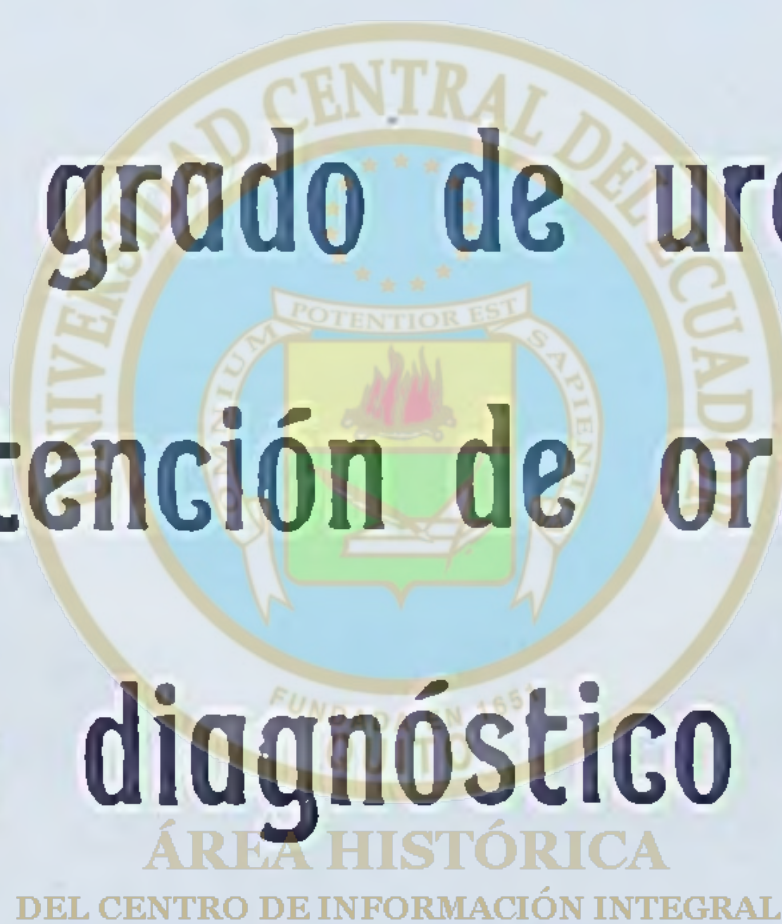


✓ POR EL SR. DR. EUSTORGIO SALGADO V.

*Monitor de la Clínica de Vías Urinarias del
Hospital Necker de París y Profesor de la
materia en la Universidad Central.*

✓ El grado de uretrorragia y de
retención de orina, como guía
de diagnóstico y tratamiento
en las roturas de la uretra.



EL GRADO DE URETRORRAGIA Y DE RETENCION DE ORINA COMO GUIA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LAS ROTURAS DE LA URETRA

Dejando a un lado las heridas pequeñas de la uretra que puedo considerar momentáneamente benignas, como las producidas por la brusquedad en el manejo de las sondas o por la mala elección de éstas, según la enfermedad en que es imprescindible usarlas, quiero tratar de las roturas graves, producidas por traumatismos más violentos y cuyo carácter saliente consiste en la abundancia de la hemorragia uretral, la retención de la orina y la estrechez cicatricial consiguiente. Para hacer una exposición metódica de las diversas clases de heridas traumáticas de este tejido, creo indispensable presentar observaciones personales anotadas en mi servicio hospitalario, en escala ascendente de gravedad.

Un joven tiene dificultad de orinar, pues es grande el esfuerzo que necesita hacer y la orina sale haciendo un chorrito filiforme. Entre los antecedentes se descubre que hace dos años tuvo blenorragia, que le duró siete meses y que causado del médico por mal tan prolongado, le introdujo un beniqué N° 48, el cual le produjo mucho dolor e hizo sangrar abundantemente la uretra, no sin que se presentase también retención de orina que le duró doce horas.

He ahí un caso de rotura uretral leve que presenta abundante hemorragia, retención transitoria de orina y, dos años después, estrechez cicatricial, la cual se cura por dilatación inflamatoria.

En las roturas de la uretra, cuando obedecen a traumatismos más grandes, los síntomas que llaman la atención y que no faltan nunca son: la uretrorragia y la retención de orina, el hematoma perineal y el dolor. La uretrorragia es variable según la intensidad del traumatismo y el grado de la rotura. Ordinariamente he visto que la hemorragia es más abundante, cuando

el desgarró no interesa sino los tejidos mucoso y esponjoso y, en este caso la sangre no puede acumularse en el periné, porque la túnica fibrosa de envoltura de la uretra está intacta y la sangre sale al exterior, algunas veces en tan grande abundancia, que alarma al enfermo, que teme por su vida.

El capataz de una fábrica entra al Hospital. Horas antes ha tenido una riña: en medio de la lucha, cae al suelo; el adversario aprovecha el incidente de la caída y le dá un violento puntapié en el periné.

