

Hosp. Ramos Mejia. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI
y ROBERTO A. RUBI

ESTRECHEZ TRAUMATICA INFRAN- QUEABLE DE URETRA BULBAR. URETRORRAFIA SECUNDARIA

El 27 de enero del año en curso, vemos a L. Z., italiano, de 51 años de edad, quejándose de disuria y polaquiuria considerables.

En sus antecedentes personales, refiere haber contraído una blenorragia a los 20 años, tratada con lavajes de permanganato de potasio, durante cierto tiempo y que luego abandonó, sin tener ulteriormente mayores molestias.

Su *enfermedad actual* se inicia a principios de octubre del año ppdo., como consecuencia de una caída a horcajadas sobre un caballete. De inmediato aparece una tumefacción considerable del volumen de una cabeza de feto ubicada en el periné, engloba las bolsas y la raíz del pene. Se acompaña de una hemo-uretrorragia discreta y le imposibilidad de realizar la micción a pesar de los esfuerzos del paciente, que provocan únicamente la salida de algunas gotas de sangre por el meato. Seis horas más tarde recupera las micciones espontáneas a costa de grandes dolores y eliminando, según manifestación del enfermo, más sangre que orina. Queda en cama durante 5 días, con bolsa de hielo perineal, medicación hemostática y sulfatiazol por vía bucal (2 grs. diarios). Paulatinamente se desinfiltra el periné, la hemouretrorragia cesa al 8º día, la micción se realiza mejor pero subsiste la disuria, que ha ido aumentando al transcurrir los días.

Estado actual. — Se invita al enfermo a orinar: micción difícil, sin chorro, en gota a gota vertical.

Orina ámbar.

La uretra presenta una serie de anillos anteriores, al explorador N° 17. Al llegar a la región bulbar se encuentra un obstáculo, que no es posible franquear a pesar del cambio de instrumentos.

Genitales externos: nada de particular.

Al examen del periné es dable comprobar la existencia de un bloque fibroso, mediano, yuxta-bulbar.

Tacto rectal: no revela nada digno de mención.

Tres días más tarde, previa anestesia con 10 c.c. de solución de percaína al 2 por ciento e inyección de aceite de olivas esterilizado en uretra anterior, se intenta un nuevo cateterismo, que pese a todos los recursos puestos en juego, fracasa.

Se obtiene entonces la uretrografía (Fig. N° 1), en que es posible ver la normalidad de la uretra anterior, hasta la región bulbar terminal, que se comu-



Figura 1

nica con la porción membranosa por un trayecto filiforme, cuya posición le hace infranqueable.

Se realizan los clásicos exámenes de laboratorio, normales todos, lo que nos permite proponer la intervención al enfermo.

21-VI-1941. Anestesia raquídea (0,10 grs. novocaína).

Cirujano: Prof. Grimaldi. Ayte.: Dr. Rubi.

1er. tiempo, incisión perineal mediana, que se extiende desde la raíz de las bolsas hasta un través de dedo por delante del ano.

2º tiempo (Fig. N° 2), la uretra se disecciona, separándola de los tejidos vecinos, disección que se facilita introduciendo una sonda en su interior.

3er. tiempo (Fig. N° 3), se reseca la zona estrechada, correspondiente al trayecto filiforme, en una extensión de un centímetro. Dos puntos laterales permiten separar el plano cutáneo hacia afuera.



Figura 2

La incisión mediana del periné permite ver los trayectos fisulosos y la zona estrechada. Se inicia la resección del tejido escleroso.

4º tiempo (Fig. N°4), el cabo anterior de la uretra se disecciona en una extensión de 4 cms. y se libera de los planos profundos: se realiza una cuidadosa hemostasia.

5º tiempo (Fig. N° 5), se pasan los hilos que servirán de apoyo. El pasaje anterior se hace a través de la uretra y el posterior en los tejidos vecinos del cabo distal. Al anudarse la aproximación de la porción anterior a la posterior, permitirá el contacto de los dos cabos.

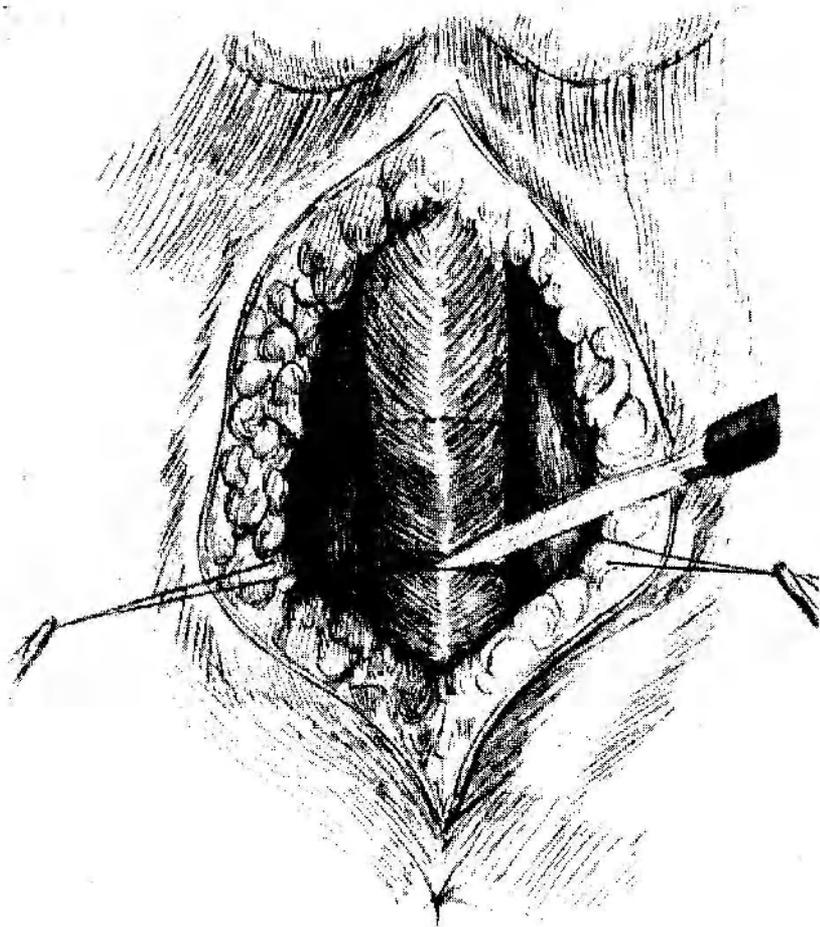


Figura 3

Ya se ha eliminado todo el tejido conjuntivo. Se vé la zona de uretra enferma que se vá a extirpar.

