

## TRAUMATISMO DE URETRA

Dres. Juan Carlos Speranza y Armando Juan Montalto.

Es condición indispensable para comprender y poder tratar adecuadamente los traumatismos de la uretra, conocer su disposición anatómica; aunque no pensamos profundizar en este punto porque consideramos que las características anatómicas de la uretra son por todos conocidas. Solamente y a manera de recordatorio debemos mencionar que anatómicamente la uretra se divide en posterior y anterior; de la primera diremos que es esencialmente pelviana, nace en el cuello vesical y halla su terminación cuando alcanza la oponeurosis perineal media, se considera en la misma dos porciones: prostática y membranosa, midiendo la primera de 3 a 4 cms y la segunda de 1,5 a 2 cms.

De la uretra superficial o anterior, diremos que está constituida por dos partes, una fija o perineal y la otra móvil o peneana.

Es el estudio anatómico el que permite algunas consideraciones sobre la patología uretral.

Los traumatismos de la uretra superficial y profunda son fundamentalmente diferentes, especialmente en su etiopatogenia, y no debemos olvidar la infección que es tributaria en gran parte de la existencia de las glándulas periuretrales; dicha infección modifica la mayoría de las veces la estructura de los tejidos uretrales, lo que suele complicar aún más la evolución de estos pacientes.

Cuando hablamos de traumatismos de uretra, invariablemente debemos dividirlos en dos grupos: ruptura de uretra anterior, peneana o perineo-bulbar y rupturas de uretra posterior (membranosa y prostática).

Los del primer grupo son fácilmente abordables; consecutivos a traumatismos frecuentemente poco importantes y que se exteriorizan por signos perineales precisos.

En oposición, los traumatismos de la uretra posterior son profundos y de difícil abordaje. El traumatismo que provoca estas rupturas es más importante, y con mucha frecuencia va acompañado de lesiones óseas pelvianas.

Pero no obstante esta división, existen puntos en común que debemos recordar.

La lesión no tratada evoluciona hacia dos complicaciones: inmediatamente la infección, tardíamente la estenosis.

Esta similitud evolutiva tiene por corolario una similitud terapéutica.

Si la técnica difiere según la localización anatómica, la táctica operatoria debe ser conducida de la misma manera; porque la sola constatación de una ruptura de uretra impone el tratamiento inmediato, previa la práctica casi sistemática de la uretrografía post-traumática precoz.

Refiriéndonos clínicamente a las rupturas de la uretra anterior, nos encontramos frente a un paciente que después de un golpe, generalmente caída a hojarasca, comienza con uretrorragia más o menos importante y en el cual la retención de orina se instala más o menos frecuentemente; esta última puede ser definitiva o cesar ante los esfuerzos miccionales del paciente, haciendo cometer a muchos el error de pensar en una ruptura parical y dejar librado el episodio a su resolución espontánea. En las horas siguientes puede aparecer la tumoración equimótica perineal. Pero a pesar de todos estos elementos de evidencia seguimos sosteniendo y preconizando la uretrografía sistemática. En cuanto a las rupturas de la uretra posterior, contamos con dos localizaciones. En la uretra membranosa se apoyan en tres características: primero traumatismo importante, segundo se acompañan habitualmente de fractura de pelvis y tercero se instala inmediatamente la retención de orina, en suma estamos en presencia de un foco contuso, profundo, importante, hemático, pero también de un foco óseo en contacto con la so-

## TRAUMATISMO DE URETRA

lución de continuidad uretral, que al decir de Sabadini "Foco séptico siempre, que es necesario no olvidar".

Debemos citar aquí las lesiones vesicales que suelen dar sintomatología parecida pero en la cual un elemento importante nos guía: el hipogastrio no abomba, es decir no existe globo vesical.

Insistimos también aquí en la realización de la uretrocistografía que además permitirá diferenciar las rupturas uretromembranosas y vesicales.

Con referencia al tratamiento, desgraciadamente no existe en forma generalizada ninguna directiva neta, esquemática, al contrario reina la confusión.

Trataremos de dar una orientación basados en nuestra experiencia y en la de otros autores.

En las rupturas perineo-bulbares el paciente puede orinar o estar en retención, puede presentar un hematoma perineal mínimo o importante.

Basándonos en lo dicho, Sabadini preconiza la abstención o la apertura del periné con abocamiento a la piel de los dos cabos uretrales en caño de fusil.

Nosotros preconizamos con cistostomía previa y enfermo colocado en posición de talla perineal, apertura y limpieza del foco, cateterismo retrógrado y anterógrado y pasaje de sínfin a remolque.

Para la uretra membranosa, la cistostomía debe ser de urgencia, el interrogante se plantea en cuanto a la oportunidad tardía o precóz de la reparación uretral.

A nuestro juicio la reparación inmediata de la uretra parece ser la táctica más razonable y los resultados prácticos afirma su valor.

El último punto a dilucidar es la técnica quirúrgica. Se impone aquí la concepción de reparación uretral sobre un tutor que juega efectivamente el papel de modelador y calibrará espontáneamente la uretra, procurando la continuidad de la misma, que es lo más importante.

Por último queremos puntualizar que llama poderosamente la atención el reducido número de enfermos que llegan a los servicios de urología con traumatismos uretrales para su tratamiento inmediato, que si bien no creemos sea su panacea dado lo engorroso de esta afección, procurará si la continuidad de la uretra facilitando así los cateterismos dilatadores ulteriores.