración de las vías excretoras superiores.

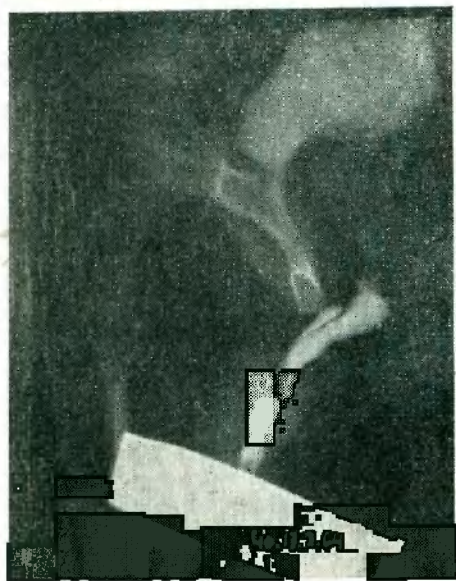


Fig. 30

C. 7. - Reproducción de la estrechez uretral después de la uretroplastia con la técnica de Johanson.



Fig. 31

C. 7. - Nueva reproducción de la estrechez después de otra de las intervenciones.





Fig. 32

C. 7. - Uretrografía miccional antes de que tuviera retención completa de orina; se ve dilatación uretral por encima de la estrechez. Urografía intravenosa.

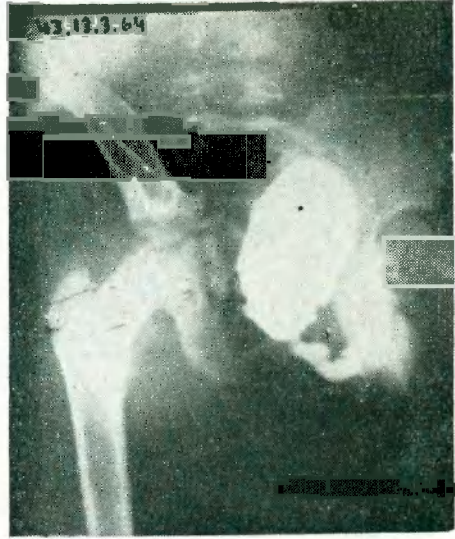


Fig. 33

C. 7. - Uretrografía miccional después de la última operación; la uretra se ha normalizado.



Fig. 34

C. 7. - Gran distensión vesical por el contraste de la urografía intravenosa. Uretrografía retrógrada estrechez uretral grave.



Fig. 35

C. 7. - Dilatación uretral por obstáculo mecánico bajo.

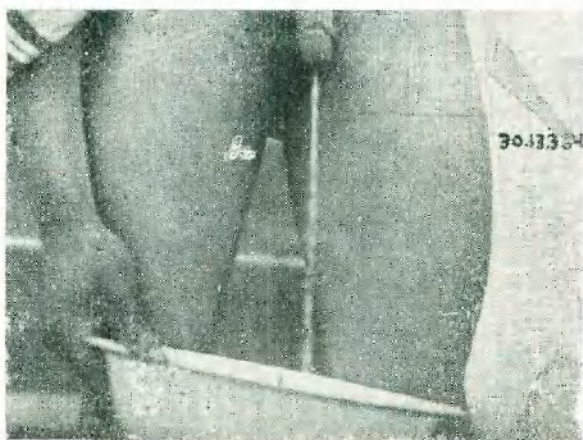


Fig. 36

C. Nº 7. - El niño tiene micción normal. Dos años después de la última operación. Se hizo inyección de triamcinolona en la cicatriz uretral. Triamcinolona oral.



Fig. 37

C. 7. - Bujía dilatadora Nº 12 colocada en uretra. 2 años después de la última operación.



Fig. 38

C. 7. - Urografía endovenosa después de la última operación; los ureteres se han normalizado.



Fig. 39

C. 8. - Fractura de pubis Tutor uretral.





Fig. 40  
C. 8. - Fractura de fémur.

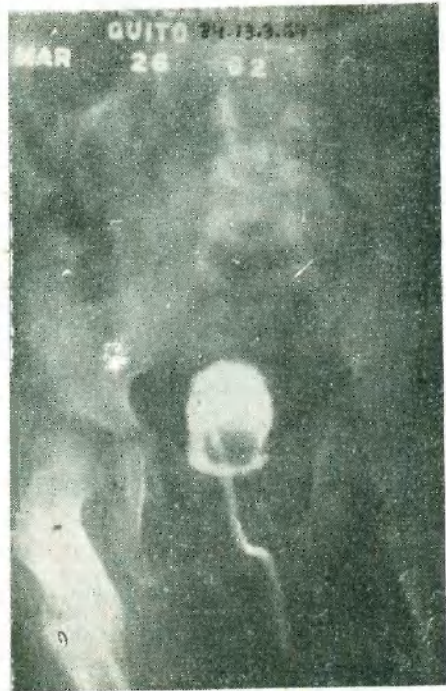


Fig. 41  
C. 8. - Después de 6 semanas de operado pasa con facilidad sonda de Foley Nº 12.