6º tiempo (Fig. N° 6), los dos cabos del conducto se han adosado por medio de hilos de catgut N° 0, que toman en masa las paredes de la uretra sin perforar la mucosa.

7° tiempo (Fig. N° 7). después de colocar los dos hilos superiores, se colocan dos laterales y uno mediano; con catgut N° 0. (Fig. N° 8).

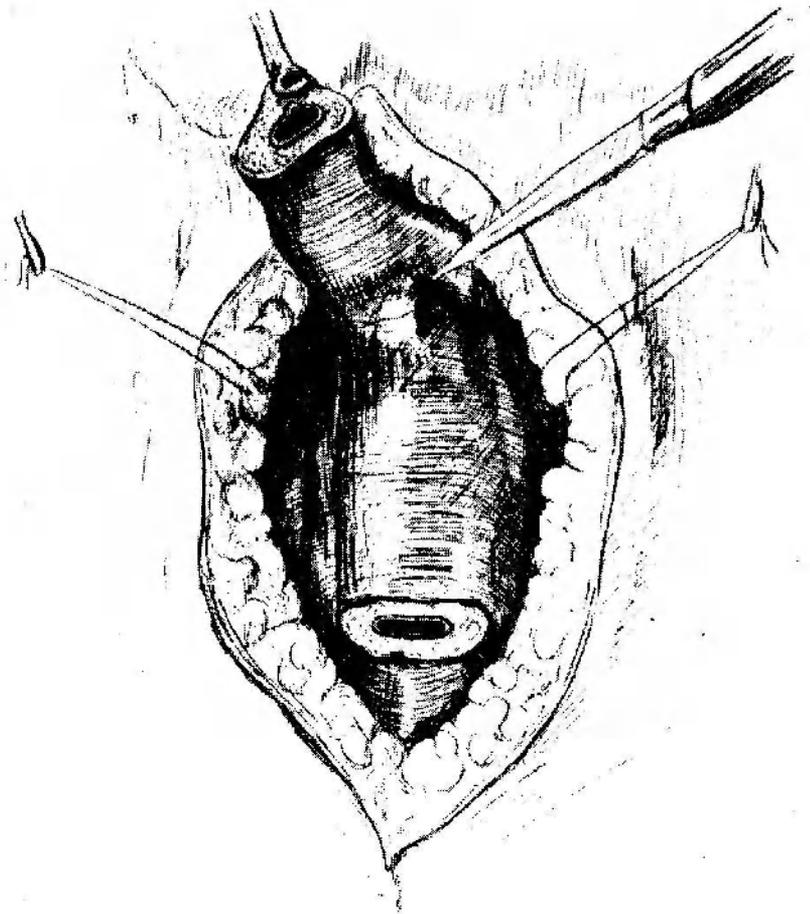


Figura 4

Desprendimiento del cabo proximal de la uretra, lo que va a permitir su acercamiento al cabo distal.

8° tiempo (Fig. N° 9), la uretrorrafia terminada, se afrontan las partes blandas, se sutura la piel, con un drenaje en la parte posterior de la herida.

9° tiempo. cistostomía de derivación.

10º tiempo. se retira la sonda uretral., para evitar el peligro del cuerpo extraño endouretral.

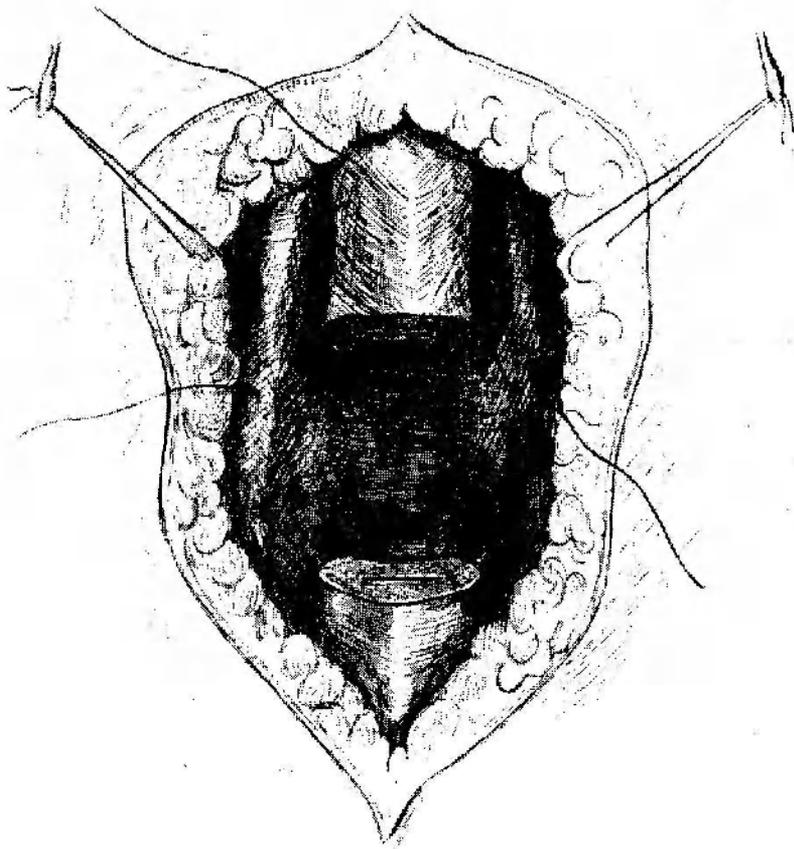


Figura 5

Se han pasado los hilos que servirán de apoyo. El pasaje anterior se hace a través de la uretra y el posterior en los tejidos vecinos del cabo distal. Al anudarse la aproximación de la porción anterior a la posterior permitirá el contacto de los dos cabos.

