

COMPLICACION UROLOGICA TARDIA, POST-CESAREA SEGMENTARIA

Por el Dr. PEDRO J. SANTISTEBAN

He tenido oportunidad de tratar, hace poco tiempo, a una enferma que padecía de esta rara complicación urológica, que paso a relatar a continuación:

Paciente. — A. de M., 42 años, casada, argentina.

Antecedentes familiares. — Padre, fallecido a los 65 años de afección vesical. Madre, vive y es sana. Fueron 13 hermanos. Quedan 10 vivos. De los fallecidos uno lo fué de aborto complicado, otro de una neumopatía aguda y el tercero de un ataque a la cabeza a los 24 años.

Antecedentes personales. — De niña, sarampión. Menarca a los 16 años. Flujo no tiene. Embarazos 7. Dos nacidos muertos a término. 5 hijos vivos y sanos. Apetito bueno. Buenas digestiones. Vientre corriente.

Enfermedad actual. — Hace tres meses (desde el día de su internación en este Servicio) había tenido un parto distócico que requirió una operación cesárea con buen postoperatorio inmediato. A los 17 días de operada es dada de alta en buenas condiciones con indicaciones de concurrir al consultorio externo para su control. A los 25 días de la operación comienza a orinar sangre, hematuria discreta al principio haciéndose paulatinamente más franca, llegando a eliminar grandes coágulos que la dificultaban enormemente la micción. En ese estado se interna nuevamente en el sanatorio, donde se la trata clínicamente con coagulantes, vitamina K y C, calcio, hígado. Ante la persistencia de la hemorragia y la ineficacia del tratamiento se le prescribió transfusiones sanguíneas, en número de 8, algunas de urgencia y dos veces en 24 horas. Practicada la cistoscopia con informe negativo, se le practica pielografía descendente, cuyo resultado aparente no arroja luz en el diagnóstico. Fué enviada al radiólogo sin antecedentes clínicos y además con el informe que no había nada cistoscópicamente. En vista de que el estado general decaía rápidamente a pesar del tratamiento clínico intenso, es internada en nuestro Servicio cuando llevaba 45 días de hemorragia.

Estado actual. — Enferma sumamente pálida. Piel y mucosas intensamente decoloradas, facies ansiosa y dolorosa. Pupilas que reaccionan bien, lengua saburral. Afebril.

Abundante hematuria, con eliminación de coágulos que la enfermera del servicio ha guardado para mostrarlos. Respiración disneica (Polipnea).

Tórax. Aparato circulatorio. Pulso regular, pequeño e igual con una frecuencia de 130 al minuto. Tonos débiles. Soplo sistólico mitral.

Aparato respiratorio. Fuera de su polipnea nada de anormal.

Abdómen. Blando. Hígado no se palpa. Bazo se palpa apenas su borde anterior. Discreto dolor en el hipogastrio y fosa iliaca izquierda.

Los reflejos tendinosos se logran bien.

Se envía de urgencia para hemograma completo que dió el siguiente resultado:
2.100.000 E. R.

Se investiga la incompatibilidad sanguínea y basados en la intensidad de la hematuria, la ineficacia del tratamiento clínico instituido y en el tiempo de evolución se piensa en la necesidad del tratamiento quirúrgico y se pone inmediatamente en manos del especialista de vías urinarias.

Sala de Urología. — 11/8. Vemos por primera vez la enferma, que es enviada de la Sala de Clínica Médica con el resumen clínico que antecede. En síntesis se nos presenta esta enferma con muy mal estado eneral con todos los síntomas de una anemia aguda por hemorragia. El estado urinario nos reveló un discreto globo vesical con hematuria total con eliminación de grandes coágulos. El interrogatorio investigando la causa probable de la hemorragia en base a los estudios practicados en el Sanatorio que estuvo internada anteriormente, no nos aclara en absoluto la situación.

Se procede inmediatamente al exámen cistoscópico que nos muestra la existencia en la



Figura 1

cavidad vesical de grandes coágulos negruzcos. Se extraen con la vaina del resector y la jeringa de Mac Carthy. A pesar de emplear ese procedimiento no se logra la limpieza de la cavidad vesical, persistiendo un gran coágulo regularmente organizado que ocupa casi en su totalidad la cavidad. Ante esta situación y con la certeza de encontrarnos ante una hematuria de origen vesical, se decide la intervención, preparando la enferma con transfusión de sangre total, y medicación del caso.

Mientras se prepara la enferma, solicitó de uno de los médicos que trató inicialmente la enferma el estudio radiográfico que muestro, confirmando nuestro diagnóstico. El pielograma nos muestra un buen funcionamiento de ambos riñones con imagen pielocalicial más o menos normal. El cistograma nos muestra una imagen deformada con falta de relleno por la presencia de coágulos en la cavidad. Es llamativa una sombra mediana de tipo diverticular que nace de un extremo de la imagen deformada de la cavidad vesical.

