

ROTURAS DE LA URETRA.

REPARACION QUIRURGICA EN 2 OBSERVACIONES

Por los Dres. JUAN IRAZU y ALFONSO PUJOL

El motivo fundamental que nos indujo a comunicar la reparación quirúrgica de dos roturas de uretra, tiene sus fundamentos. En primer término documentar nuevas observaciones que se agregan a las presentadas por distinguidos miembros de esta sociedad. En segundo lugar, mantener latente el criterio quirúrgico actual tan escasamente difundido.

Sin entrar todavía en su consideración hemos creído interesante una puesta al día de la bibliografía nacional, donde se comprueban tan escasas publicaciones y numerosas citas. Desglosando los 12 trabajos consultados y las 3 comunicaciones originales publicadas en un período de 40 años, llegamos a las mismas conclusiones que R. L. Roccatagliata vertidas en su brillante tesis de Doctorado "Valor de la cistotomía en el tratamiento de las roturas de uretra" (41). Estas pueden sintetizarse en algunos párrafos que el autor menciona en su trabajo y que vamos a transcribir. Propone en el mismo, la necesidad de "exaltar el valor de la historia clínica, vigilar cuidadosamente su preparación, anotar en forma precisa la marcha de la enfermedad y obtener por cualquier medio el contacto periódico con el enfermo dado de alta". Hace resaltar el "desconcierto en la conducta médica frente a los casos de lesiones traumáticas de la uretra" y la "florida variedad de procedimientos terapéuticos utilizados". En lo que a éstos respecta cita los más insignificantes detalles por lo que creemos de alto valor su consulta.

A fin de ser más concisos hemos reunido el conjunto de las publicaciones en el siguiente cuadro (1): En el estudio del mismo vemos la síntesis anatomopatológica, terapéutica y evolución alejada de cada caso. Así: La edad menor de los traumatizados fué de 10 años (obs. 2), la mayor de 61 años (obs. 15). El traumatismo producido (7) veces por caídas (horcajadas en su mayor número), por aplastamiento (6) veces (vehículos, máquinas, etc.);

por contusión directa sobre la región (1), puntapiés, etc.), por falso paso del coito (1). La localización del traumatismo fué hecha de acuerdo a la sintomatología en la mayor parte de los casos. Actualmente el empleo de la uretrografía señala el sitio preciso de la lesión y complementa la interpretación anatomo-patológica.

La uretra bulbar fué la más lesionada por estar más expuesta en las caídas a horcajadas (8) veces; la uretra membranosa más expuesta en las fracturas de la pelvis por aplastamiento (4 veces); la uretra esponjosa (1) vez por falso paso del coito; la uretra posterior (1) vez. El sexo masculino ha sido el único afectado, no constando en nuestra bibliografía roturas de uretra en mujer.

La uretrografía con aceite yodado al 50 % como medio de diagnóstico fué empleada (5) veces. Esta es indispensable previa al tratamiento quirúrgico y como prueba médico legal de curación, después.

La sintomatología en los casos graves se manifiesta por la triada: hemouretorragia, hematoma perineal y retención. Los casos de mediana gravedad o leves suelen dar sintomatología frustra (obs. 2, 4, 8, 9).

El diagnóstico de la lesión anatomopatológica se hace por la sintomatología, pudiendo acontecer las siguientes eventualidades: 1º) Sólo existe uretrotorragia y pasadas algunas horas el paciente orina bien; en este caso la causa fué una rotura de la capa mucosa y vascular, envolturas interna y media de la uretra. 2º) Aparece de inmediato al traumatismo un hematoma perineal solamente; la contusión interesó las capas vascular, media y muscular externa respetando la mucosa, lo que deducimos por la falta de hemouretorragia. En ambos casos se aconseja el tratamiento expectante. 3º) Inmediatamente al trauma aparecen la hemouretorragia y el hematoma perineal, a los que se agrega algunas horas después la retención; ya en estos casos han sido interesadas las tres envolturas de la uretra por acción total completa o incompleta. De los casos publicados (5) fueron roturas parciales internas y externas completas, (10) fueron roturas completas totales. Entre los procedimientos terapéuticos el cateterismo en las roturas de uretra está formalmente contraindicado y debe ser repudiado aun en condiciones asépticas. El agrava casi siempre las lesiones existentes por la infección que puede agregar y va en contra de los principios de defensa natural de la retención, acto reflejo que impide el contacto de las orinas con el foco traumatizado. En las (10) observaciones en que se lo puso en práctica no fué posible evacuar la vejiga, teniendo que recurrir a la talla; en las (5) observaciones restantes no se lo efectuó de acuerdo a los principios modernos.

