

MIGRACION DE PROYECTIL DENTRO DEL URETER

(OBSTRUCCION URETERAL POR HERIDA DE BALA)

Dres. NESTOR SANTUCHO * y ALFREDO BACHA

En la literatura es descripta como rareza la lesión única de vía urinaria alta en las heridas traumáticas por arma blanca y de fuego. Por tal motivo nos vemos abocados a la presentación de este caso, al que se une a la lesión única de la vía urinaria alta, la obstrucción ureteral por migración del proyectil.

Enferma B. P., de 16 años de edad, soltera. El día 19/3/69, por intento de suicidio, se provoca con arma de fuego calibre 22 una herida penetrante de abdomen con orificio de entrada únicamente, a la derecha de la línea media, y a mitad de la distancia xifoumbilical. Es traída a la consulta en cuadro de shock, pálida, fría, sin pulso y con tensión arterial de 6 mm. de máxima y sin conocimiento. Se transfunde inmediatamente 500 cm³ de sangre con lo que comienza a normalizar la tensión. Al examen el abdomen es blando y duele a la descompresión. Con diagnóstico de hemorragia interna se opera. Cirujano Dr. A. Bacha; ayudante doctor P. Fermanelli; anestesista Dr. E. Brugna. Incisión mediana supraumbilical. Abierto peritoneo se halla sangre en cantidad de 150 cm³ aproximadamente; se observa orificio en ligamento gastrohepático, sin interesar vía biliar ni tracto gastrointestinal. Se procede a explorar transcavidad, previa apertura del ligamento gastrocólico, permitiendo observar que la dirección del proyectil es a la izquierda rozando, pero sin lesión, del borde superior del páncreas y por delante de la aorta. Entra e inmediatamente vuelve a salir de la cavidad abdominal para penetrar en la región lumbar donde se observa discreto hematoma. Se explora el riñón izquierdo por palpación únicamente, ya que el mismo se encuentra a 4 cms. del orificio de peritoneo posterior. A través del mismo y con maniobra digital e instrumental se intenta localizar la bala con resultado negativo.

Un tubo de drenaje es colocado en el orificio del peritoneo posterior, es reconstituido el ligamento gastrocólico y se procede al cierre. Al tercer día se hace radiografía de abdomen, frente y perfil observándose el proyectil ubicado en región lumbar izquierda. La evolución es buena siendo dada de alta a los seis días con su herida bien, y sin pérdidas a través del drenaje.

A los 20 días comienza con dolor lumbar izquierdo, temperatura de hasta 38°C y vómitos, cuadro que cede con antibióticos y antiespasmódicos. Como persiste el dolor lumbar se trata de ubicar el mismo radiológicamente, y con sorpresa se halla la bala proyectada en pelvis menor. Se realiza pielografía descendente, reforzada, observándose buena eliminación derecha y dilataciones pielocaliciales izquierdas. Se completa estudio con cistoscopia y cateterismo ureteral izquierdo, pasando el catéter fácilmente a través del meato ureteral, pero hallando un "stop" infranqueable a 4 cms. del mismo. El intento de pielografía ascendente fracasa por desplazamiento del catéter. Con el conjunto de estos elementos se hace el diagnóstico de obstrucción ureteral por proyectil enclavado en la luz del uréter pelviano y cuya penetración en la vía urinaria habría ocurrido a través de pelvis renal, y se decide la intervención quirúrgica: operación el 6/5/69. Cirujano Dr. N. Santucho. Avudantes Dres. A. Bacha y J. Zamparutti, anestesista Dr. E. Brugna. Incisión infraumbilical para-

* Saavedra 1160, Muñiz, Prov. Bs. As.

mediana transrectal izquierda y extraperitoneal, se llega a uréter que se encuentra dilatado, es liberado y se localiza el proyectil a 3 cms. de vejiga, intraureteral. Ureterotomía sobre el mismo, que se extrae; se afrontan los bordes de la ureterotomía con dos puntos adventiciales de catgut. Drenaje del Bogros y cierre por planos. Evolución normal y sin filtración urinosa por el drenaje y cediendo el cuadro sintomatológico ya descrito. Control pielográfico al primero y al quinto mes de operada, constatándose recuperación funcional del riñón izquierdo y sin distensiones pielocaliciales.

Examen complementario de orina normal.

Revisando series importantes de casos de lesiones únicas de vías urinarias altas, de autores extranjeros y nacionales, no se ha descrito hasta ahora ningún caso similar de migración y lesión obstructiva por bala. Pig Yue y H. Johnson en el volumen 98 del Journal of Urology de 1967 exponen once casos de cuerpos extraños en riñón, de los cuales todos penetraron por vía transintestinal y ninguno de ellos migró. En la importante experiencia sobre heridas urológicas en la guerra de Vietnam, que agrupa 252 casos, las lesiones de riñón ocuparon el 31,3 % y las de uréter el 3,6 % y ninguno de los autores de dicho trabajo Dres. Salvatierra, Rigdon, Norris y Brady hacen mención de migración de un proyectil en las vías urinarias altas; dicha publicación figura en el volumen 101 de abril de 1969 del Journal of Urology. En la reciente publicación y puesta al día de herida aislada de uréter por arma de fuego, del Dr. E. Mallo, se revisan las estadísticas de Stickel y Howse (85 casos), de Stone y Jones (8 casos) y de Bottaro y Suparo (3 casos), y uno presentado por el autor. En dicho trabajo del 4 de agosto de 1969 presentado en la Sociedad Argentina de Cirujanos tampoco se hace mención de migración de un proyectil a la manera de un cálculo urinario.

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

- Pig Yue and H. Johnson*: Cuerpos extraños en riñón por acceso transintestinal Journal of Urology, vol. 98, pág. 72, 1967.
- O. Salvatierra, W. Rigdon, D. Norris, T. Brady*: Experiencia en 252 heridas urológicas de guerra en Vietnam. Journal of Urology, vol. 101, pág. 615, abril 1969.
- E. Mallo*: Herida aislada de uréter por bala. Sociedad Argentina de Cirujanos, agosto 1969, N° 15 pág. 343.