La enferma con su sonda uretral a permanencia sigue dando sangre rutilante.

Sin tener una noción de la causa cierta de la hematuria, se procede al acto quirúrgico bajo anestesia eter oxígeno controlada —el día 12/8/51. Incisión mediana suprapubiana sobre la cicatriz anterior. Se abre la vejiga ampliamente, de donde se extraen gran-

des coágulos que la ocupan totalmente. En la región posterior y lateral y ligeramente a la izquierda se observa una perforación en sacabocados de toda la pared vesical, donde hace hernia un coágulo negruzco y emana sangre roja en forma persistente. Con pinza de aro y con suavidad se extraen los coágulos y membranas de fibrina organizada a través de la perforación aludida. La exploración de la cavidad retrovesical nos revela que en ella existe la causa de la hemorragia, por la persistencia de la misma. La sangre fluye por la perforación en forma continuada. Se procede a la extraperitonización de la vejiga y decolamiento de su cara posterior y lateral izquierda cayendo en la cavidad a que nos referimos. Previa limpieza de la misma se constata la presencia de un vaso arterial abierto del tamaño de la punta de un mondadientes, que dá un chorro de sangre. Seguramente se trata de la uterina izquierda. Se intenta la ligadura con punto apoyado sin resultado alguno por la friabilidad de los tejidos. Ante el fracaso se electrocoagula el vaso cediendo la hemorragia inmediatamente. En caso de fracaso hubieramos procedido a la ligadura de la hipogástrica, de ese lado. Avivamiento y cierre de la perforación vesical con puntos separados. Se deja un drenaje de gasa algo comprimido y se coloca una sonda hipogástrica para el drenaje vesical. Cierre de la pared en tres planos aflorando a la piel el drenaje y el tubo por el mismo sitio.

Se transfundió durante el acto operatorio 800 cc. de sangre. Postoperatorio que transcurre con toda normalidad, tratando de levantar el estado general y la anemia. Se quita el drenaje al quinto día siendo dada de alta a los 23 días de operada en perfectas condiciones, con micción normal y orinas claras.

En el análisis de este caso, raro por cierto, el primero de mi experiencia personal, se llega a la conclusión diagnóstica de que se trataba de un hematoma infectado por lesión de la uterina izquierda, con perforación de la vejiga. Incidente ocurrido en la operación anterior (cesárea segmentaria transversal) según, los datos recogidos y facilitados gentilmente por el cirujano obstetra que practicó la intervención anterior y que transcribo fielmente.

A. de M., 41 años de edad, argentina. El día 9 de febrero es asistida por primera vez, levantándose la siguiente historia clínica. *Antecedentes personales y ambientales*: Ha tenido una hermana afectada de tuberculosis. Demás sin importancia. *Antecedentes gineco-obstétricos*: Menarca a los 16 años cuando con un ritmo de 3-4/26-30. Primeras relaciones sexuales a los 22 años. Cuatro hijos vivos de parto normal, 2 partos de evolución normal con fetos de término muertos, 3 abortos. Fecha de comienzo de la U. R. 7 de agosto (dudosa por la inseguridad de la paciente).

Estado actual. — Peso, 95 kilos. Altura, 1,55 metro. Edema discreto en miembros inferiores y varices. *Aparato circulatorio*: Nada particular. T. A. Mx. 140; Mn. 80. *Aparato digestivo*: Normal. *Aparato urinario*: Polaquiuria. *Sistemas nervioso y mental*: Sin particularidades.

Examen gineco-obstétrico: Senos de múltipara sin anomalías del pezón. Abdomen: Sobrecarga adiposa con 110 cms. de circunferencia a la altura del ombligo. Pigmentación de la línea blanca y vergetures anteriores. Se auscultan latidos fetales an F. I. U. mediano. Útero ovoide cuyo fondo se encuentra entre ombligo y xifoides. Tacto: partes blandas elásticas y amplias. Cuello de útero blando con orificio externo entreabierto que permite insinuar el pulpejo del dedo. Diámetro promonto-púbiano mínimo: 11 y medio cms.

Motivo de la consulta. — Dolores abdominales y principalmente hipogástricos; ligera pérdida sanguínea. Diagnóstico: amenaza de aborto. Se indica vitamina C, opiáceos, progesterona, reposo, etc. El 19 del mismo mes se encuentra muy mejorada. Se pide un análisis de orina que revela vestigios de albúmina.