El enfermo siente un dolor tan intenso, que le hace perder el conocimiento y queda tendido en tierra. La uretrorragia que es abundante cede a la compresión del periné; y la retención de orina que dura 22 horas desaparece después de la primera punción vesical; en cambio el escroto del lado izquierdo tiene un hematocele tan grande y que aumenta tanto, que se hace preciso operar al enfermo. Abierta la túnica vaginal, se encuentra en élla muy grande cantidad de sangre y coágulos, el testículo izquierdo está, de tal manera reducido a fragmentos, que no es posible conservar ninguno de ellos y es necesario terminar la castración.

En el periné no hay hematoma e, indudablemente, la uretra no sufrió sino un machacamiento tangencial contra una de las ramas descendentes del pubis, lo que produjo una rotura incompleta.

Este caso demuestra muy claramente que, si por una parte la uretrorragia es signo que no falta nunca, por otra, puede dar grandes luces al Cirujano respecto del grado de la rotura y además del sitio de ésta.

Estos dos últimos datos son de grande importancia, porque indican lo que el Cirujano debe hacer, de manera casi matemática.

El signo de la hemorragia me determinó en este enfermo a desechar el sondaje, apartándome de los preceptos científicos conocidos; porque comprendí que la rotura uretral no era muy grande y que los peligros en que exponía al paciente con un sondaje habrían sido, indudablemente, mucho más graves que la enfermedad.

Sabido es que la retención de orina acompaña siempre a las roturas del canal uretral; pero esas retenciones son transitorias o permanentes. Distinguir estas dos formas de retención o presumirlas por lo menos en las primeras horas, es de capital importancia para la vida del enfermo. Hacer lo que se debe y abstenerse de lo que no se debe en el tiempo preciso, debe constituir la ca-

racterística del cirujano, y esto no lo pueden poner en práctica sino aquellos que unen al estudio, larga práctica de observación hospitalaria; pues, sabido es que las lesiones de la uretra son de diversos grados, que es menester distinguir a tiempo.

He visto otra variedad de uretrorragias, que no guarda relación con el grado de lesiones uretrales y que puedo decir que están en razón inversa, de la extensión de estas lesiones, pues, mientras más extensas son éstas, menor es la hemorragia, porque la sangre en estos casos, en lugar de salir al exterior se acumula en el periné y éste se distiende y forma relieve.

Un trabajador desciende de la cubierta de una casa y cae a horcajadas sobre una viga del segundo piso; siente fuerte dolor en el periné y al mismo tiempo percibe que pierde sangre por el meato; pero en pequeña cantidad. A la mañana siguiente ingresa al Hospital.

En el examen se nota lo siguiente: la uretrorragia ha suspendido; al comprimir la uretra peneana sale por el meato un coágulo pequeño. El periné está doloroso y levantado, la pelvis no está fracturada y el enfermo no ha podido orinar desde el momento del accidente; la vejiga está llena.

Sin embargo de comprender que gran parte de la uretra vulvar está rota y que será tal vez muy difícil el cateterismo, trato de pasar la sonda de caucho N° 14.

En efecto, la sonda que se resiste a pasar, después de paciente trabajo termina por entrar en la vejiga y saca 1.200 gramos de orina. Excusado es decir que deje la sonda a permanencia, porque ello era salvador para el enfermo.

Practicada la talla perineal a la mañana siguiente, se encuentra regular cantidad de sangre y la uretra rota en más de la mitad de su circunferencia.

La poca uretrorragia, el dolor excesivo y el abombamiento perineal, me decidieron a teutar el cateterismo, para evitar que algunas gotas de orina penetrasen en el periné si el enfermo llegaba a orinar espontáneamente, lo cual daría origen al absceso urinoso y tal vez a la septicemia y a la muerte.

Hasta este momento no he tratado sino de las roturas uretrales perineo-vulvares y voy demostrando que la uretrorragia es menor, mientras más grandes son los destrozos del canal uretral, lo cual, a primera vista, parece paradójico y sin embargo, ésta es la consecuencia de muchísimas observaciones que he podido comprobar en la práctica hospitalaria.

Además, menester es señalar de paso, que la retención de orina, va también modificándose con la intensidad de las lesio-

nes de este canal y así he observado que a mayor rotura, corresponde mayor persistencia en la retención, llegando en ocasiones a ser definitiva.

El conocimiento de estas modalidades en los dos grandes síntomas de esta enfermedad no deben olvidar los médicos, ya que, lo contrario, acarrea muy serios resultados para la vida o el porvenir de los enfermos.

Para corroborar lo dicho es necesario estudiar las tremendas desgarraduras de la uretra posterior, ocasionadas por fracturas de la pelvis; estas lesiones han menester, profunda reflexión de parte del médico, porque de las primeras maniobras se derivan felices o funestas consecuencias para el paciente.