La punción vesical, tratamiento de urgencia, es en mucho preferible al

ROTURAS DE URETRA. Cuadro evolutivo de los casos publicados.

OBSERVACION	AÑO	EDAD	TRAUMATISMO	LOCALIZACION	SEXO	URETROGRAFIA	URETORRAGIA	HEMATOMA	RETENCION	DIAGNOSTICO	CATETERISMO	PUNCION VESICAL	CISTOSTOMIA	URETORR. INMEDIATA	URETORR. TABIDA	URETORR. SOBRE Sonda	SONDA PERMANENTE	DECONSTRUC. PEDINEAL	COMPLICACIONES	RESULTADOS
																				CUERACION
1	1903	13	CAIDA	U.P.	♂	-	+	+	+	RPC	+	+	-	+	-	-	-	-	FISTULA URETRA	9 1/2 M.
2	1908	10	CAIDA	UB.	♂	-	+	-	+	RPC	+	-	-	+	-	-	-	-	FISTULA URETRA	1 M.
3	1912	26	APLAST.	UM	♂	-	+	+	+	RTC	+	-	+	-	-	-	-	-	FRACT. PELVIS	25 D.
4	1925	27	COITO	UE	♂	-	+	+	-	RPC	+	-	-	-	-	-	-	-	-	8 D.
5	1925	23	CAIDA	UB	♂	-	+	+	+	RPC	+	-	+	-	-	-	+	-	-	20 D.
6	1928	29	APLAST.	UB	♂	-	+	+	+	RCT	+	-	-	-	-	-	-	+	FRACT. PELVIS	16 D.
7	1933	25	APLAST.	UM	♂	+	+	+	+	RPC	-	-	+	-	-	-	+	-	FRACT. PELVIS	-
8	1931	24	APLAST.	UB	♂	♂	+	-	+	RCT	-	-	+	-	-	-	-	-	FLESION PERIN.	-
9	1933	25	APLAST.	UM.	♂	♂	+	-	+	RCT	+	-	+	-	-	+	+	-	-	4 M.
10	1935	33	CAIDA	UB	♂	+	+	+	+	RCT	+	-	+	-	+	+	-	-	-	1 A.
11	1936	48	BUNTARE	UB	♂	♂	+	+	+	RCT.	-	-	+	-	+	+	-	-	FISTULA URETRA	20 D.
12	1937	11	APLAST.	UM	♂	♂	+	+	+	RCT	+	-	-	-	-	-	-	-	FRACT. PELVIS FISTULA	-
13	1939	45	CAIDA	UB.	♂	+	+	+	+	RCT	+	-	+	-	+	+	-	-	-	6 M.
14	1943	34	CAIDA	UB	♂	+	+	+	+	RCT	+	-	+	-	+	-	-	-	-	6 M.
15	1943	61	CAIDA	UB	♂	+	+	+	+	RCT	+	-	+	-	+	-	-	-	-	4 M.

* SE CITAN APROXIMADAMENTE 70 OBSERVACIONES

TRATAMIENTOS.

SINTOMAS

anterior y sólo realizable si no se está en un medio quirúrgico para hacer la derivación de las orinas; sólo se la mencionó en (1) observación.

La cistostomía hipogástrica fué practicada en (10) observaciones pero precedidas generalmente del cateterismo. Es el primer tratamiento a realizar cuando se establece la retención algunas horas después del traumatismo. La incisión del hematoma fué practicada (2) veces.

La uretrorrafia inmediata a la talla ha sido dejada de lado, pues fué al fracaso en los tres casos citados. La uretrorrafia tardía es la ideal y puede ser practicada 6 semanas como mínimo después del accidente, una vez reabsorbido el hematoma y curada la infección por eliminación de los tejidos mortificados. Esta intervención se llevó a cabo en (4) observaciones. La uretrorrafia sobre sonda permanente (4) veces.