El 28 de marzo se palpa un útero cordiforme con un polo cefálico en el flanco izquierdo. Se pide una radiografía que confirma un embarazo de 8 meses con una presentación de tronco A. L. I. El 11 de abril se levanta el siguiente estado obstétrico: Abdomen circunferencia 126 cms. útero cordiforme: tamaño en relación al embarazo 8½ meses. Altura sobre el pubis 34 cms. Segmento inferior bien formado. Situación transversa. Contenido uterino: feto Nº 1. Presentación de tronco. Posición izquierda. Variedad de posición; dorso anterior. Latidos fetales positivos en foco I. U. Líquido amniótico; normal.

Ingresa el 7 de mayo con contracciones uterinas dolorosas y en el examen revela ahora una presentación O. I. D. P. Hay 1 cm. de dilatación cervical con borramiento iniciado. Presentación libre que pelotea con membranas íntegras. Expulsión franca de limos. El trabajo de parto se detiene y poco después se produce la rotura precoz y espontánea de las membranas. Hay una evidente desproporción pelvico-fetal. Diez días después ante la evidente e inminente peligro de infección ascendente se trata de inducir el parto con el procedimiento de Mathicos, sin resultado. Después se despiertan las contracciones uterinas,

pero a pesar del buen trabajo de parto la presentación no desciende, ni encaja y hay comienzo de agotamiento obstétrico. Con el diagnóstico de desproporción pelvico-fetal y agotamiento obstétrico se decide la intervención que se practica el día 9 de mayo a las 17,30 horas. Raquianestesia con 0,12 ctgs. de novocaina. Se practica la operación cesárea extraperitoneal segmentaria. Abierto el vientre por laparatomía mediana infraumbilical y el útero en el segmento inferior con incisión arciforme, se extrae un feto, sexo femenino de 4 kilos 300 gramos que respira bien al nacer. La expulsión placentaria se obtiene con la inyección de una ampolla de pituitrina con suero endovenoso que por dificultades de la inyección debe completarse por vía intramuscular. La cavidad uterina se encuentra infectada llamando la atención la fetidez que desprende. Se inicia la reconstrucción con un primer plano de sutura a punto pasado con catgut N° 2 de la mucosa y músculo uterino. El 2º plano muscular se sutura en la misma forma y al llegar al ángulo izquierdo de la herida, al pasar la Reverdin se punza un vaso arterial que sangra abundantemente y que dificulta la operación. Se consigue hacer hemostasia con dos puntos en cruz de catgut N° 2. Se perotiniziza rebatiendo el colgajo inferior sobre el superior con catgut N° 1, a punto continuo. Se cierra la pared abdominal por planos sin drenaje.

Postoperatorio. — Antibióticos, ocitócicos, cardiotónicos, etc. Evolución favorable, afebril con buenos loquios y subinvolución. Uterina. Levantamiento al 5º día y alta al 11º.

Analizado el presente caso, se llega a la conclusión de que se trata de una complicación post-operatoria tardía, imputable a la imperfecta hemostasia efectuada durante la sutura de la incisión arciforme de la cesárea segmentaria. La formación de un hematoma retrovesical a expensas de la extravasación sanguínea proveniente de la arteria uterina izquierda, produjo, por compresión, la hemostasia espontánea durante un primer período, explicando el el período silencioso transcurrido desde el acto operatorio hasta la iniciación de la hematuria (25 días). La evolución del hematoma, ya sea séptica o asépticamente, buscó el punto de menor resistencia hacia adelante, produciendo la perforación de la pared vesical posterior, dando el cortejo sintomático que conocemos. La persistencia de la hematuria en forma claramente, fué debido a la reapertura del vaso sangrante, una vez desaparecida la compresión y al volcarse el contenido del hematoma a la cavidad vesical.

El análisis del diagnóstico preoperatorio, donde no fué posible establecer la causa de la lesión vesical, por la interpretación del programa, se observa que la sombra redondeada pseudodiverticular que aparece en el cistograma, corresponde a la presencia de orina, con substancia de contraste, llenando la cavidad vesical, debido a la presencia de grandes coágulos y la referida sombra pseudodiverticular, corresponde al sitio de la perforación vesical.

El presente aporte casuístico, debido a su rareza y a la importancia que puede tener para el ginecólogo, obstetra o urólogo, nos deja enseñanzas de utilidad práctica para prevenir o tratar esta complicación en forma eficaz y oportuna.

La bibliografía a mi alcance, no refiere casos similares y el comentario con colegas de nuestra especialidad me confirma la rareza de esta complicación, motivo éste que me ha impulsado a molestar la atención de mis gentiles colegas urólogos, a quienes dejo me hagan las observaciones correspondientes, lamentando no poder haber hecho el comentario en forma personal.