Post-operatorio normal, al 3er. día se retira el drenaje del periné.
Cierre por primera, los puntos se retiran al 8º día.

7-VII-1941. se retira la sonda hipogástrica y se deja una sonda de Marion N° 16 por uretra.

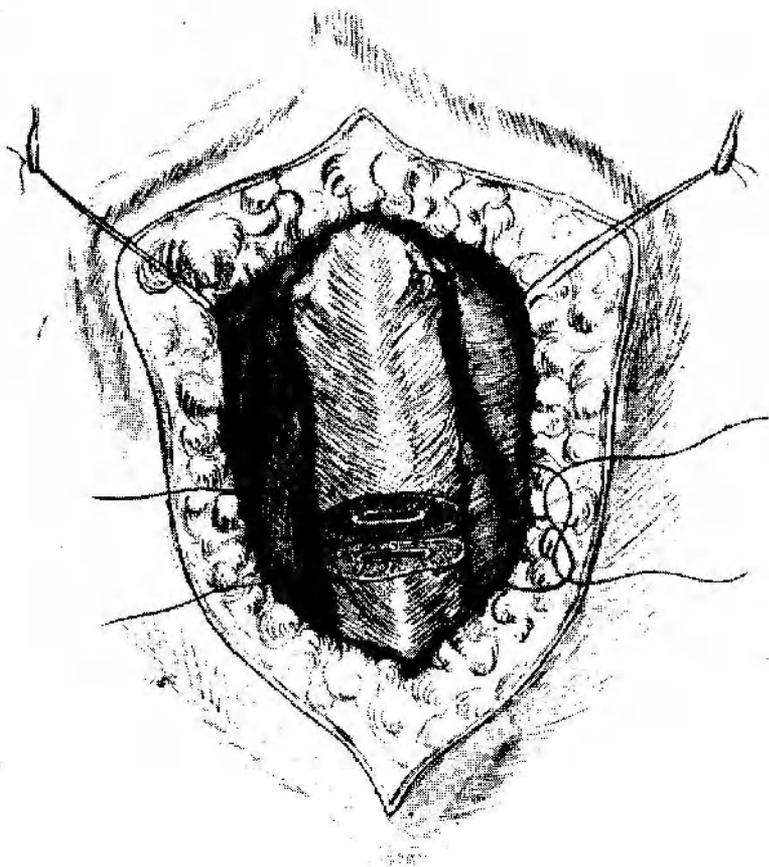


Figura 6

Los dos cabos del conducto se han adosado por medio de hilos de catgut N° 0, que toman en masa las paredes de la uretra sin perforar la mucosa.

Al 6° día, se saca la sonda Marion y el enfermo orina espontáneamente. Orinas claras a pesar de la presencia de la sonda.

Tres meses después se obtiene una nueva uretrografía (Fig. N° 10), con

inyección de una solución al 20 por ciento de ioduro de sodio y además las imágenes correspondientes a las Figs. 11 y 12, con un beniqué N° 50 introducido en uretra, que demuestran la perfecta permeabilidad del conducto.

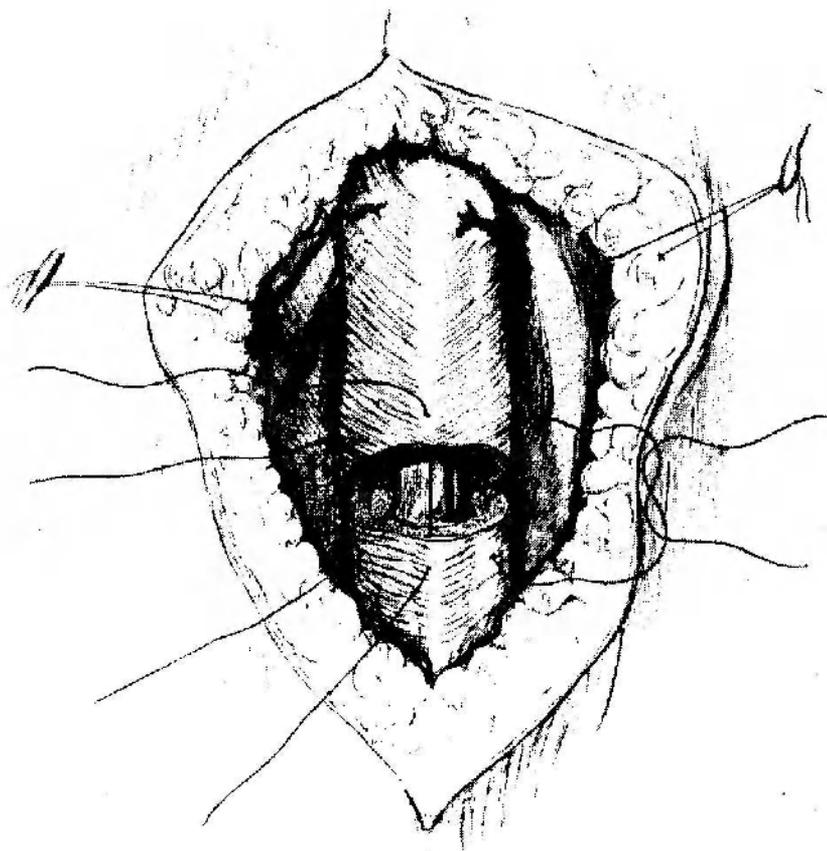


Figura 7

Después de colocar los dos hilos ureterales superiores se colocan dos laterales y uno mediano, previa introducción de una sonda en el conducto.

