

Sociedad Argentina de Urología

8ª. Sesión científica ordinaria - 14 de diciembre de 1959.

Presidente: Dr. Alfredo A. Grimaldi

Secretario: Dr. Juan A. Goldaracena

RUPTURA TRAUMÁTICA DE LA URETRA BULBO-MEMBRANOSA. CRITERIO TERAPÉUTICO SEGUIDO

Por el Dr. MARIO F. VICCHI

Presentamos un caso de destrucción traumática de la uretra bulbo-membranosa por caída de un automóvil sobre la pelvis de un obrero que lo estaba reparando.

No nos detendremos en las consideraciones clínicas, anatómicas y patológicas de este tipo de lesión uretral por ser ampliamente conocidas y haber sido tratadas con brillantez en numerosos trabajos.

Nuestro paciente presentaba el cuadro típico de lesión uretral grave; fractura del pubis, retención completa de orina, uretrorragia y discreto hematoma perineal, antes de relatar la H. C. de este enfermó deseamos hacer algunas citas que nos parecen de interés.

No pretendemos enumerar toda la bibliografía sobre este tema porque sería una tarea ímproba dada la abundancia de trabajos sobre el mismo. De la lectura de todos estos trabajos hemos sacado en conclusión que varios son los puntos que están en controversia y sobre los cuales no hay unanimidad de criterios. Por ejemplo los autores clásicos proscribían la uretrografía de urgencia como medio diag. de la extensión y topografía de la lesión uretral, contra este criterio Sabadini preconizó entusiastamente la uretrografía de urgencia con lipiodol y aceite gomenolado, numerosos autores coinciden con esta directiva diag.; Trabucco, Pazos Varela (7º Congreso Inter Americano de Cirugía 1950), lo mismo piensan Bernardi y Tinelli, Rocchi (R. Arg. de Urología etc.), creemos que en la actualidad la mayoría de los autores son partidarios de la uretrografía de urgencia ya que los datos obtenidos sobrepasan en mucho a los mínimos riesgos que tiene esta maniobra.

Otro de los puntos discutidos es si se debe hacer una reparación inmediata de la uretra o secundaria. En general hace unos años la mayoría de los auto-

res eran partidarios de la reparación secundaria, en cambio últimamente se tiende a realizar la reparación de urgencia siempre que no existan contraindicaciones de orden general (Shock) o imposibilidad de mover al enfermo para colocarlo en posición de talla perineal por las fracturas que muy frecuentemente acompañan a esta lesión uretral. En un principio Marión y Hertz Boyer eran partidarios de la reparación uretral inmediata, igual criterio tienen: Ricardo Pazos Varela, Cantin Castillo, Lowsley, A. García, Bernardi y Tinelli, J. F. Rivois, Alair H. Hunt y col., Boeminghaus aunque únicamente reserva es este criterio para los casos ideales, Dodson, Colby, Fey y col., pero indudablemente quien ha defendido con mayor calor este criterio quirúrgico ha sido Sabadini. Han defendido la operación en 2 tiempos casi todos los autores hace algunos años: Marión adoptó este criterio aunque anteriormente prefería la operación inmediata, Irazu y Pujol (1944), Trabucco en general prefiere hacer cistostomía y 6 días después cuando se ha delimitado la destrucción de los tejidos hace el 2º tiempo (1950).

Otro aspecto del problema que es discutido es si después de la sutura uretral debe o no dejarse un tutor en la misma: Sabadini impugna el criterio sustentado por los autores que proscribían el uso de la sonda uretral después de la uretrorrafia y por el contrario defiende con sólidos argumentos este temperamento quirúrgico, igualmente siguen este procedimiento: Trabucco quien aconseja el uso de un tubo fenestrado para facilitar el drenaje de las secreciones y la introducción de medicación antibacteriana, Pazos Varela, Cantin Castillo, Dodson, Lowsley, Berri y Bottini (1944), J. F. Rivois, Marion, Campbell. Muchos autores se han mostrado partidarios de no dejar tutor uretral porque sostienen que favorece la infección y la estrechez post-operatoria de la uretra entre ellos citaremos a Boeminghaus quien se muestra muy reacio a dejar sonda después de la uretrorrafia, Irazu y Pujol (1944). Otros autores prefieren si es posible no hacer el tiempo perineal, (Huggins, Campbell) y en este caso cuando las circunstancias lo permiten emplean la técnica de Davis con instrumento macho y hembra que permite dejar una sonda o tutor uretral.

Algunos autores han hecho injertos de uretra cuando hay extensa destrucción de este órgano: Trabucco injertó de arteria humana (1957), Cartelli y Albornoz, plástica con piel (1937), Alsina, homoinjerto de vaginal del testículo, Figueroa Colon y col. (Pensilvania), experimentalmente muestran los malos resultados de los injertos, Rebaudi hace referencia a una plástica con vena safena (1939).

