

Servicio de Urología del Hospital Militar Central
"Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich"
Jefe: Dr. Luis M. Brea

CUERPO EXTRAÑO DE URETRA POSTERIOR

Por el Dr. DOMINGO A. LUCANO

El sargento F. O. M., del 7º Batallón de Zapadores Pontoneros, con guarnición en Paso de los Libres, al escuchar los primeros estruendos de los disparos con que los vecinos reciben el advenimiento del año nuevo, sale de su domicilio, instante en que recibe el impacto de un "cartucho de señalamiento", que le provoca heridas en la mano izquierda y la implantación de dos gruesas astillas de madera en el muslo izquierdo cerca de la ingle, que, instantáneamente, se arranca el mismo con la mano derecha.

Es conducido en un automóvil a un sanatorio vecino, durante cuyo trayecto pierde el conocimiento, el que recupera en seguida. Le aseptizan las heridas y se las vendan. Horas después el herido experimenta deseos de orinar, necesidad que no logra satisfacer; sólo elimina algunas gotas de sangre. Intentan cateterizarlo sin conseguirlo. A las 15 horas lo trasladan por avión al Hospital Militar de Curuzú Cuatí, donde los médicos, confirmada la retención aguda de orina, procuran vencerla por cateterismo uretral y sólo logran la eliminación de algunos coágulos con sangre y constatan que el catéter toma el rumbo de una falsa vía. Resuelven tallarlo y le colocan una sonda Pezzér por cistotomía hipogástrica.

Aliviado el enfermo y estudiado radiográficamente, comprueban la fractura expuesta del tercero, cuarto y quinto metacarpiano izquierdo y de la apófisis estiloides del radio del mismo lado, lesiones que reducen al día siguiente bajo anestesia local y le colocan una férula de yeso.

El día 5 de enero lo envían por avión al Hospital Militar Central, circunstancia en que nos hacemos cargo. Al examinarlo nos encontramos con un hombre de 28 años, bien constituido, fornido, con un aparato de yeso en la mano y antebrazo izquierdo, de cuyas lesiones se hace cargo el Servicio de Traumatología. El resto, todo está normal menos la parte de sus vías genitales urinarias. Comprobamos una talla hipogástrica, drenada por una sonda Pezzér y dos heridas en vías de cicatrización, una a nivel del triángulo de Scarpa cerca del vértice, y otra hacia la base. Un primer intento de cateterismo fracasa; sólo se logra la extracción de algunos coágulos y sangre roja; los catéteres llegan cerca del cuello vesical y no lo franquean; se desvían hacia el lado izquierdo de la línea media.

La radiografía directa de las vías urinarias y el urograma de excreción son aparentemente normales.

El uretrocistograma con iodo-lipol al 50 % muestra una cavidad anfractuosa a nivel de la uretra posterior (figs. 1 y 2).

Entonces se practica un uretrocistograma sobre beniqué, donde puede observarse que los extremos no se yuxtaponen, sino que se superponen (figs. 3 y 4).

El tacto rectal nos da la pauta del diagnóstico. En la pared anterior del recto se palpa, en la zona donde normalmente se toca la próstata, la presencia de un cuerpo extraño, duro, firme, puntiagudo, amenazando aflorar a la luz del recto, totalmente inmóvil, bien enclavado, cuya presión provoca dolor.

Este examen semiológico nos lleva a formular el diagnóstico de cuerpo extraño de la uretra posterior. Con estos datos, reconstruyendo los hechos, volvemos a los estudios radiográficos, los cuales nos revelan que existe entre ambas ramas del pubis una diferencia de matiz que le atribuimos al cuerpo extraño. Por otra parte, en la rama isquiopubiana izquierda existe una pérdida de sustancia, imagen que se repite en todas las radiografías, como si hubiese sido producida por el cuerpo extraño al introducirse violentamente en la uretra prostática.

Se completa el estudio clínico, que da los siguientes resultados:

Orina, alcalina. Densidad, 1.018. Vestigios de albúmina y presencia de pus en el sedimento con abundante gérmenes. Sangre: Urea, 0,35 %. Glucosa, 0,95 %. Eritrocitos,

