

## Recomendaciones para el manejo urológico del trauma pelviano y lesión del árbol urinario bajo

### Recommendations for the urological management of pelvic trauma and lesion of the low urinary arbor

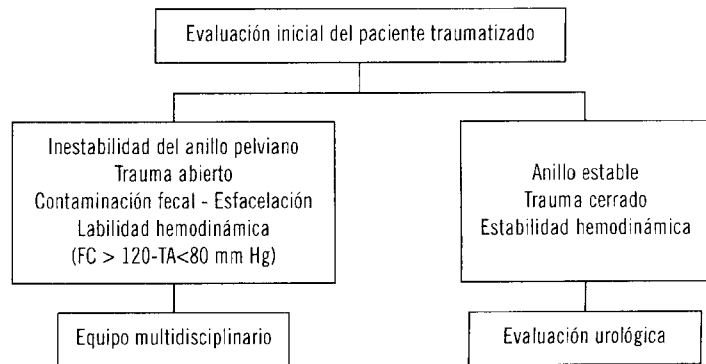
Dres. Barros D.  
Chéliz, G.M.J.<sup>1</sup>  
De Bonis W.  
García M.  
Giúdice C.  
Linares G.  
Mazza O.N.  
Virasoro R.

**Objetivo: Sugerir actitudes diagnósticas que permitan la toma de decisiones frente al paciente traumatizado pelviano con lesión del árbol urinario bajo**

#### 1. Evaluación Inicial

El trauma pelviano suele asociarse con absorción de gran cantidad de energía cinética por parte del paciente, por lo que la evaluación inicial debe centrarse en la determinación de prioridades en la atención y evaluar la o las especialidades que van a intervenir en el tratamiento. La resolución de la inestabilidad hemodinámica, la inestabilidad del anillo pelviano y la contaminación fecal con áreas de esfacelamiento importantes son prioritarias en la atención, por ende difieren en el tiempo y condicionan las consideraciones urológicas.

**Objetivo de la evaluación inicial: determinar prioridades en la atención y evaluar competencias del equipo interviniente**



#### 2. Objetivos de la evaluación urológica

- Evaluar la indemnidad/lesión de la uretra posterior
- Evaluar la indemnidad/lesión de la vejiga
- Evaluar la indemnidad/lesión del cuello vesical

#### Evaluación de la uretra posterior

El 5 a 10 % de los traumas pelvianos se asocian con lesión de uretra membranosa. La presencia de uretrorragia, infiltración escrotal con orina son orientadores al respecto, la ausencia de los mismos no descarta la presencia de una lesión, por lo tanto debe cer-

Subcomité de Cirugía reconstructiva  
<sup>1</sup> Coordinador del Subcomité,  
g.cheliz@intramed.net

tificarse la indemnidad o lesión de la uretra siempre que se pueda.

Se desaconseja la instrumentación "ciega" de la uretra membranosa como método para comprobar la permeabilidad de la misma. No hay bibliografía que avale en forma incuestionable la sutura primaria inmediata o temprana en presencia de una ruptura de uretra membranosa. La elevada incidencia de disfunción sexual eréctil y de incontinencia de orina postoperatorias son la consecuencia más probable de la sutura primaria en agudo por vía retropúbica.

Sin duda alguna la controversia en este punto es el realineamiento inmediato o temprano de la uretra lesionada vs. derivación de la orina y plástica diferida. Las ventajas y desventajas de cada una de las opciones son ;

	Realineamiento	Derivación / plástica diferida
Recurrencia	50%	97%
Complicación intraoperatoria	Sangrado del plexo de Santorini y periprostático <sup>1</sup>	Ninguna
DE <sup>2</sup>	19%	36%
IO	4%	5%

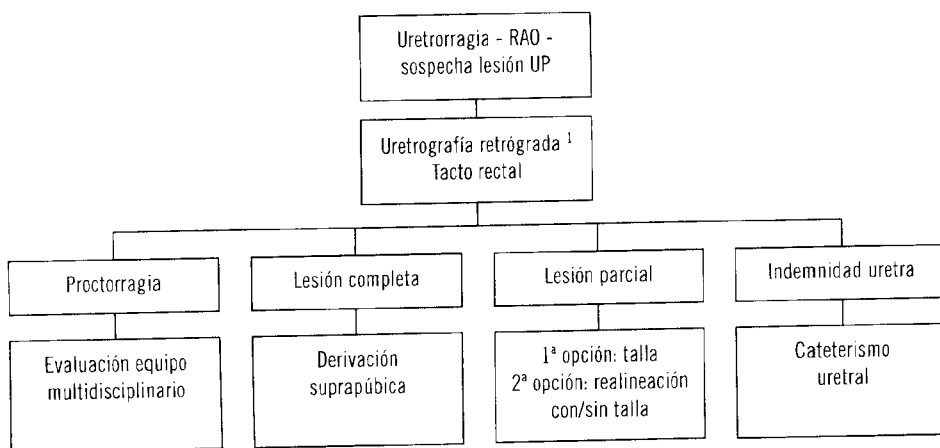
<sup>1</sup> Follis y Mc Dougal, 1992: publican una serie de realineamiento inmediato a cielo abierto con dos casos de transfusiones que llegaron a 24 y 25 U respectivamente

<sup>2</sup> Datos obtenidos de un metaanálisis de Koraitim sobre un total de 871 pacientes cuyos resultados fueron publicados entre 1953 y 1995, en pacientes que fueron realineados, suturados en forma inmediata y derivados con plástica diferida.