No obstante la diversidad de criterios sustentada por los distintos autores que se han ocupado sobre las lesiones de la uretra bulbo-membranosa parece que en la actualidad predominan algunos hechos concretos que trataremos de resumir: en general se acepta que debe proscribirse cualquier intento de sondaje uretral porque si la lesión es grave no se conseguirá pasar el catéter y puede determinarse complicaciones serias por esta maniobra y si el enfermo orina, la sonda no tiene objeto ya que no previene las estrecheces secundarias, la única exploración que generalmente se acepta es la uretrografía retrógrada. Si el enfermo tiene retención de orina es mejor vaciarla por punción suprapúbica hasta que se resuelva el criterio terapéutico a seguir. Reconstrucción inmediata de la lesión uretral combinando la vía suprapúbica y perineal salvo que existan contraindicaciones de orden general. Dejar un tutor ciego en uretra ya que parece ser que las objeciones no son muy valederas y en cambio guía y moldea el crecimiento uretral y en caso de desunión de los dos cabos, hecho que no es infrecuente pone a cubierto de complicaciones graves y por último cualquiera

que sea la técnica quirúrgica que se siga se considera indispensable la derivación de orina por talla hipogástrica aunque algunos autores prefieren hacerlo utilizando el cabo vesical abocado a periné cuando operan en 2 tiempos.

Criterio quirúrgico seguido y resumen de la H.C. de nuestro caso

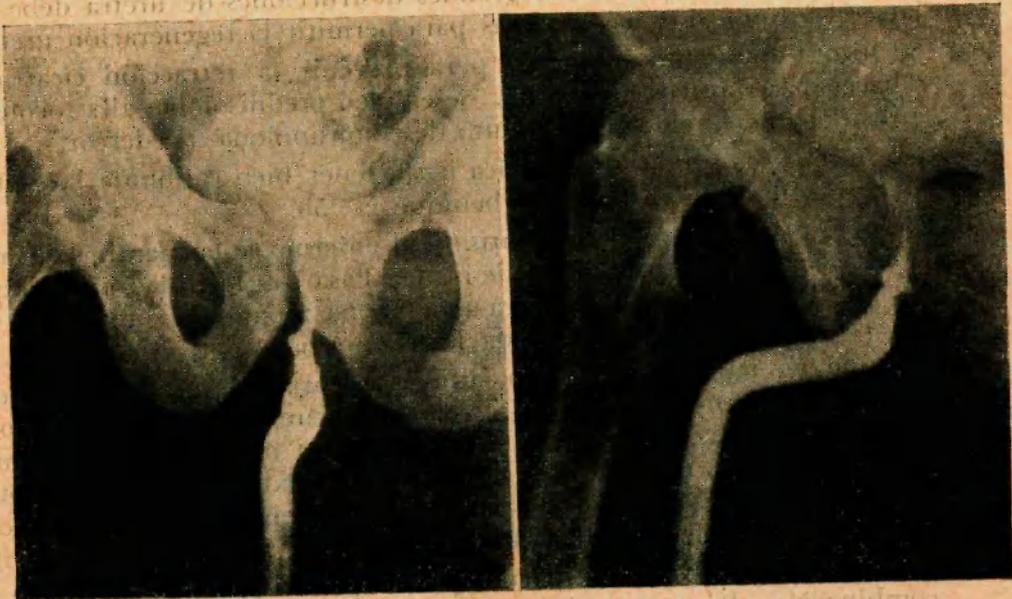
Hemos seguido las directivas dadas por Sabadini habiendo obtenido muy buenos resultados:

- 1º) Como única exploración se hizo una uretrografía retrógrada con solución acuosa (urografina). Creemos que empleando los medios de contrastes acuosos no se corre riesgo de embolia en una zona sangrante y contusionada, si bien muchos autores preconizan en estos casos los medios aceitosos (lipiodol), porque su viscosidad y mejor contraste dan más detalles útiles. Consideramos que el medio acuoso nos da tantos datos como el aceitoso para localizar el sitio y apreciar la magnitud de la lesión, en cambio es inocuo y nos pone a cubierto de una posible embolia que si bien es muy rara se produce en algunas oportunidades y en esta Sociedad ha sido presentado un caso de muerte por embolia encefálica.
- 2º) Hemos practicado la reconstrucción uretral de urgencia (20 horas después del accidente) combinando la vía hipogástrica y perineal.
- 3º) Dejamos como tutor uretral tubo de polietileno durante varias semanas porque dada la separación de los cabos por la amplia destrucción uretral se hizo aproximación de los mismos.
- 4º) A los 18 días accidentalmente se salió el tutor uretral y no fué posible colocarlo por vía uretral. Se lo reinstaló quirúrgicamente. Lo cual abona el criterio que en las grandes destrucciones de uretra debe dejarse el tutor 4, 6 o más semanas para permitir la regeneración uretral.
- 5º) Se hizo tratamiento biológico para prevenir la retracción cicatricial y hacer más elásticos los tejidos. Se empleó prednisolona, alfa tocoferol e instilaciones uretrales de acetato de triamsinolona (Ledercort).
- 6º) No se retiró la sonda hipogástrica hasta tener bien calibrada la uretra. Se pasó con facilidad hasta un beniqué Nº 50.
- 7º) Después de 4 meses del traumatismo el enfermo se encuentra con micciones fáciles. No hay residuo de orina. Pasa con facilidad un beniqué Nº 50. La uretrografía muestra una buena reparación uretral en sus placas de frente y oblicua. Vida sexual normal.
- 8º) Aunque no ha pasado tiempo suficiente para valorar los resultados obtenidos en forma definitiva, creemos que un paciente que no presenta retracción en el tiempo transcurrido en nuestro enfermo consideramos que hay fundadas esperanzas de un éxito total ya que conocemos bien que cuando una uretra tiene tendencia retráctil se puede comprobar considerable disminución de calibre en horas o pocos días.
- 9º) Si bien un caso no es suficiente para fijar criterios creemos que la combinación del trat. quirúrgico con el trat. biológico nos da una cicatriz uretral más elástica que el trat. quirúrgico únicamente, como ya hemos observado en el trat. de las estrecheces de la uretra en comunicación hecha a esta Sociedad.



Uretrografía de frente (retrógrada) se observa sección total de la uretra, no pasa el líquido a vejiga. Reflujo venoso.

Uretrografía retrógrada oblicua. Sección completa de la uretra y por encima de la herida compresión por un hematoma.



Uretrografía de frente. Control 3 meses después de operado. Buena reparación uretral. Pasa con facilidad Beniqué N° 50.

Uretrografía retrógrada oblicua. Buena reparación uretral, 3 meses después de operado.

Resumen de la H. C. — H. A., 24 años, mecánico. Antecedentes sin importancia. El día 12 de junio de 1959 trabajando en la reparación de un automóvil recibió un fuerte traumatismo en la pelvis por caída del vehículo. La radiografía simple muestra fractura no desplazada de la rama horizontal derecha y ascendente izq. del pubis. El estado general es relativamente bueno sin que se observe un shock traumático. Desde el momento del accidente el enfermo no ha podido orinar y tiene abundante uretrorragia. Es visto por nosotros algunas horas después del accidente. Se indica uretrografía y se comprueba sección total de la uretra bulbo-membranosa con reflujo venoso. En la oblicua se ve además de la sección una compresión uretral por hematoma. Discretos signos generales de shock. Enfermo apirético. Unas 20 hs. después del accidente se realiza intervención quirúrgica.

Intervención quirúrgica: El paciente es operado por nosotros siguiendo el criterio descrito por L. Sabadini por lo cual nos abstendremos de dar los detalles técnicos ampliamente conocidos. Se encuentra derrame hemático en el espacio de Retzius y discreto hematoma perineal, se drenan las colecciones y se comprueba ambos cabos separados por unos 4 cm., se hace limpieza y aproximación de los cabos sobre tutor de polietileno.

Post-operatorio: Se administra trat. biológico ya indicado, antibióticos, se mantiene orina acidificada para evitar la formación de cálculos y trat. general. No hay incidencias post-operatorias hasta que 18 días después de operado accidentalmente le retiran tutor uretral el cual no es posible colocarlo por vía uretral y por temor de traumatizar la cicatriz quirúrgica se reinstala abriendo la herida perineal sin inconvenientes. A partir de este momento no hubo inconvenientes destacables. A las 7 semanas de operado se retira tutor uretral de polietileno y se comienza a calibrar la uretra con dilataciones consiguiendo pasar con facilidad un beniqué N° 50. Se retira sonda hipogástrica y se coloca sonda uretral, a los 4 días se cierra la fístula hipogástrica teniendo el enfermo micciones fáciles y normales. Después de 15 días se lo somete a control comprobándose que la uretra no ha disminuído de calibre porque pasa de primer intención un beniqué de igual N° al del último control.

Ultimo examen: Octubre de 1959. Micciones normales sin dificultad. Orinas claras. Vida sexual normal. Uretra amplia sin retracción, pasa bq. N° 50 con mucha facilidad.