La reconstrucción de la uretra sobre sonda permanente se realizó en (3) ocasiones. En cambio la reconstrucción de los planos perineales sobre sonda sólo (1) vez.

Entre las complicaciones se citan (3) fístulas uretrales; (4) fracturas de pelvis; (1) flemón perineal y fístula hipogástrica. La curación se obtuvo en todos los casos citados siendo la más breve la obs. (4), ocho días; y la más tardía a obs. (1), nueve meses y medio.

Daremos a continuación los detalles concernientes a las historias clínicas de nuestras dos observaciones.

Observación (1). — E. B., 34 años, peón de campo, procedente de Tandil. Se accidentó el 26 de Marzo de 1943 a las 16 horas, mientras domaba un caballo que entró a "bellaquear" y en uno de los saltos cayó sobre el animal, lesionándose el periné. Al "apearse", por el intenso dolor que le produjo el golpe a horcajadas observó que sus ropas estaban teñidas en sangre que se derramaba por el meato uretral. Ya en reposo le aparecen deseos de orinar con ardor; la hemouretorraxia había cedido pero poco después notó una tumoración perineal seguida de retención completa de orinas.

En estas circunstancias es trasladado a un Sanatorio donde estaba asegurado por su trabajo y se le practica una exploración inmediata y ante el fracaso del cateterismo se lo talla de urgencia. En estas condiciones, 13 días después examinamos al paciente, cuyo examen externo del aparato urinario sólo muestra: talla hipogástrica, orinas límpidas y en el periné una equimosis difusa en vías de reabsorción. También existía en el trayecto uretral, una tumoración indurada, irregular y dolorosa. Después de la 6ª semana del accidente, se explora la uretra, la que sólo permite el cateterismo con bujías filiformes.

Exámenes de laboratorio: Sangre: Urea 0,39 ‰, glucemia 1,02 ‰, orina normal. La uretrografía (1) de frente y perfil antes de ser operado muestra una estrechez infranqueable de la uretra perineobulbar.

Operación: El 10 de Septiembre de 1943 se lo interviene por el procedimiento clásico de Marión, cuyo primer tiempo de la cistostomía inmediata había sido realizado y procedimos