Hemos creído que no carecería de interés la presentación de este caso, por diversos motivos:

1º por la falta de retención completa de orina en un traumatismo intenso de uretra bulbar (ruptura completa y parcial) con hemo-uretrorragia copiosa y gran hematoma perineo-bulbar, que determinó

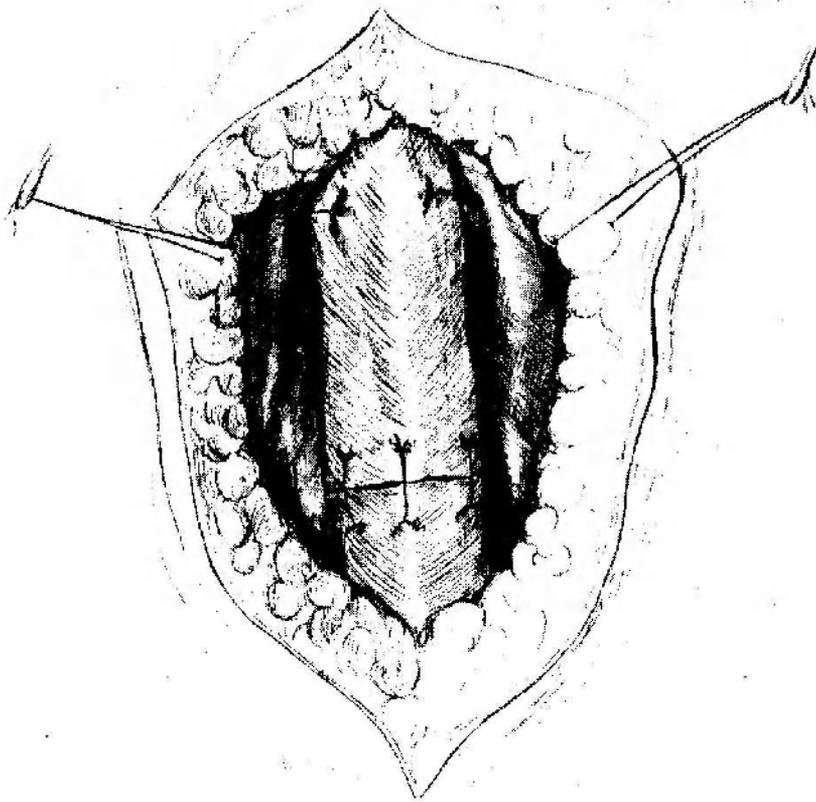


Figura 8
La uretrorrafia ha terminado.

sin embargo una disuria intensa, durante los 7 primeros días que siguieron al accidente.

2º por la evolución favorable del hematoma perineal, sin duda

alguna en relación con la medicación sulfamidada instituída desde el comienzo.

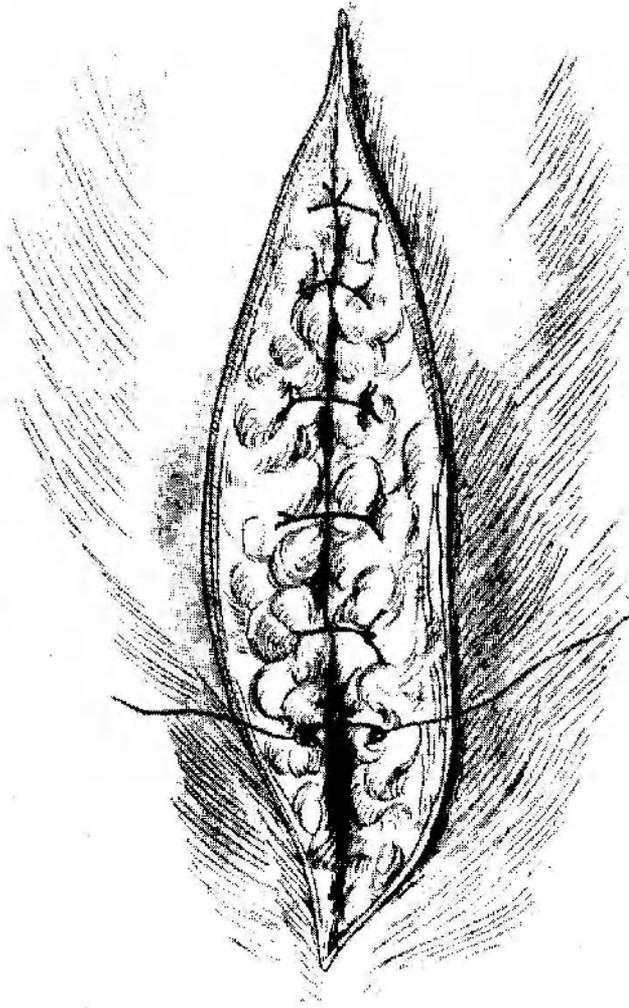


Figura 9

Cierre de la herida con drenaje. La sonda ha sido retirada y la orina se deriva por cistostomía.

3° dada la aparición tardía de las manifestaciones de la estrechez, que por la ausencia de toda maniobra endouretral no puede atribuirse sino al traumatismo en sí.

**Para la anestesia de las
mucosas uretral y vesical**

PANTOCAINA

en solución al 0,1 — 0,2 %

ACCION RAPIDA Y PROLONGADA

Envase original: Frasco de 25 c.c. de la solución de Panto-
caína al 2 % con adición de azul patente,
que se diluye convenientemente.



La Química Bayer S. A.

¡Presentamos!

S O L U D A G E N A N

p. (aminofenilsulfamido) piridina sódica

LAS MISMAS APLICACIONES DEL DAGENAN

Indicado: 1º. Cuando se desee atacar rápidamente.
2º. Cuando se necesite reforzar o completar el tratamiento por el DAGENAN.
3º. Cuando la vía oral sea impracticable.

Ventajas: Alta concentración: solución al 33 %
Perfecta tolerancia en inyección intramuscular profunda.

Presentación: Cajas de 10 ampollas de 3 c.c.
Conteniendo cada ampolla 1 gr. de Dagenan inyectable.



Muestras y documentación científica:

QUIMICA RHODIA S. A.

