

TRAUMATISMO DE URETRA SUPRAMONTANAL

Cuerpo extraño de vejiga formando cálculos

Por el Dr. CARLOS SILBERMAN

Presentamos el siguiente caso de un traumatismo de uretra no muy frecuente por su localización supramontanal y por la consecuencia a posteriori.

La historia clínica es como sigue: R. E. L., 16 años santiaguense. Trabajando en el bosque, en la juntada de leña, retrocede y tropieza con una raíz semienterrada cayendo sentado hacia atrás sobre una estaca enclavada en el suelo de más o menos 15 cms. de largo por 3 cms. de espesor y de forma irregular. Hubo pérdida de conocimiento siendo encontrado por el padre quien lo levanta del suelo desenganchándolo de la estaca.

Llevado a una Sala de Primeros Auxilios de la localidad, sólo se le practica una lavada superficial de la herida y una curación plana, enviándose luego a esta ciudad donde llega 24 horas más tarde.

En ese interin no ha podido evacuar su vejiga sólo pierde por uretra abundante sangre.

En esas condiciones se examina al enfermo, intranquilo, pálido, febril, deshidratado; se observa un enorme globo vesical y en examen de la zona perineal se observa una herida anfractuosa a 1 centímetro por delante del reborde anal y un poco hacia la derecha de la que fluye una secreción semi-sanguinolenta. La región perineal es dolorosa y está edematizada; el tacto rectal es imposible por el intenso dolor que manifiesta el enfermo a la menor maniobra.

Pensando en alguna lesión uretral (por la uretrorragia), no se practica cateterismo alguno pero se decide evacuar la vejiga por punción y luego practicar un estudio radiológico del tracto uretral.

Así se hace y se obtienen las imágenes uretrográficas de las figuras 1 y 2 frente i oblicua respectivamente. Estas son suficientemente elocuentes en el diagnóstico de la lesión y en su localización por lo que se decide la intervención quirúrgica.

Operación. Cirujano: Dr. Carlos Silberman. Ayudante: Cabo Aguilar. Anestesia, éter con ombredane.

Se planea hacer una talla vesical y una exploración y limpieza perineal.

Incisión mediana umbilico-pubiana se llega a la vejiga, se abre el espacio retropúbico buscando alguna lesión siendo la exploración negativa. Transversalmente se abre ampliamente la vejiga llena de coágulos y orina que se aspira, explorando la cavidad minuciosamente.

Por uretra se hace pasar una sonda nélaton fina, de vejiga a meato y fija a ella un tubo de goma latex calibre 20 de 0,60 cms. de longitud; se pone en vejiga una sonda Pezzer gruesa y acodada, se cierra la brecha vesical espolvoreando el espacio retropúbico con sulfamidas y dejando un drenaje cerramos la incisión operatoria desde el músculo a piel con hilo de algodón.

Cambiamos de campo operatorio y seccionamos el periné desde la raíz del escroto hasta un centímetro por delante del reborde anal, buscamos la uretra hacia adelante y la integridad del esfínter externo y pared anterior del recto. Lavamos repetidamente con suero fisiológico a medida que profundizamos la disección, pretendiendo arrastrar fragmentos de madera, ropa o tierra llevados a esa región por el agente traumatizante.

Llegamos así a próstata desde donde venía sangre, aspiramos con el aspirador eléctrico, espolvoreamos con sulfamidas y taponamos con una gasa iodoformada por cuanto no alcanzamos a visualizar la lesión uretral diagnosticada por la radiografía. Reconstruimos los planos, suturamos algunos haces del esfínter externo del ano y cerramos piel todo con hilo de algodón.

Pos-operatorio. Transfusiones 500 cm.³ de sangre, indicamos hidratación diarias de 1 litro de solución Ringer y 1 litro de solución glucosada isotónica a gota endovenoso, penicilina

y estrepto 1 millón y 1 gramo diario, vitaminas, 10.000 U. de antitoxina tetánica y constipamos al enfermo con extracto tebaico durante cuatro días.

Desde el cuarto día se tironea de la gasa puesta como tapón al mismo tiempo nos ha servido como drenaje por cuanto aprovechamos su colocación para envolverla con goma de guante. Las orinas son sanguinolentas durante cuatro días; el enfermo está tranquilo y la temperatura se mantiene durante seis días.



Figura 1



Figura 2

Diariamente se tira del drenaje que termina de salir hacia el octavo día. Los puntos se extraen parcialmente desde ese día hasta el duodécimo.

El décimo tercer día levantamos al enfermo quien deambula con su sonda Pezzer abocada a una botellita y el tubo de latex unido por sus extremos por un hilo no perturba en lo más mínimo la evolución.



Figura 3



Figura 4

A los 30 días se sacan simultáneamente la sonda Pezzer y el tutor de latex y poniendo en su lugar una nélaton calibre 20.

El enfermo evoluciona bien y cierra la brecha de la talla a los 7 días y solicita a los 10 días su alta definitiva.

Sesenta días más tarde vuelve el enfermo a presentarse al consultorio externo porque dice tener orinas blancas, orinar con frecuencia y en repetidas veces tuvo una interrupción brusca del chorro de orina; acepta internarse nuevamente y se le practica una nueva uretrografía, fig 3

y 4, donde se observa un pequeño trayecto para-uretral derecho y en vejiga por detrás del lipiodol unas imágenes no comunes.

Al día siguiente se le saca una película y se constata las imágenes de la fig. 5. Las orinas son evidentemente piúricas y hay poliatiuria.

Se interna nuevamente para extraerle los cálculos de vejiga. Así se hace según técnica y



Figura 5



Figura 6

con sorpresa al romper expofeso uno de los cálculos comprobamos que su ánima o su núcleo está constituido por una esquirla de madera tal como lo demuestra la fotografía de la fig. 6.

A los 8 días se saca la sonda permanente, las orinas salen limpias, no hay trastornos y se practica una nueva uretrografía de las fig. 7 y 8, donde se observa la relativa normalidad de la vía urinaria lesionada noventa días antes.



Figura 7



Figura 8

S I N T E S I S

Se presenta un caso de un traumatismo de uretra supramontanal en un joven de 16 años con evolución posterior de una litiasis vesical alrededor de dos esquirlas de madera que no fueron encontrados en la exploración quirúrgica minuciosa realizada.