

Hospital Ramos Mejía; Serv. de Cirujía
del Profesor Doctor PEDRO CHUTRO

Por los Doctores

R. DE SURRA CANARD
y JORGE SAN MIGUEL

HERIDA POCO FRECUENTE DE VEJIGA

LA siguiente observación clínica tiene interés desde el punto de vista etiológico, por ser raros los traumatismos de esa viscera y en los cuales la lesión del órgano hueco, asienta en su cara posterior e inferior; y desde el punto de vista de la evolución del enfermo que fué muy favorable.

HISTORIA CLINICA

A. E. G., de 20 años de edad, peón de campo (Carmen de Areco), ingresa al Servicio del Profesor P. Chutro el 24 de enero de 1935, por haber sufrido ocho días antes un traumatismo durante su trabajo. El enfermo refiere lo siguiente: al bajar de una parva de lino, deslizándose por el costado, pisa inadvertidamente una horquilla clavada en el suelo y cae sentado sobre el cabo de aquel instrumento, penetrando el mango de madera en el ano hasta una cuarta. Dice que no hubo pérdida de sangre por el recto y ni trastornos en la micción que se instalan 48 horas después, siéndole absolutamente imposible orinar. Fué sondado en una oportunidad y como no mejorase, fué traído a esta Capital e internado en el H. Ramos Mejía, donde la Guardia le coloca una sonda rectal: hay que advertir que durante todo este tiempo el enfermo perdía su orina por el recto.

Internado en nuestra sala IX, lo vemos por la mañana con el siguiente:

Estado actual. — Sujeto joven, bien desarrollado, con facie ansiosa de intoxicado, pálido, con un tinte que recuerda los portadores de una infección de orina: temperatura de 38°. El examen clínico revela a nivel del abdomen inferior una pequeña contractura de ambos rectos, sin percibirse globo vesical a pesar de no haber orinado el enfermo desde su ingreso. El periné es normal y la región anal no presenta ningún signo de traumatismo.

El tacto rectal muestra una ampolla libre y a unos 7 cm. del esfínter, inmediatamente por encima de la próstata, se toca un orificio de un cm. y medio aproximadamente, orientado en el sentido transversal, que deja insinuarse el pulpejo del dedo índice y que da una sensación analoga a la que se percibe al palpar un cuello uterino de una múltipara.

Existe un proceso flegmonoso en toda la región vecina al orificio, el enfermo acusa dolor exquisito. El lóbulo derecho de la próstata está aumentado de tamaño y es doloroso.

Del examen de la uretra se comprueba que su segmento anterior y posterior conservan su integridad y su calibre. Con sonda Béquille se llega a la vejiga y se da salida a unos 600 c. c. de orina, de una purulencia extraordinaria.

Una cistoscopia muestra que es necesario lavar la cavidad vesical con gran cantidad de agua, para conseguir un medio algo transparente, a pesar del cual las paredes de la vejiga se visualizan muy mal; teniendo la impresión de que está vacía a pesar de haber introducido en ella unos 300 c. c. de agua. Lo poco que se ve, muestra una mucosa roja, congestiva, edematosa. No se puede afirmar por la endoscopia donde asienta la brecha vésico-rectal.

Se hace una rectoscopia y se encuentra a nivel del sitio indicado por el



tacto, el orificio de comunicación recto vesical ya descripto y por donde sale el contenido de la vejiga. El resto de la ampolla rectal está sana.

Se resuelve como primer medida dejar al enfermo con sonda permanente por la uretra y otra por el recto; al colocar esta última se vacía la ampolla rectal de la mayor parte del líquido introducido para la cistoscopia.

Se resuelve operar de urgencia, para dejar la vejiga en reposo haciendo un ojal hipogástrico de la manera habitual. Al abrir la vejiga, ésta da salida a gas fétido; la exploración digital percibe a 1 cm. por detrás del orificio uretral en pleno trigono la herida de 1½ cm. de extensión en el sentido transversal. Dejando un doble tubo de Perrier-Guyon se fija la vejiga a la pared con catgut y se cierran los planos de la manera habitual, cura en la piel.

El post-operatorio ha sido muy bueno, se ha lavado la vejiga dos veces por

día con Solución de Permanganato al 1×5000 . A los 14 días el tacto rectal casi no percibe la perforación. La orina es todavía purulenta y aun salen gases. Diez días más tarde, el tacto rectal muestra la herida completamente cicatrizada, con desaparición de todo signo inflamatorio. La orina es menos purulenta, y no salen gases por la vejiga. Se sustituye el tubo de Perrier-Guyón por una sonda de Pezzer acodada.

Al mes se coloca sonda permanente por uretra, dejando durante unos días el doble drenaje uretral y vesical. Veinte días más tarde la herida de la talla cicatrizada, sólo falta la piel.

El 9 de abril de 1935. Se saca una radiografía llenando la vejiga con 100 c. c. de líquido de contraste (Ioduro de Sodio 15 %). La radiografía sacada de perfil muestra un órgano normal.

Cistoscopia: orinas limpidas, retención nula, capacidad 150 c. c.: mucosa de la vejiga normal en su conjunto. La región del trigono tiene una pequeña deformación que consiste en una interrupción del saliente inter-ureteral. El borde inferior del cuello es algo saliente. Micción espontánea perfecta: herida suprapubiana, cicatrizada.

Rectoscopia: recto normal, la pared no permite señalar donde asentaba la herida traumática. Se extrae la sonda permanente. Orina por sus vías naturales y en cantidad normal.

Se da el alta curado.

La observación que presentamos cabe dentro de la clasificación de las heridas accidentales de vejiga por instrumentos contundentes, cuya vía de penetración ha sido el periné posterior a través del orificio anal. Desde el punto de vista anátomo-patológico se debe clasificar nuestro caso entre las heridas completas, porque ha sido interesada la pared vesical. Como herida producida por agente contundente, su forma era irregular y sus bordes contusos.

La herida de la vejiga por vía perineal es poco frecuente y la penetración del agente causal por el recto es más rara aún. Gerard dice "que en el hombre la penetración se hace de preferencia por el ano o su vecindad inmediata debido a que el ano es un orificio que ocupa el vértice de un embudo".

La lesión de la vejiga es casi siempre extraperitoneal ya que interesa su base o bien puede ser intraperitoneal a la vez si la herida de la base alcanza al fondo de saco peritoneal prerectal o, si el agente causal al continuar su recorrido hiere simultáneamente la cara posterior y el vértice de la vejiga.

Llamamos la atención sobre la falta de antecedentes desde el momento del accidente hasta la internación del enfermo, imposibles de obtener dada la escasa mentalidad del herido.

Desde el punto de vista sintomatológico nuestro enfermo no ha tenido el cuadro agudo abdominal de los heridos intraperitoneales llamándole la atención principalmente los trastornos de la micción, cuyos detalles no conocemos. Debemos destacar la tolerancia de la lesión en este enfermo afectado de un traumatismo importante, que a los 8 días del accidente recién recibe atención médica.

Cabe destacar el hecho de la rapidez con que ha cerrado esta herida que puso en comunicación dos vísceras huecas, siendo una de ellas de un gran contenido séptico y por el hecho conocido de no haberse producido una fístula ya que es habitual que dos mucosas puestas en contacto tienden a labiarse.

En cuanto a la conducta a seguir creemos que la talla es lo único que debe hacerse en casos análogos al nuestro.