BARTOLOME MITRE 2524

BUENOS AIRES

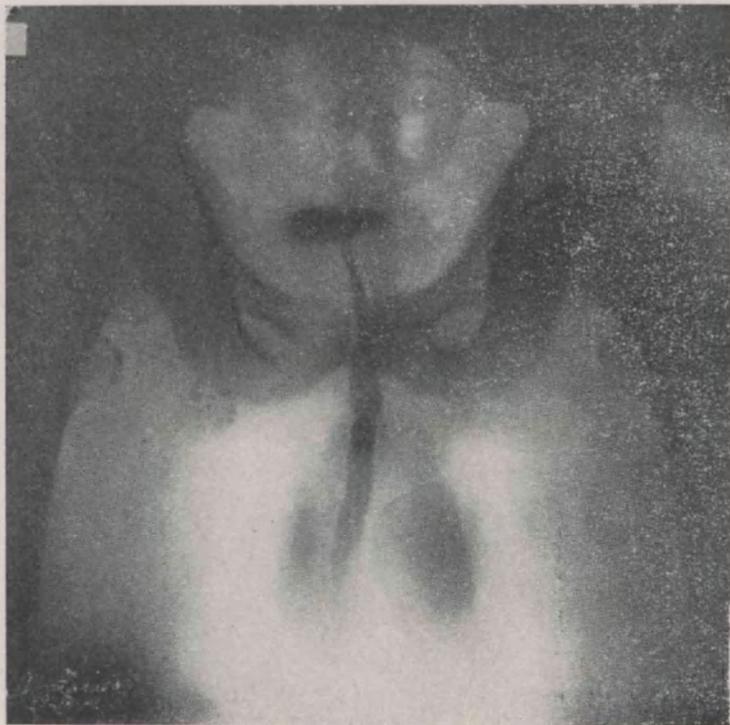


Figura 10

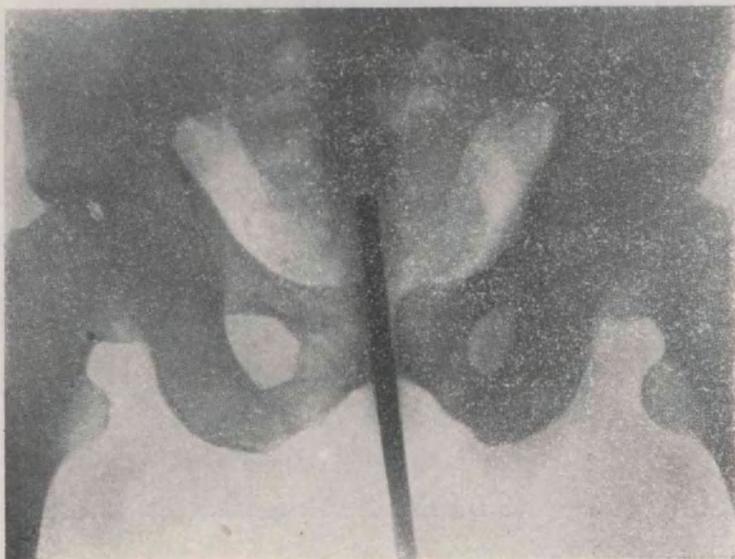


Figura 11

4º por el post-operatorio tan feliz debido a que el caso permitió seguir la más estricta técnica quirúrgica. Esto agregado a la deri-

vación de orina alta hizo posible eliminar ese cuerpo extraño, que constituye la sonda uretral, enemigo temible de la cicatrización del conducto por primera.

Como todavía en nuestro medio no se ha llegado a la uniformidad de criterio sobre el tratamiento de los traumatismos de uretra y su consecuencia fatal: la estrechez, creemos que esta modesta



Figura 12

colaboración podrá ser tenida en cuenta como una contribución más al tema.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — *¿Cuánto tiempo de evolución lleva después de operado ese enfermo?*

Dr. Grimaldi. — *Se operó el 21 de junio de este año.*

Dr. Trabucco. — *¿Las radiografías son recientes?*

Dr. Grimaldi. — *Sí, doctor. Las radiografías básicas se han tomado el 28 de diciembre de 1940, una de ellas y la otra, el 27 de septiembre de 1941.*

Dr. Schiappapietra. — Como contribución a este tema, me he permitido traer unas radiografías hechas escalonadas.

El primer caso que he seguido, data de unos 8 años, y fué presentado a esta Sociedad en el año 1934, presentando las radiografías de control un año después de hecha la resección del núcleo fibroso y la uretrorrafia. Lo llamamos en aquel entonces "Resultado alejado de una resección y uretrorrafia circular por estrechez traumática".

Nosotros vimos a este hombre, que era un marinero fluvial, de 53 años, un año y medio o dos después del traumatismo. Este hombre acudió a nosotros porque la empresa Mihanovich le obligaba a dejar su trabajo, porque cada tanto tenía que hacer estaciones en los distintos hospitales, donde debían dilatarle o mantenerlo con pequeñas sondas evacuadoras de permanencia.

Cuando este hombre llegó a nosotros, orinaba con mucha disuria, sólo pasaba una bujía filiforme, después de distintas maniobras y unos meses antes, había estado con una bujía cónico-olivar de permanencia en el hospital de Paraná.

En aquel entonces, le practicamos una resección del núcleo fibroso, el que se podía palpar en la uretra perineal, a la altura de la dilatación que correspondía a la dilatación bulbar. Hicimos, después de supuesta la cicatrización de esa lesión, una primera uretrografía y una segunda, que era la que presentamos un año después.

A este enfermo lo he seguido viendo.

Otro enfermo a quien he tenido oportunidad de examinar periódicamente confirma los resultados denunciados en la comunicación anterior, vale decir, que la evolución es de un año. Una de las uretrografías obtenidas después de tres años y que por su propia voluntad presentó al juez en litigio, no le valió a este hombre ninguna indemnización, nada más que la asistencia de su enfermedad, porque la uretra estaba en perfectas condiciones. A este hombre, de exprofeso, nunca lo dilaté. Cuando se presenta, lo exploro, le hago una uretrografía y lo despacho.

En otro caso, nos tocó por suerte asistir a la secuela, no al episodio agudo. Es un hombre joven que cayó en horcajadas. Era obrero en un obraje. En esta fotografía se ve la uretrografía antes de la operación. Muestra su estenosis por debajo del esfínter uretral, y una dilatación de su uretra membranosa.

Aquí vemos la resección hecha el año pasado. Este es el núcleo que resequé. La parte anterior parecía un hocico de tenca. Es una filiforme pasando por el trayecto que por supuesto en la mano se cateterizaba mucho mejor.

Aquí vemos el cabo opuesto.

Esta es una uretrografía a los 20 días de operado. Se ve una ligera irregularidad donde se ha hecho la uretrografía.

Aquí vemos una pequeña irregularidad a los 20 días de haber hecho la uretrografía.