Fig. 42  
C. 8. - Uretrografía retrógrada. Se observa la continuidad uretral con buen eje.



Fig. 43  
C. 8. - Bujía dilatadora colocada en uretra 15 meses después de operado.



Fig. 44

C. 8. - Niño con micción normal 15 meses después de ser operado.



Fig. 45

C. 9. - Cálculo enclavado en uretra prostática.



Fig. 46

C. 9. - Gran uronefrosis bilateral por obstáculo mecánico bajo.

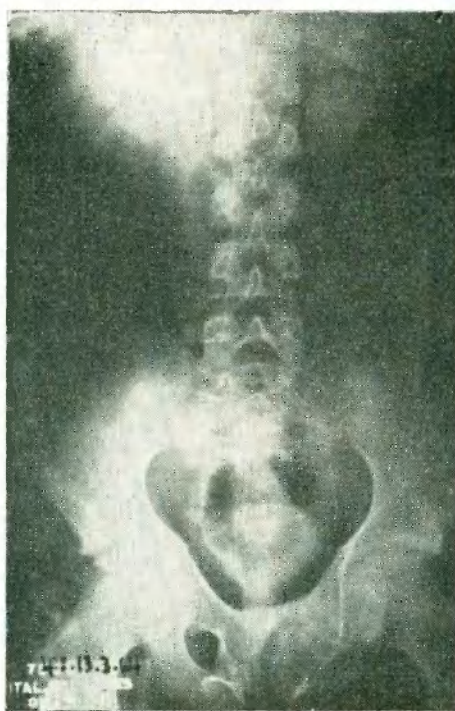


Fig. 47

C. 9. - 6 horas después de inyectado el contraste se ve la gran dilatación de los ureteres y pelvis renal.





Fig. 48

C. 9. - Uretrografía retrógrada; se ve el cálculo de la uretra prostática y la destrucción uretral.



Fig. 49

C. 9. - Uretrografía en posición oblicua: se observa la falta de continuidad uretral.



Fig. 50

C. 9. - Uretrografía 8 semanas después de la operación; se ve triamcinoloma inyectada en la cicatriz.

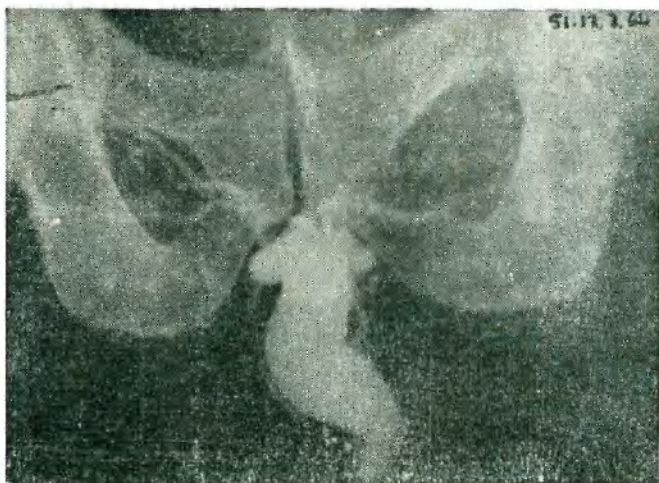


Fig. 51

C. 10. - Traumatismo uretral grave por sondaje. Estrechez uretral infranqueable. Reflujo venoso.



Fig. 52

C. 10. - Uretrografía de frente. Se ve buena reconstrucción uretral. Cavidad de la celda prostática.

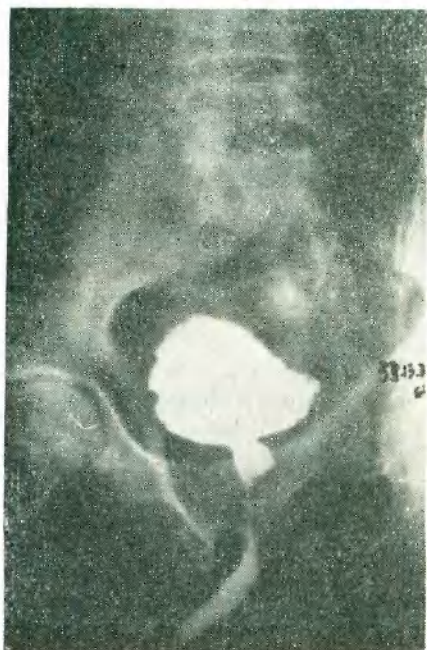


Fig. 53

C. 10. - Uretrografía oblicua. No se ve anomalía uretral.



Fig. 54

C. 10. - Uretrografía miccional: Se observa restitución fisiológica de la uretra.