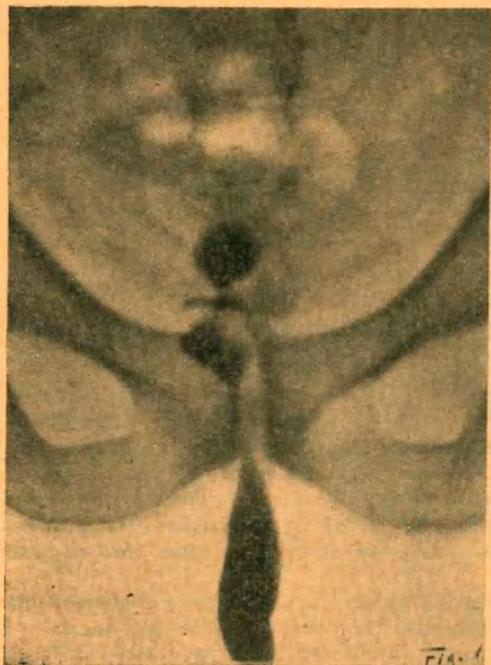


Figura 1



Figura 2

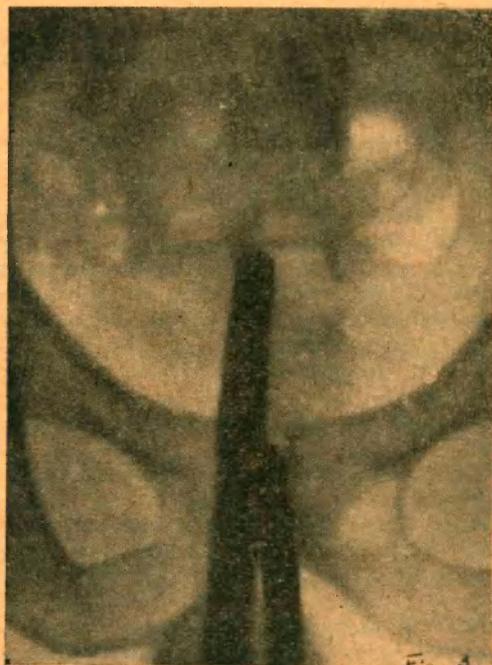


Figura 3

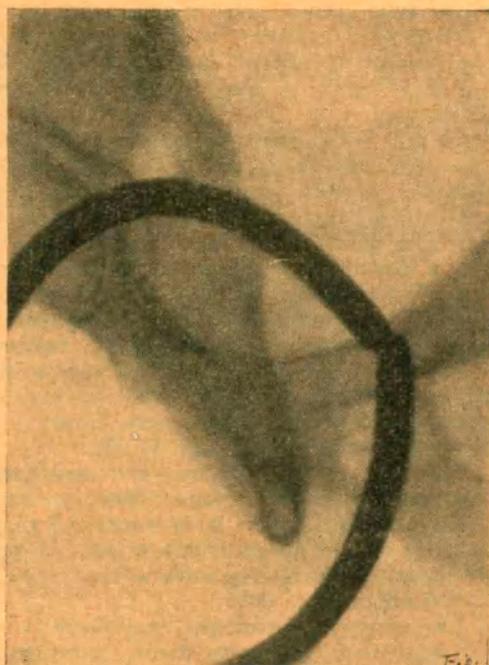


Figura 4

4.850.000. Leucocitos, 7.500. Hb., 10%. P. N., 7,4% P. B., 2% M., 4% L., 20%.
 Tiempo de coagulación, 5½. Tiempo de sangría, 1½. Telerradiografía, normal. Electrocardiograma, normal.

Intervención quirúrgica, 15 de febrero de 1955. Cirujano, Dr. Lucano; ayudantes, doctores Antelo y Morera. Raquíanestesia, novocaína, 0,08; percaína, $7\frac{1}{2}$ mg. Posición de la talla perineal. Incisión mediana de raíz de bolsa a comisura anterior del ano, liberación del bulbo uretral. incisión de la uretra sobre beniqué y de la glándula prostática; la introducción

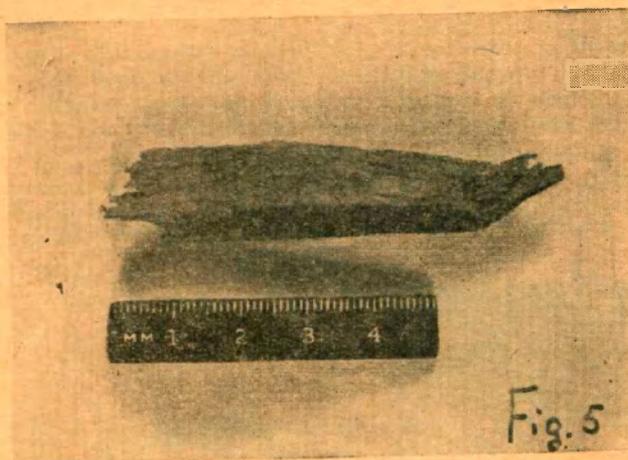


Figura 5

de un beniqué por la herida hipogástrica contribuye a la orientación y a la búsqueda del cuerpo extraño, al que logra localizarse, y se comprueba que es bastante largo, grueso, orientado transversalmente respecto del eje de la uretra; se libera el extremo derecho del cuerpo extraño, que se toma con una pinza Kocher, y se moviliza haciendo tracción hacia la derecha

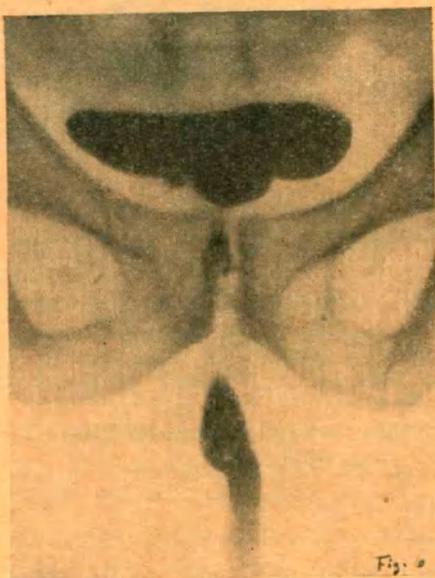


Figura 6



Figura 7

del enfermo hasta lograr la desimplantación del otro extremo y extracción del cuerpo extraño por la abertura perimetral (fig. 5). Como puede verse, tiene 7 cms. de largo y el espesor del dedo menique.