BIBLIOGRAFIA REVISADA

1. Castelli-Albornoz. — R. Arg. Urol. Mayo-Junio, 1937.
2. García, A. — R. Arg. Urol. Enero-Abril, 1944.
3. Berni-Bottini. — R. Arg. Urol. Enero-Diciembre, 1946.
4. Irazu-Pujol. — R. Arg. Urol. Septiembre-Diciembre, 1944.
5. Bernardi-Tinelli. — R. Arg. Urol. Julio-Septiembre, 1955.
6. Rocchi. — R. Arg. Urol. Noviembre, 1957.
7. Trabucco. — R. Arg. Urol. Julio-October, 1957.
8. Alsina. — R. Arg. Urol., 1958.
9. Kyrill — Conger Year Books, 1945.
10. Rivôir, J. F. — Year Books, 1956-57.
11. Figueroa, Colón y col. — Year Books, 1956-57.
12. Hunt, A. y col. — Year Books, 1949.
13. Dodson, J. — Cirugía Urológica, 1957.
14. Boeminghaus, H. — Urología, 1958.
15. Marion, G. — Traité d'Urologie, 1935.
16. Colby. — Essential Urology, 1954.
17. Fey y col. — Traité de Technique Chirurgicale, 1956.
18. Sabadini, L. — Chirurgie de l'Uretre, 1949.

19. *Lowsley y Kirwin*. — Clínica Urológica, 1943.
20. *Pazos Varela, R.* — Séptimo Congreso Interamericano de Cirugía, 1950.
21. *Trabucco, A.* — Séptimo Congreso Interamericano de Cirugía, 1950.
22. *F. Mueller*. — Séptimo Congreso Interamericano de Cirugía, 1950.
23. *Cantin, F.* — Séptimo Congreso Interamericano de Cirugía, 1950.
24. *Lockhart, J.* — Séptimo Congreso Interamericano de Cirugía, 1950.
25. *Rebaudi, L.* — R. Arg. Urol. Enero-Febrero, 1939.

DISCUSION

Dr. T. Schiappapietra. — Este es un tema que me ha apasionado siempre aún desde practicante. Al hablar de urgencia hay que distinguir en qué momento es urgente y en qué momento entra el enfermo en asistencia del que va a hacer la cirugía. Cuando el enfermo ha pasado por muchas manos y a veces muchos días, con infecciones agregadas, con esfacelo, la cirugía óptima no es posible, entonces se va a la cirugía de necesidad. De manera que la indicación depende del momento oportuno en que el traumatizado, se presenta al cirujano urólogo. Por eso los mejores casos que yo he tratado han sido cuando los he tomado de inmediato. En 1926 y 1927, hice dos uretrorrafias de urgencia inmediata en vísperas de fiesta. Las dos no necesitaban dilataciones ni ninguno de los dos, que fueron los primeros que yo operé, no necesitaban catéter tutor para la uretrorrafia.

Después de eso he tenido varios casos con el doctor Ottolenghi, que siempre me llamaba para esa cirugía de urgencia en el Durand, donde teníamos más casos, por ser hospital de puertas abiertas, que en el Italiano. La Sonda al techo, el enfermo a la mesa de operaciones, siempre que se tratara de una rotura de uretra, los síntomas son evidentes. La exploración radiológica es muy linda, pero no siempre se tiene a mano y no siempre es indispensable ni necesaria. La exploración quirúrgica es lo más óptimo y cuanto más limpio y menos manoseado llega el enfermo la plástica será mejor. Cuando el enfermo entra de inmediato la plástica se hace hermosa, sin tutores y entonces el resultado es indiscutiblemente bueno. Yo, he puesto tutores cuando no he podido hacer una plástica a satisfacción. Depende del momento en que se opera.

Dr. Rocchi. — Estoy de acuerdo con el doctor Schiappapietra, pero no consideramos todos los casos de urgencia y la operación inmediata la consideramos dentro de los siete días, es decir en la época en que se puede iniciar el período cicatrizal. Estamos de acuerdo en que la mayoría de los enfermos están tocados por la guardia. Habría que divulgar este concepto entre los cirujanos generales y servicios de guardia, para que se mandara directamente al urópata, para evitar esa complicación y poder hacer las cosas en condiciones de limpieza, que son las ideales.

Dr. Schiappapietra. — Ya en una reunión propuse ese voto, que creo que creo que lo obtuvimos por lo menos en el servicio del Italiano, donde en los servicios de cirugía de urgencia debe haber gente voluntaria de distintas especialidades, que acuda a cualquier llamado. Los otros días acudí a las cuatros de la tarde, en un día festivo, aunque estaba descansando. Hay que contar con gente que esté dispuesta, y la cirugía de urgencia se hará limpia siempre que los servicios de urgencia tengan la conducta que tiene el doctor Ottolenghi y el doctor Del Río.

Sr. Presidente. — En distintos servicios municipales ya está establecido esto, inclusive en el Fernández hay un médico de guardia, cuyo nombre queda en el servicio, en tal forma que la guardia si lo necesita lo requiere.