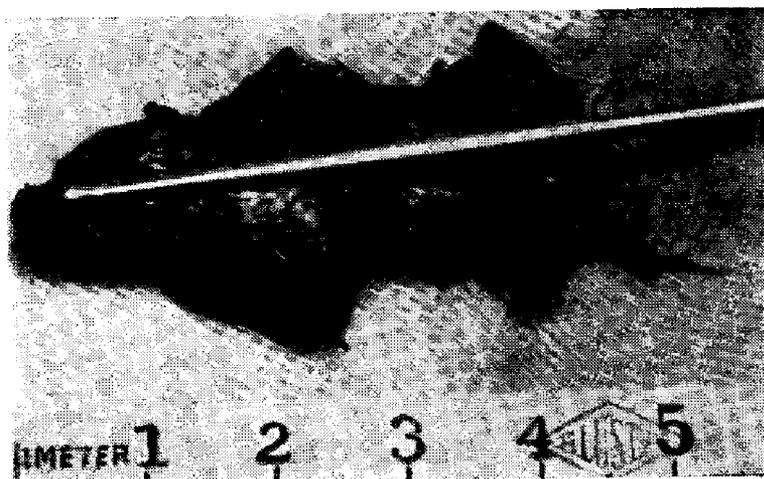


Figura 1



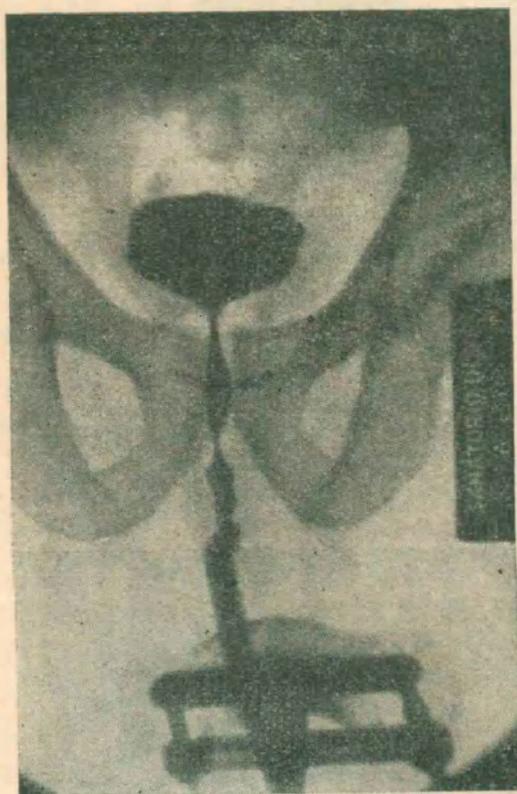
Obs. 1. — Uretrografía 1



Obs. 1. — Uretrografía 2

a la uretrectomía parcial y uretrorrafia tardía con excelente resultado; extirpándose un trozo de 4 cms. de uretra. El Post-operatorio sin incidencias fué el siguiente: Se retiró el drenaje de goma de guante del foco de sutura uretral al 2º día; los puntos cutáneos al 7º día, cateterizando la uretra con una sonda Nélaton calibre 12 lubricada con pomada de sulfatiazol. En la 3ª semana se comienzan las dilataciones manteniendo el drenaje hipogástrico y a la 6ª semana se retira éste colocándole sonda espiral de Poussón hasta su curación.

Las uretrorrafias (3) y (4) sacadas el 24-XI-43, en posición de frente y perfil muestran la perfecta restauración de la luz uretral.



Obs. 1. — Uretrografía 3



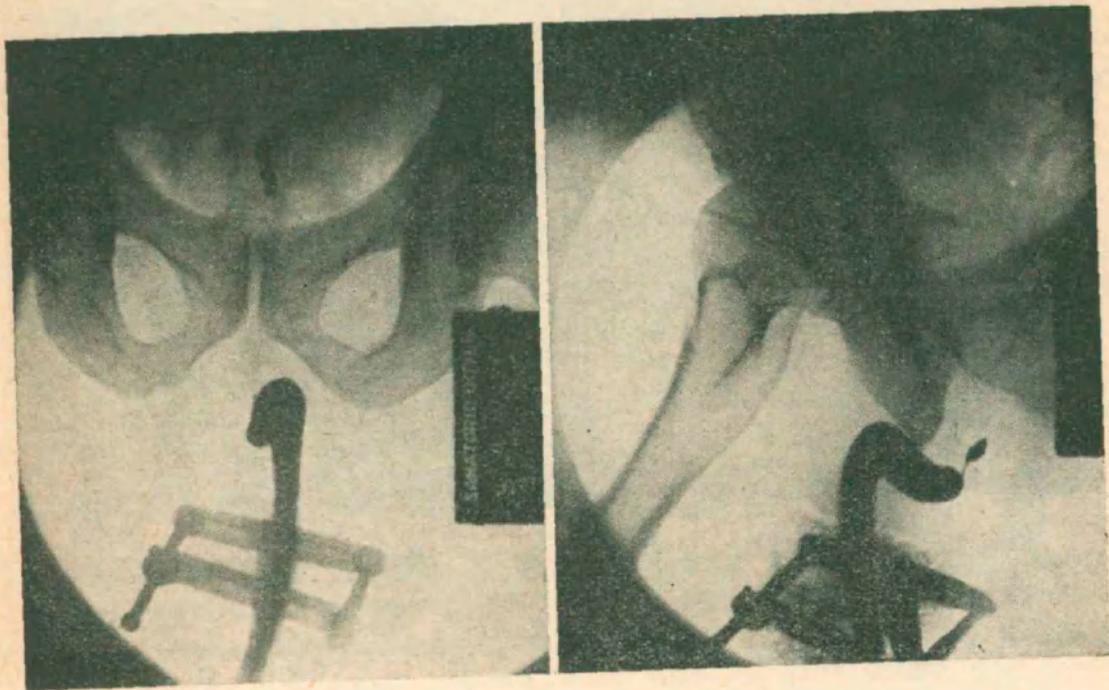
(bs. 1. — Uretrografía 4

Examen anatomopatológico macroscópico: Muestra un segmento estrecho de 4 cms. foto (1).