Al extremo del beniqué colocado por la herida hipogástrica y que aflora en la herida perineal, se enchufa y se ata la extremidad de un tubo de polistán y se extrae por el orificio hipogástrico. No se puede ejecutar la misma maniobra con el otro extremo del tubo de

polistán y el beniqué colocado por el meato uretral, pero sí se realiza con una bujía cónica olivar N^o 18 que reemplaza al beniqué. Así se reconstruye el trayecto uretral en toda su extensión y se sutura la uretra y la próstata sobre el tubo de polistán. Se cierra el periné en dos planos. A cada lado del bulbo uretral se coloca un drenaje de rubber. Se repone la sonda de Pezzer por la fistula hipogástrica junto al tubo de polistán. Apósito, penicilina, dihidroestreptomocina, vitaminas B y C, suero antitetánico en dosis desensibilizantes con Neo-Antergan.

Obtenido el cierre de la cistostomía y recuperadas las micciones espontáneas, es sometido a dilataciones periódicas; el beniqué se detiene a nivel del cuello y no logra franquearlo. Durante estas maniobras se tiene la sensación de rozar un cuerpo extraño en el canal uretral y efectivamente, el enfermo elimina espontáneamente un cálculo en una de las micciones.

Comprobaciones post-operatorias: *Uretrocistografía:* Muestra un canal normal, salvo de la zona yuxtavesical supramontanal, donde puede verse la imagen de un resesus uretral (figuras 6 y 7). *Neumoretrocistografía:* Realiza la misma comprobación (figs. 8 y 9).

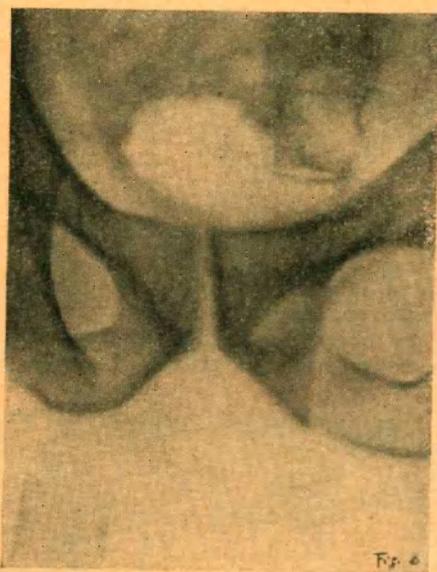


Figura 8

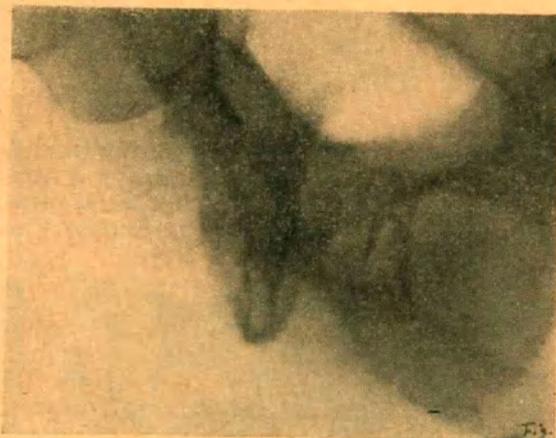


Figura 9

15 de abril de 1955: Panendoscopia, previa anestesia con Pantocaína Bayer al 2%. Mucosa de uretra posterior congestiva, edematosa, recubierta por fibrina; en el segmento supramontanal se aprecia un resesus hecho sobre la pared lateral izquierda, no observándose cuerpo extraño. Más atrás, en la terminación del canal uretral, se observa el orificio del cuello vesical circular y edematoso.

El enfermo orina espontáneamente, con buen calibre, con micciones regulares; no tiene incontinencia. Es sometido a aplicaciones de diatermia sobre beniqué.

R E S U M E N

Presentamos un caso de cuerpo extraño de uretra posterior que puede incluirse, dada las circunstancias, en el capítulo de los traumatismos génito-urinarios por heridas de guerra pues, el estallido de un "cartucho de señalamiento" hizo un impacto en el muslo izquierdo del enfermo, incrustándosele dos astillas de madera a nivel del triángulo de Scarpa una de las cuales atravesó la gruesa capa de músculos del muslo y horadó la próstata y la uretra posterior después de haber atravesado la rama isquiopubiana izquierda. Su extracción se practicó por vía perineal y la restitución se realizó ad-integrum.