

CONSIDERACIONES SOBRE 3 CASOS DE FLEGMÓN DIFUSO PERIURETERAL CURADOS

Por los Dres. R. BERNARDI, J. C. CHIOZZI y C. STEFANO

La circunstancia de intervenir 3 casos graves de flegmón difuso periuretral, tan raros en la actualidad, en menos de una semana y el excelente resultado obtenido en todos ellos nos lleva a presentarlos al seno de esta Sociedad, con el propósito, a la vez, de insistir en algunos interesantes conceptos sobre la patogenia y la terapéutica de esta afección.

El flegmón difuso periuretral, mal llamado infiltración de orina, es una afección cada vez menos frecuente debido al tratamiento más eficaz de la estrechez uretral, principal causa originaria; fuera de ella los traumatismos (accidental o quirúrgico), las infecciones por cuerpo extraño (cálculo, sonda, etc.) y las neoplasias pueden llegar a producirlo.

Es una inflamación séptica de rápida difusión, caracterizada por el esfacelo de los tejidos con ausencia de supuración; no existe infiltración de orina, bien demostrado por Albarran, pero sí *inoculación* de los tejidos por la orina séptica; la extravasación o infiltración de orina por ruptura extraperitoneal de la vejiga con o sin infección consecutiva y el flegmón del espacio de Retzius son 2 afecciones que por sus características disímiles podrían servir de ejemplo para diferenciar ambos procesos periuretrales, siempre que el apretado tejido uretral permitiese el paso de la orina a través de ellos según el dicho antiguo de que "el enfermo orina en su periné". Contrariamente, pues, a lo que ocurre con el tejido perivesical, en la periuretra solamente existe el flegmón y no la infiltración o extravasación urinaria.

La infección de la periuretra puede hacerse directamente a través de las paredes por infección de una glándula, por flebitis o linfangitis: El *colibacilio* y el *perfringens*, dominan como gérmenes productores del flegmón urinoso, debiendo destacarse, sin embargo, que la presencia de gas, reconocida por la

crepitación, no implica, necesariamente, la existencia de anaerobios, ya que algunos aerobios y hasta piógenos comunes como el estreptococo, el estafilo y el colibacilo puros o generalmente asociados pueden llegar a producirlo (Chavigny, Legros y Lecene). La asociación estreptococo-perfringens, es la que más comúnmente produce flegmones gaseosos en el organismo, en general.

El gas se produce por la acción *proteolítica* de esos gérmenes sobre los tejidos, descomponiéndolos en albumosas, peptonas y amino-ácidos, con desprendimiento de hidrógeno sulfurado, ácido carbónico; y por la *fermentación* de los hidratos de carbono con producción, a su vez, de ácidos volátiles, butírico y acético.

En cuanto a la *patogenia*, se admite en la actualidad, la *teoría infecciosa*, en oposición a la hidrostática o mecánica, sostenida exclusivamente, hasta hace unos años.

Sin embargo, en un interesante trabajo publicado por Finestone en Surgery, Gynecology and Obstetrics —Vol. 73 - pág. 218—, por experiencias en cadáveres, mediante inyecciones en los tejidos periuretrales con solución de yoduro de sodio al 10 %, en dosis crecientes (3-50-150-250-350 y 450 c. c.) demuestra el valor que la presión tiene en la difusión local y general del proceso, por vehiculización del trombo infeccioso; vale decir, que auna ambas teorías: la infecciosa o principal, con la hidrostática o secundaria. Es por ello, que aconseja la *talla sistemática* en el tratamiento de los flegmones urinosos, con el propósito de evitar el movimiento de los músculos bulbocavernosos, isquiocavernosos y esfínter estriado y la vehiculización del trombo infeccioso.

Sobre este doble concepto, *infeccioso e hidrostático*, de la patogenia del flegmón urinoso aceptado últimamente, queremos insistir, porque en el II° Congreso Americano y I° Argentino de Urología, varios urólogos se pronunciaron abiertamente en contra de la talla hipogástrica en el tratamiento complementario del flegmón urinoso, (Lins, Coutts, Corvalan, Montenegro, etc.), a raíz de 8 observaciones exitosas presentadas por el Dr. Alejandro Dávalos y en las que había practicado la cistostomía complementaria.

De acuerdo a nuestro modesto sentir y experiencia, consideramos que la talla hipogástrica del tipo económico, debe ser practicada sistemáticamente en todo proceso *flegmonoso* de la periuretra: 1° porque al tratarse, en su mayoría, de antiguos obstruidos, la derivación urinaria mejora la dinámica y la función de todo el sistema con el consiguiente beneficio general, de enfermos gravemente intoxicados; y 2° porque al poner en reposo a la uretra evita la displaceración de los tejidos enfermos y la difusión del trombo infecciosos facilitando así, la reparación ulterior.