Observación (2). — L. V., 61 años, peón de campo, procedente de Sosa (E. Ríos). Se accidentó el 9 de Enero de 1943 a las 10 horas. Mientras sacaba agua con un balde rebotó cayendo a horcajadas sobre el borde de un tanque. De inmediato notó dolor del periné, ardor uretral y deseo de orinar, pero sólo pudo emitir unas gotas de sangre. Visto de urgencia por un colega, intentó cateterizarlo sin resultado, practicándole una talla de inmediato en el Hospital de Paraná. Como consecuencia del trauma le apareció en los días subsiguientes un enorme

hematoma que ocupaba todo el periné anterior extendiéndose hasta el ombligo. Este debió ser incidido por el estado febril en que el paciente se hallaba, consiguiéndose el drenaje completo en 8 días y curario totalmente a los 55 días. Se reinician las dilataciones con bujías y beniqués durante varios meses, "estropeándolo", según expresión del enfermo, quien decide ante tales fracasos, consultarnos. El 21 de junio de 1943 examinamos al paciente y el estado de su aparato urinario suministra los siguientes datos: Derivación hipogástrica insuficiente con sonda Nélaton. La piel del periné presenta cicatrices y está infiltrada y consistente, permitiendo palpar un grueso cordón irregular duro e indoloro a nivel de la porción perineo-bulbar de la uretra. El cateterismo uretral es infranqueable aún con bujías filiformes a nivel de la uretra bulbar.

Exámenes de laboratorio: Orinas: vestigios de albúmina. Sangre: Urea 0.38%. Glucemia 1.14%. Las uretrografías (1) y (2) de frente y perfil confirman dicha lesión.



Obs. 2. — Uretrografía 1

Obs. 2. — Uretrografía 2

Operación: Fué intervenido el 18 de Octubre de 1943, practicándosele también la uretrectomía parcial y uretrorrafia circular extirpando todo el tejido fibroso que comprendía la porción estrechada de 3 cms. El cabo proximal profundamente situado, fué necesario localizarlo con el cateterismo retrógrado.

El post-operatorio transcurre sin incidencias, el drenaje de goma de guante colocado en la vecindad de la sutura uretral se retira a las 48 horas; al 4º día por infección local de la herida operatoria, ésta se abre parcialmente, tratándola hasta su curación. Se retiran los puntos cutáneos a 17º día y se cateteriza la uretra con sonda Nélaton Nº 12 lubricada con sulfatiazol.

En la 2ª semana se comienzan las dilataciones y en la 3ª semana se coloca sonda permanente espiral de Pousson. Se retira el drenaje hipogástrico, curándose el enfermo a la 4ª semana.

Examen radiográfico: Las uretrografías Nos. (3) y (4) nos muestran en posición de frente y perfil la existencia de una amplia luz uretral y restos de sustancia opaca en una fístula ciega del periné, punto de origen de la infección mencionada.

Examen anatomopatológico macroscópico: El segmento extirpado mostraba un pequeño trozo de uretra con su luz totalmente tabicada rodeado de un extenso núcleo de fibrosis.



Obs. 2. — Uretrografía 3



Obs. 2. — Uretrografía 4

COMENTARIOS

Las consideraciones esenciales a que haremos referencia en nuestros casos se hacen extensivas a las publicaciones mencionadas.

En nuestras observaciones se hizo el diagnóstico desde el comienzo, pero en ambos casos la exploración inmediata fué el cateterismo uretral. Maniobra ésta que debe ser repudiada y que suponemos causó la grave infección del hematoma en la obs. (2). En cambio la retención fué tratada en momento oportuno por cistostomía hipogástrica con los consiguientes beneficios en ambos pacientes. La reparación uretral por uretrorrafia circular y sutura cabo a cabo, fué el procedimiento usado en ambos casos, pero después de haber transcurrido un período mayor de 6 semanas desde el accidente. Hacemos la impugnación sistemática de la sonda permanente desde el momento operatorio,

pues ella va en contra de las etapas del proceso de cicatrización trayendo como consecuencia la estrechez del conducto. Toda dilatación o sonda en permanencia para favorecer el cierre de la cistostomía hipogástrica no debe ser hecho antes de las seis semanas. Debemos confesar, como consta en nuestras historias clínicas, que nos hemos apresurado en algo a este tiempo de espera en el deseo de disminuir la permanencia y perjuicios en el trabajo de pacientes que estaban bajo el seguro. El tiempo dirá cuál es su evolución prometiendo que después de transcurrido un período prudencial volvamos a presentar estos enfermos ya curados.

