

RUPTURA TRAUMÁTICA DE LA URETRA. VALOR DE LA URETROGRAFIA PREOPERATORIA Y LA URETRORRAFIA CIRCULAR INMEDIATA

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y J. TINELLI

Es indudable que la base de todo buen tratamiento reposa en un correcto diagnóstico. Esta verdad tiene su gran aplicación en el exacto conocimiento de las características de una ruptura traumática de la uretra, a pesar del exagerado temor de algunos colegas que relatan accidentes ocurridos en un número muy limitado de casos o imputables, por lo general, a defectos de técnica: inyección de gran cantidad de líquido de contraste, considerable presión manual con el objeto de hacer progresar la sustancia por la uretra, etc.

Las numerosas observaciones de Sabadini, que pasan del centenar, con uretrografías realizadas en las rupturas traumáticas recientes de la uretra y aún en abscesos y flegmones urinosos, sin inconvenientes, demuestran la inocuidad de este valioso método de diagnóstico. En la era de la antibiosis, el relativo manejo quirúrgico o instrumental de la uretra traumatizada, del riñón, la vejiga, etc., ha pasado a segundo plano frente a las posibilidades de un correcto diagnóstico. La localización de la ruptura uretral, su extensión, variedad, complicaciones etc., reconocidas mediante las uretrografías preoperatorias con sustancias iodadas, aceitosas o acuosas si se prefiere, permiten un mejor planteo del temperamento quirúrgico, asegurando el resultado final.

Por otra parte, la *intervención inmediata* de la uretra, a las pocas horas del traumatismo, con el objeto de realizar una reparación integral, soluciona con rapidez y seguridad una grave lesión al enfermo con todas sus consecuencias de orden social y económico.

El abordaje quirúrgico inmediato de la zona contundida permite observar en la lesión a cielo abierto, detalles de importancia como: la magnitud del desgarramiento uretral, estado de los segmentos, tamaño del hematoma, existencia de fractura pelviana, etc.

Con este doble criterio, pues, de *diagnóstico uretrográfico inmediato y reparación precoz de la uretra*, hemos afrontado con todo éxito nuestros últimos casos de ruptura traumática de la misma, constituyendo la presente observación un caso típico al respecto.

El abordaje quirúrgico de la zona contundida, previo diagnóstico uretrográfico, permite solucionar el problema uretral a cielo abierto y con mucha precisión. Asimismo posibilita la evacuación de los hematomas y el correcto

drenaje de la zona, impidiendo con una rigurosa hemostasia y con la aplicación de antibióticos la infección de la región, tan propicia a la colonización de gérmenes por la contusión de los tejidos y su infiltración con sangre y orina.

Es por ello que, alentados por los citados trabajos de Sabadini, empleamos su procedimiento en el enfermo cuya historia clínica pasamos a resumir. El resultado fué por demás satisfactorio.

Se trata de C. H., de 13 años de edad, argentino.

El día 29-IV-55 sufrió un traumatismo en la región perineal al caer a horcajadas sobre una baranda de hierro desde una distancia de 80 cm. De inmediato comenzó a aparecerle una creciente tumefacción en el periné y el escroto, que se fué extendiendo más tarde con las características de un hematoma en "alas de mariposa". Al serle imposible la micción espontánea fué enviado a nuestro Servicio donde, ante la imposibilidad de efectuarle un cateterismo uretral, se le practicó una cistostomía de urgencia el 30-IV-55.

La uretrografía realizada al día siguiente, nos mostró la *ruptura total y completa de la uretra perineal* con franca infiltración venosa y la integridad de la cintura pélvica.

El 4-5-55 fué intervenido. Cirujano: Prof. Bernardi. Ayudantes: Dres. Chiodi y Tinelli.

Incisión vertical que sigue el rafe escrotal desde el ángulo pene-escrotal hasta 3 cm. por delante del ano. Se seccionan los planos superficiales, efectuándose una amplia hemostasia. Se llega a la uretra en la zona peneana siguiéndola hacia abajo hasta encontrar en la *región bulbar un gran hematoma* que se evacúa comprobándose una *ruptura total y completa de la uretra* y una *ruptura parcial del cuerpo cavernoso izquierdo*, que sangra poco.

Se liberan ambos cabos uretrales; se coloca una sonda de Nelatón N° 14; se reseca un trozo de uretra y se efectúa la anastomosis término-terminal sin inconvenientes. A continuación se coloca un tubo a la manera de Sabadini, cerrándose por planos el periné y el escroto dejándose una gasa yodoformada yuxtauretral; piel con algodón; sonda de Pezzer en vejiga que mantiene la talla y junto a la cual sale el tubo uretral.

6-V-55: Se quita el tubo de Sabadini.

14-V-55: Se coloca sonda de Foley y la cistostomía cierra con rapidez.

30-V-55. Es dado de alta con sus heridas cerradas y orinando espontáneamente sin dificultad.

CONCLUSIONES

1) Se presenta un caso de *ruptura total y completa de uretra por traumatismo*.

2) Se efectúa de acuerdo con Sabadini, la *uretrografía preoperatoria* y la *uretrorrafia precoz*, sin dificultades y con éxito absoluto.