Contribución al trabajo de los Dres. Grimaldi y Rubí

Por el Dr. T. SCHIAPPAPIETRA

En 1935 trajimos a estas reuniones (1) "El resultado alejado de una uretrectomía circular por estrechez traumática". Ese enfermo a quien he tenido oportunidad de continuar examinando periódicamente, confirmó con su evolución remota de más de ocho años en la actualidad, los resultados enunciados en aquella oportunidad. Una uretrografía obtenida a los tres años de la operación, y que por su cuenta presentó en litigio, sirvió de testimonio gráfico en contra de su demanda.

Adquiridos del Dr. Pagliere los detalles de técnica y animado por la alentadora observación, no he dejado de practicarla en cada indicación y ella figura repetida en las estadísticas quirúrgicas anuales de los servicios donde actúo.

Me permitiré documentar lo dicho con algunos de los casos operados y seguidos personalmente.

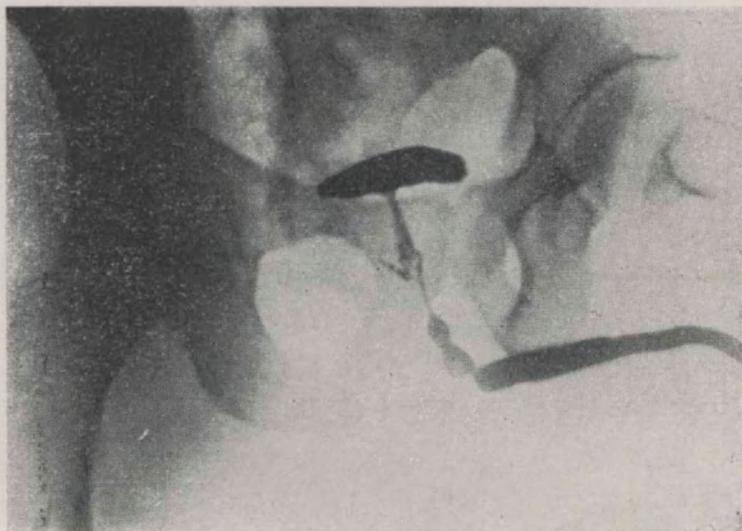
Las uretrografías que les mostraré, corresponden a un enfermo ingresado bajo el N° de Matrícula 230.614 del Servicio de Urología del Hospital Italiano. Cuatro meses antes de su ingreso, traumatismo del periné sobre la cruz del caballo que montaba; hemourrorragia persistente por 15 ó 20 días y poco después se iniciaba la disuria: a partir de esa fecha el médico local inició la dilatación uretral.

(1) Revista Argentina de Urología, Nos. 5 y 6, 1935, pág. 207.

Estrechez persistente y rebelde a la dilatación con episodios de retención que le obligaron a la permanencia de sondas cónicas. Con óptimo criterio indicó su internación.

A la altura que señala la uretrografía estrechez dura y sólo viable a una filiforme.

Considerando su estado urinario séptico, se prefirió la operación en dos tiempos. Previa cistostomía y modificada de sus orinas,



Uretrografía 1

practicué en un segundo tiempo la resección del núcleo fibroso seguido de la uretrografía circular.

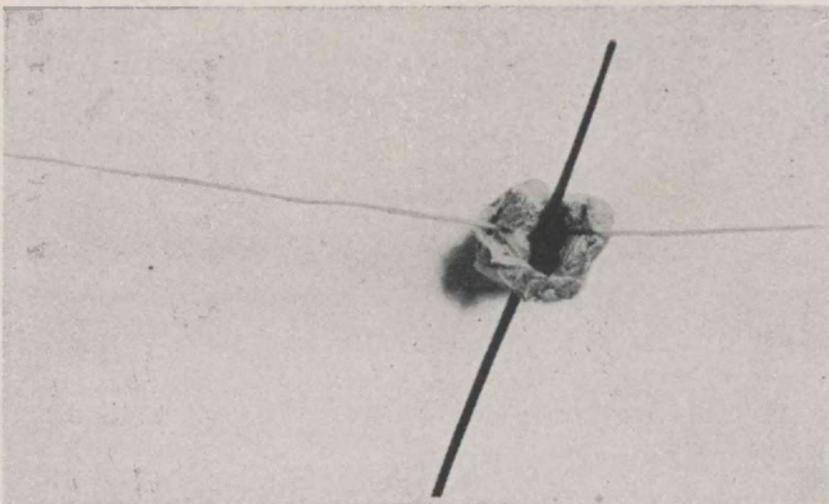
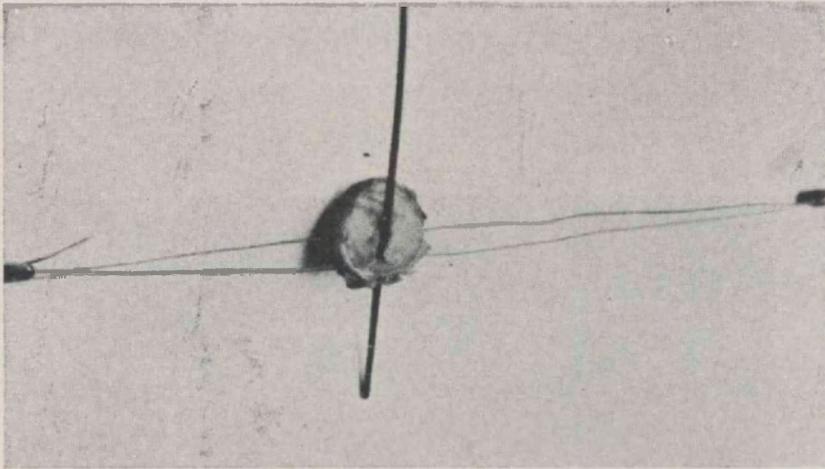
He aquí el núcleo fibroso resecado visto desde la posición distal de la uretra, tal como penetraría una bujía filiforme "in situ".

La segunda fotografía corresponde también al núcleo fibroso visto desde la porción proximal, tal como hubiese sido franqueado por la filiforme.

Sin distanciarme de la norma postoperatoria que hemos adoptado para este tipo de operación, deseando no ser cargoso con detalles, sólo haré presente que he retirado el drenaje hipogástrico y repuesto la sonda uretral a los nueve días, con un periné cicatrizado

por primera. Días después, comprobado el cierre de la vejiga y retirada la sonda uretral, la micción fué perfectamente normal.