SÍNTESIS

Los autores al considerar dos casos de rotura de uretra perineo-bulbar sintetizan los resultados de las publicaciones anteriores en la bibliografía nacional, por cierto escasos, y además de 70 citas aproximadamente. Llegan a la conclusión que el éxito obtenido en sus enfermos se debió al hecho de haber respetado los principios siguientes: 1º) Ante toda retención por rotura de uretra hacer cistostomía. 2º) Repudio de la exploración uretral inmediata. 3º) Drenaje del hematoma y aproximación de los cabos suturándolos a los tejidos periuretrales para impedir su acortamiento. 4º) Pasadas las seis semanas, uretrorrafia circular cabo a cabo con catgut crónico 00. 5º) Impugnación de la sonda permanente en el post-operatorio. 6º) Rechazo de la dilatación precoz, antes de la sexta semana.

BIBLIOGRAFIA

- Bolo P. B.* — Ruptura de la uretra por fractura de la pelvis. — Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1912, XX, 489.
- Bernardi Ricardo.* — Ruptura traumática de la uretra. Tesis de Doctorado en medicina. — Buenos Aires, 1936, 1 vol. La Prensa Médica Argentina, 1937, XXIV, 879, 905.
- Cravioto A. e Irazu J.* — Ruptura traumática completa de la uretra perineal. — Archivos Médicos del Hospital C. Argerich, 1938, 11, pág. 176.
- Grimaldi F. E.* — Ruptura traumática de la uretra membranosa. Trabajo de adscripción. Buenos Aires, 1931, 1 vol.
- Grimaldi F. E.* — Ruptura traumática de la uretra. — Revista Oral de Ciencias Médicas, 1940, V, 177.
- Grimberg J.* — Ruptura de la uretra bulbar por un mecanismo raro. — Revista de Especialidades, 1931, VI, 509.
- Grimaldi F. E.* — Ruptura de la uretra membranosa. — El Día Médico, 1933, V, 844.
- Garat Juan A., Zorraquín H. y Garat Héctor R.* — Rotura completa y total de uretra membranosa por fractura del cinturón pelviano en un niño de 11 años, con traumatismo grave de cráneo. — La Semana Médica, 1937, I, 294.
- Herrera Vegas M.* — Ruptura y estrechez traumática de la uretra. — Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1906, XIV, 379.

Landívar Roberto y Dotto José. — Ruptura de uretra. — Revista Médica del Rosario, 1929, XIX, 538.

Pagliari L. y Schiappapietra T. — Resultado alejado de una uretrectomía y uretrorrafia circular por estrechez traumática. — Revista Argentina de Urología, 1935, IV, 207.

Parody Raúl E. — Ruptura de uretra por fractura de pelvis. — Revista Médica del Rosario, 1929, XIX, 410.

Picasso Cazón E. — Traumatismo de la uretra de la infancia. Tesis, Buenos Aires, 1908.

Roccatagliata R. L. — Valor de la cistostomía en el tratamiento de las roturas de uretra. Tesis de doctorado en Medicina. Bs. Aires, 1940, I vol. — Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica, 1942, XVIII, 485.

Salleras Juan. — Cirugía urinaria de urgencia. Traumatismo de la uretra. — Revista del Círculo Médico y Centro Estudiantes de Medicina, 1931, XXXI, 521.

Salleras Juan. — A propósito de: "Quatro casos de ruptura da urethra". Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Urologia e Primeiro Congresso Americano de Urologia. — Río de Janeiro, 1935, pág. 439.

Salleras, Juan. — Cirugía urinaria de urgencia. Traumatismos de la uretra. — Revista del Centro Estudiantes de Medicina, 1931, XXXI, 521. La Semana Médica, 1931, II, 1705.