La decisión de realinear un paciente apunta a una menor incidencia de estenosis postoperatoria que la derivación y plástica diferida. El precio que debe pagarse es una mayor probabilidad de disfunción sexual eréctil postoperatoria y el riesgo de sangrado intraoperatorio durante el realineamiento, especialmente el que se realiza a cielo abierto.

No obstante, en referencia a la recurrencia, es de destacar que los trabajos que comunican sus resultados con realineamiento incluyen en su población un número importante de pacientes que fueron abordados con un simple cateterismo a ciegas y un seguimiento promedio muy bajo. Estas dos condiciones cuestionan seriamente el porcentaje de recurrencia que oscila alrededor del 50% en casos de realineamiento. Seguramente si se sacan aquellos pacientes que fueron cate-terizados sin dificultad como primer gesto (seguramente con lesiones parciales o mínimas), y aquéllos que tienen seguimientos breves otro sería el resultado de recurrencia en pacientes con realineamiento inmediato o temprano.

Si bien en muchas publicaciones se recomienda la realineación en lesiones completas de uretra, creemos por el contrario, que el mayor beneficio se obtendría permitiendo la reepitelización de una lesión parcial alrededor de un catéter. No existe evidencia médica que pruebe el beneficio del realineamiento en una lesión completa. Los propulsores del realineamiento en lesiones completas esperan que un catéter sin memoria mecánica y con escasa rigidez pueda realinear y aproximar los cabos uretrales a pesar de las tracciones secundarias a la retracción del callo fibroso y el anclaje de los órganos pelvianos a las paredes de la pelvis menor.



<sup>1</sup> La uretrografía retrógrada debe realizarse preferentemente bajo control radioscópico y por el urólogo.

## Evaluación vesical y del cuello vesical

La lesión vesical se observa principalmente en pacientes prepúberes en los cuales el desarrollo prostático es menor y la vejiga posee una porción "intraoperatoria" más extensa que en el adulto. En estos casos la lesión no sólo puede incluir la uretra membranosa, sino la prostática con extensión al cuello vesical. Es importante observar la indemnidad del cuello, ya que su lesión compromete seriamente la continencia postoperatoria del paciente. El sistema esfinteriano distal puede lesionarse o debilitarse como consecuencia del trauma y/o la plástica reparadora. La coexistencia de una lesión cervical deja al paciente sin mecanismo esfinteriano competente. La reparación transvesical del cuello es la conducta más adecuada para tratar de preservar la continencia en estos pacientes.

### ¿Qué hacer cuándo la consulta urológica es requerida en quirófano?

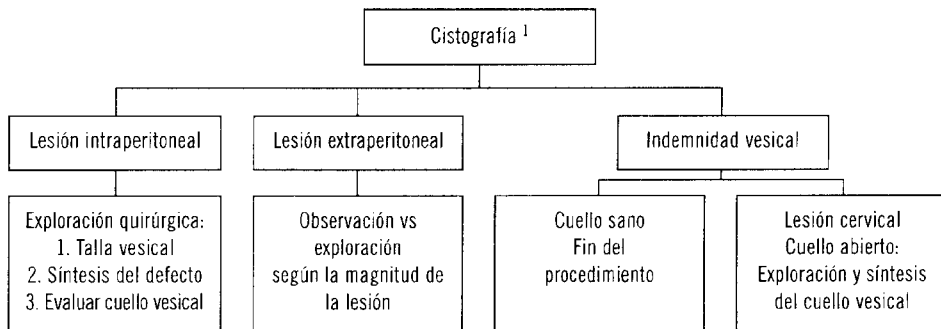
No es infrecuente que el urólogo sea consultado acerca del trauma pelviano con el paciente en quirófano.

En estos casos la ausencia de uretrorragia y la falta de infiltración urinosa o hemática perivesical permiten un intento de cateterismo uretral cuidadoso. Es fácil establecer la posición de la sonda en vejiga en forma palpatoria en cuyo caso finalizaría la intervención del urólogo.

La presencia de uretrorragia e infiltrado hemático o urinoso perivesical cambian el planteo, debiéndose asegurar: 1) derivación de la orina por talla, 2) certificación de la indemnidad cervical, sobre todo en niños y prepúberes, 3) síntesis de un defecto vesical intraoperatoria, 4) reparación, si es factible, de defectos vesicales extraoperatoria. Queda a criterio del urólogo interviniente la conveniencia u oportunidad de una realineación intraoperatoria.

### Indicaciones estrictas de exploración quirúrgica en agudo

1. Lesión de cúpula vesical con ruptura vesical a cavidad peritoneal
2. Lesión asociada de cuello vesical
3. Lesión extravascular importante.



<sup>1</sup> La cistouretrografía miccional debe realizarse preferentemente bajo control radioscópico y con 200 cc de líquido para evitar que se enmascare una lesión vesical. Por otro lado en el caso de que se haya realizado una talla por punción permite comprobar que el catéter está en vejiga y descartar que la orina que viene por el mismo no es producto de un uroperitoneo.