En cuanto al *pronóstico*, ha variado fundamentalmente en los últimos tiempos, por la incorporación de las sulfamidias. Sin embargo, ante la posibi-

lidad de la existencia de anaerobios por la profunda intoxicación del enfermo, la crepitación, a veces, y la placa de mortificación tisular, debe emplearse el suero antigangrenoso en altas dosis y precozmente (subcutáneo y endovenoso) por haberse demostrado, según experiencias de Erb, en pichones, que la sulfamida es incapaz de reemplazar al suero antigangrenoso, en ese tipo de infección.

Atribuídos el éxito obtenido en nuestros 3 casos al empleo oportuno de esos cuatro elementos:

- 1º la talla hipogástrica derivativa.
- 2º la incisión amplia y precoz del foco.
- 3º el empleo de la sulfamida (local y general), con altas dosis de suero glucosado hipertónico.
- 4º el suero antigangrenoso, *endovenoso*, hasta 4 ampollas diarias, en uno de ellos, disuelto en suero fisiológico.

HISTORIAS CLINICAS

J. M. — 64 años, argentino, soltero.

Diagnóstico: Adenoma de próstata.

Antecedentes personales: Hemorragia en su juventud.

Operación: Prostatectomía en 2 tiempos. El segundo tiempo se efectúa el 19-VIII-43.

Reingresa el 16-IX-43. Manifiesta el enfermo que, a los pocos días de ser dado de alta y cuando aún tenía colocada su sonda permanente, comienza a notar una tumefacción dolorosa de sus bolsos y gran molestia en la región perineal. Al comprimir su uretra salía regular cantidad de pus. Visto por nosotros, se constata la presencia de una tumoración fluctuante en la región perineo-escrotal, con una placa de esfacelo en la parte central de la misma. Enfermo febril con mal estado general y obnubilación. Se diagnostica *flemón difuso periuretral* y se interviene el 17-IX-43.

Operación: Anestesia local con novocaína al 2%. Se amplía su fístula hipogástrica y se coloca una sonda de Pezzer.

Incisión amplia, siguiendo la línea media desde la raíz del pene hasta un centímetro por delante del ano. Se extirpa gran cantidad de tejidos esfacelados, llegándose en profundidad hasta la uretra que es ampliamente aislada. La gran cavidad así constituida se tapona con gasa y sulfamida local.

Post-operatorio: Hidratación por todas las vías, suero antigangrenoso (endovenoso diluido en suero fisiológico), sulfatiazol por boca.

Estado general satisfactorio. Días después la herida está granulando perfectamente y el enfermo se encuentra en buenas condiciones.

2º: 18-IX-43.

L. T. — 54 años, italiano, soltero.

Antecedentes personales: Hemorragia a los 19 años que curó insuficientemente con tratamiento médico.

Enfermedad actual: Comienza hace 15 días con una pequeña tumefacción perineal dolorosa que se abrió espontáneamente dando salida a regular cantidad de pus. Esta tumefacción lejos

de mejorar, con su drenaje espontáneo, se fué extendiendo hacia adelante, tomando raíz del pene y bolsas, con gran edema.

Estado actual: Enfermo febril, con grave estado tóxico y marcada obnubilación.

Diagnóstico: *Flemón difuso periuretral.* Resolvimos intervenirlo de urgencia.

Operación: *Anestesia raquídea.* Talla hipogástrica. Se constata una vejiga muy distendida, 500 c.c. de orina, con paredes muy adelgazadas; se coloca sonda de Pezzer acodada; cierre por planos. Se hace, a continuación, una amplia incisión desde la raíz del pene hasta la región perineal, dando salida a gran cantidad de serosidad fétida y tejidos esfacelados que se resecan ampliamente y la gran cavidad formada se espolvorea con sulfanilamida y gasa.

Post-operatorio: Suero antigangrenoso, sulfatiazol por boca, suero glucosado hipertónico, suero fisiológico, etc. Al otro día el estado general es muy bueno; estando el enfermo apirético. La herida granula en buenas condiciones, siendo dado de alta a los 22 días, curado.

3ª: 16-IX-43.

Antecedentes personales: Blenorragia en su juventud que no trató (estrechez).

Enfermedad actual: Desde hace 4 años, dificultad en sus micciones; disuria de tipo total con chorro fino. Se le diagnostica *estrechez uretral* y se le instituye el tratamiento ordinario. Tiempo después de terminado el mismo reaparece la sintomatología anterior.

Estado actual: Ingresa a nuestro servicio con mal estado general. Se constata gran tumorción en región perineo-escrotal y sobre la misma una placa de necrosis de 10 cm. de largo por 4 de ancho. Palpación dolorosa, crepitación, edema. Globo vesical.

Operación: *Talla hipogástrica.* Luego se hace una incisión suprapeneana que se prolonga por la cara lateral del mismo y se sigue contorneándolo hasta su cara ventral y desde aquí hasta el perineo siguiendo la línea media. Amplia debridación y resección de tejidos esfacelados. La extensa cavidad se espolvorea con sulfamilamida y se tapona con gasa simple.

Post-operatorio: Igual a los anteriores.