Pueden apreciar en estas dos uretrografías del postoperatorio

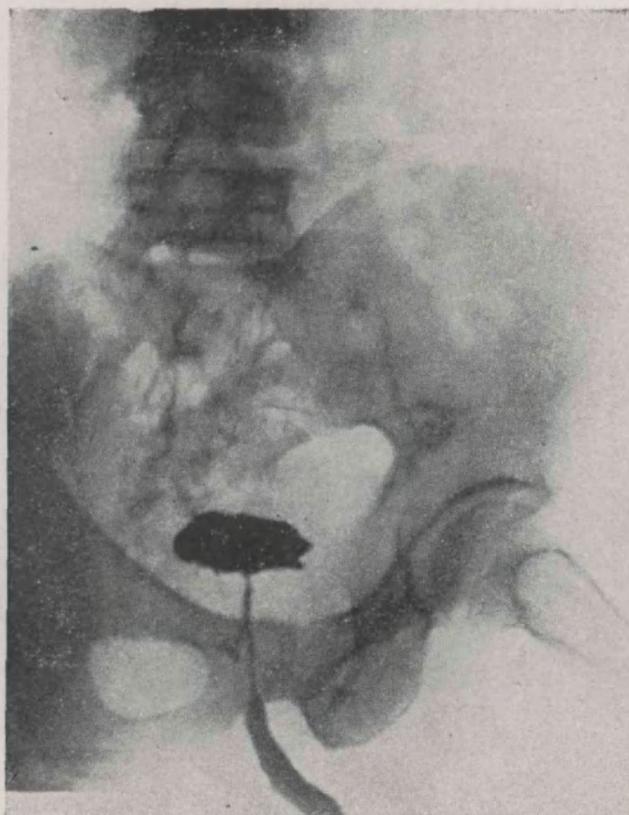


Fotografías 1 y 2

próximo, a los 17 días de operado, la ausencia de toda irregularidad; una sutil continuidad a través de un punto de la mucosa donde la substancia de contraste se insinúa en la pared de la uretra.

Tres meses después la exploración uretral no denunciaba la más mínima estenosis, evité el pasaje de Beniqué y obtuve la siguiente prueba radiográfica:

Ustedes pueden notar un leve festón donde la silueta uretral se presentaba cortada en hachazo en la uretrografía preoperatoria y



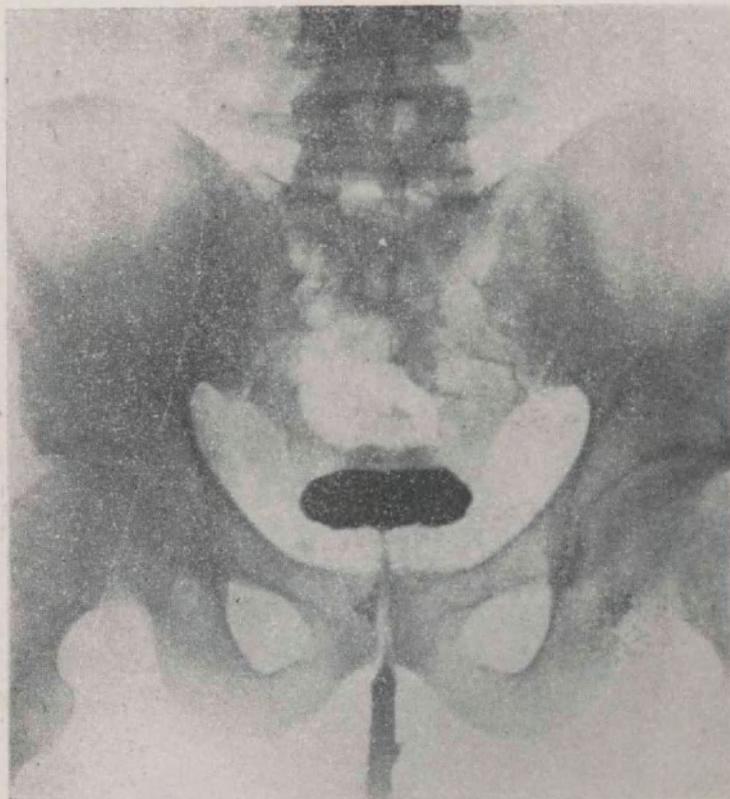
Uretrografía 2

no encuentran el más mínimo punto de continuidad como lo observaron en la prueba del postoperatorio próximo.

Consecuente a mi pedido, este hombre se presenta a largos intervalos y he aquí otra uretrografía a los 14 meses y por fin aproximadamente a los 3 años de la operación.

La segunda ficha aportada corresponde, también, a un accidente de equitación cuyo traumatismo perineal se efectuó sobre un tipo de basto que se acostumbra en el litoral. Hemourretorragia,

gran hematoma perineal, retención de orina y uretra infranqueable. En la localidad le fué practicada la cistostomía de urgencia. Ocho días después drenaje del hematoma perineal supurado y persistencia de fístula uretroperineal. La dilatación de la uretra y el cierre de la vejiga nunca fué posible, repetidos episodios de fiebre urinosa.



Uretrografía 3

Con esos antecedentes y en muy malas condiciones generales y locales, ingresó al Instituto de Perfeccionamiento Clínico Quirúrgico bajo el número de ficha.

Séptico, con drenaje hipogástrico, fístula perineal y uretra infranqueable. La uretrografía preoperatoria mostraba la interrupción de la uretra bulbar y la existencia de la fístula uretroperineal. Inyectado al través del trayecto fistuloso se hacía visible, también,

el cabo posterior de la uretra y entre ambos cabos uretrales el núcleo de fibrosis interpuesto.

Procedí a la resección del trayecto fistuloso y núcleo fibroso seguida de la uretrografía, sin variar la técnica habitual dispuse el afrontamiento del plano superficial del periné para un fácil drenaje. El postoperatorio fué muy satisfactorio, si bien de mayor cuidado con relación al anterior. Al ser dado de alta fué obtenida la radiografía número 8., y fuí yo el primero en sorprenderme ante tan



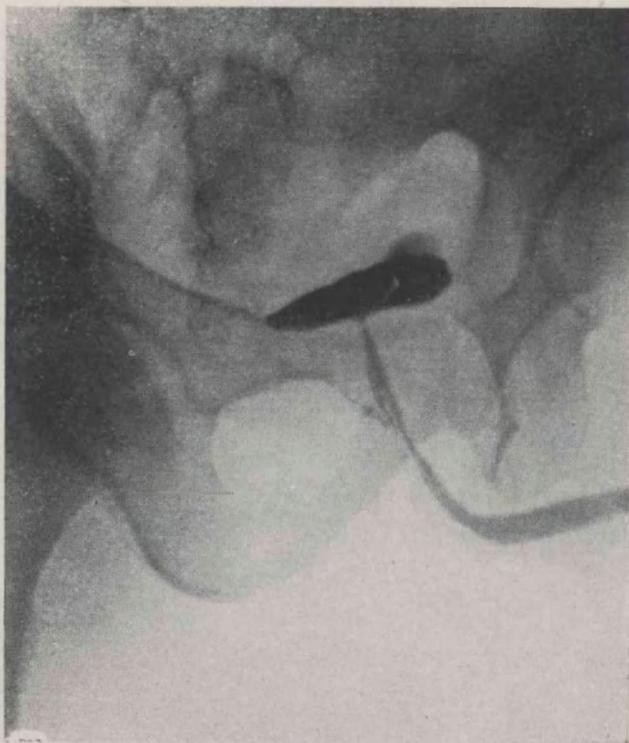
Urefrografía 4

prolija reconstrucción del bulbo uretral, como única deformación cicatrizal esa muesca en la parte convexa del bulbo.

El médico local me ha informado que mi operado no ha requerido otra asistencia urológica y periódicamente se complace en hacerle presente las perfectas condiciones de su micción; han pasado ya cuatro años de su operación. La rebeldía de algunas secuelas inflamatorias, con sus esclerosis no menos estenosantes que las traumáticas, me llevaron a poner en práctica la partida en ventaja que

podiera ofrecerme la uretrografía como medio gráfico de la estenosis.

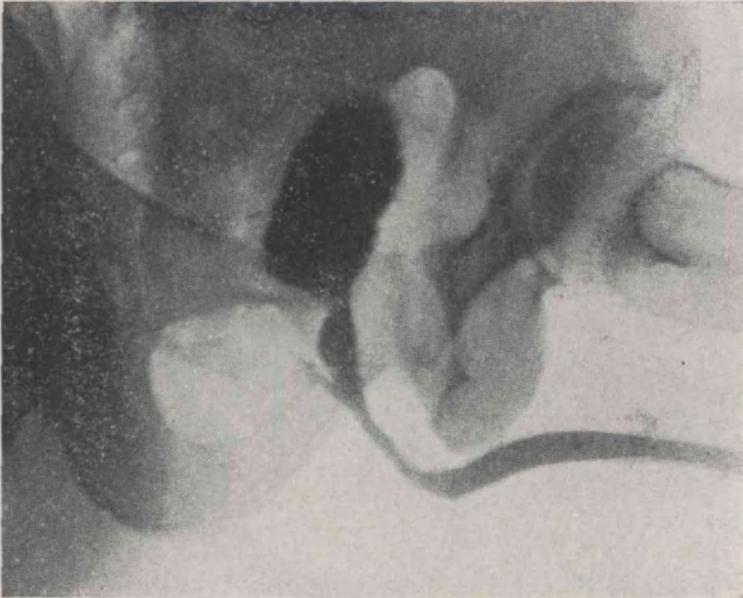
Por excepción, fundado en la limitación de la lesión estenosante y en el carácter de rebeldía a la dilatación, he procedido también a la resección y uretrorragia en el caso cuya uretrografía post-



Uretrografía 5

operatoria ustedes pueden apreciar como imagen distinta a las anteriores.

Ella corresponde a un enfermo de 63 años, internado en el servicio que dirige el Dr. Pagliere, en el Hospital Alvear. Complicaba a su estenosis una fístula uretroperineal y su drenaje hipogástrico efectuado en otro Servicio de Cirugía de la Capital, a raíz de una retención de orina en el momento de la complicación por una peri-

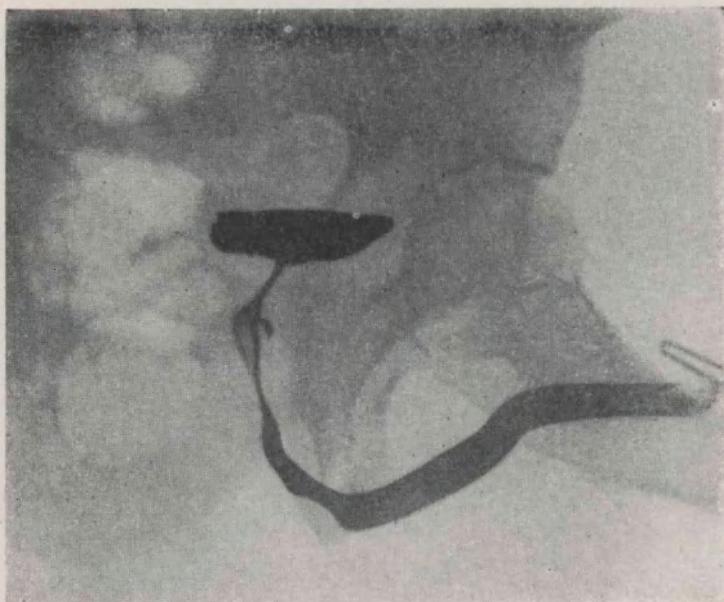


Uretrografia 6



Uretrografia 8

retrotritis supurada, dos meses antes de su ingreso. Con la derivación hipogástrica de la orina y la dilatación uretral subsiguiente no fué conseguida la solución que me proporcionó la técnica adoptada. En



Uretrografía A

este enfermo consideré indispensable mantener la dilatación periódica con Beniqué durante el postoperatorio próximo, después de efectuada la uretrografía.

Dr. Grimaldi. — *No me corresponde sino agradecer la pródiga contribución del doctor Schiappapietra, que ha hecho todavía más pequeña nuestra modesta comunicación.*