Saber que porción de la uretra está desgarrada; de qué grado es la rotura; calcular si la retención de la orina será permanente o transitoria; saber lo que se debe hacer de manera perentoria y decisiva en las primeras horas, es evidentemente muy difícil.

Aquí todavía la uretrorragia es un síntoma precioso. Grave estado general del enfermo; traumatismo violentísimo; unas pocas gotas de sangre, retención de orina permanente, son factores que de hecho deben hacer pensar en la fractura de la pelvis, con rotura de la uretra posterior y entonces efectuar las maniobras científicas aconsejadas o enviar al enfermo para que lo atienda con más acierto, el médico que para éllo esté más capacitado; ya que si las primeras atenciones son mal dirigidas o si se abandona al enfermo a su propia suerte, éste morirá fatalmente con celulites pelviana.

Un obrero caye a tierra aplastado por un trozo de peña que se derrumba. En estado muy grave es conducido al Hospital. Examinado allí por el médico de turno, se observan las lesiones siguientes: fractura de la clavícula izquierda; ímpotencia de las extremidades inferiores, sobre todo de la derecha; algunas gotas de sangre han manchado sus pantalones y por el meato aún sale pequeñísima cantidad; hay retención de orina; el globo vesical, no muy grande, se siente en el hipogastrio. Se quiere pasar una sonda y la maniobra fracasa.

A la mañana siguiente se intenta, una y otra vez el cateterismo, siempre sin resultado. Los dolores son atroces y se aumentan con la distensión vesical.

El médico punciona la vejiga y coloca una sonda suprapúbica, la cual permanece allí por espacio de un mes, no sin haber intentado por varios días seguidos el cateterismo, que fracasa siempre.

En este estado me hago cargo del enfermo. Practico la uretromía externa y no puedo, por mucho que haga, encontrar el cabo posterior. El periné está con pus y edematoso; la insición perineal se deja abierta, con el objeto de ver si el enfermo, en los días sucesivos orina por la herida, lo que tampoco se consigue; la retención es permanente. Hay abundante supuración de la vejiga y la sonda suprapúbica llena de concreciones calcáreas se ha obstruído completamente.

Es indispensable abrir la vejiga para hacer el sondaje retrógrado, lo que se consigue no sin gran trabajo.

En escala ascendente he presentado los casos patológicos y voy señalando que, mientras los destrozos de la uretra posterior son más acentuados, los síntomas, uretrorragia y retención, van marcando su modalidad propia. La razón de estos hechos no es difícil comprender si nos detenemos a considerar que la pelvis, al fracturarse y según la clase y el sitio de élla, o arranca completamente el canal uretral por estiramiento, como sucede en la fractura llamada de Malgaigne o algún fragmento de hueso desgarrar la uretra posterior casi circularmente; dejando, como reliquia un pequeño jirón de tejido uretral. Es por ésto, precisamente, que la hemorragia tiene sus variantes; porque si hay un desgarrón solamente, es natural que la uretrorragia sea un tanto más copiosa que cuando hay un arrancamiento completo, en cuyo caso, ésta es casi nula, pues, todos sabemos que los tejidos que se arrancan casi no dan sangre. Además, la sangre que aparece en esta clase de lesiones no es sino del extremo uretral anterior, ya que la restante cantidad, ora por la situación anatómica de la uretra posterior, ora por las lesiones que se han producido en el fondo del periné, queda localizada allí y ésto dará lugar al hematoma y al abombamiento perineal.

Un enfermo me va a dar la prueba de este fenómeno.

El sacerdote N. N. conversa tranquilamente sobre la acera de la calle, cuando menos lo piensa es cogido por un automóvil que sin gobierno va a estrellarse contra el muro de la casa. El sacerdote, que no tiene tiempo de escapar, queda preso entre el automóvil y el muro, y sufre el choque en la región antero-lateral de la pelvis derecha. En estado gravísimo es llevado a su casa, siente dolor inmenso en el periné, en la fosa ilíaca derecha, en el muslo derecho. Además, contadas gotas de sangre han manchado sus ropas interiores.

Los médicos llamados inmediatamente tratan sólo de calmar el dolor.

En la noche de ese mismo día, la retención de orina, angustia y desespera al enfermo y en vista de ello, se acuerda sondear

al paciente y se deja la sonda a permanencia; sin embargo de que la sonda no saca sino pocos gramos de orina sanguinolenta.

A las 48 horas, ya con fiebre y sudores, es decir en pleno desarrollo la celulitis pelviana, se transporta al enfermo a la Clínica. Llamado en consulta diagnóstico rotura de la vejiga, ocasionada por rotura de la pelvis; fundándose para ello: primero, en la pequeña uretrorragia; segundo —y este dato de grandísima importancia— en que hay retención permanente sin que haya, al mismo tiempo, formación del globo vesical en el hipogastrio; y tercero, que la sonda, a pesar de que pasa con facilidad y saca sangre y orina en muy pequeña cantidad, me da la impresión de que no está en la vejiga.

La operación practicada en la noche de ese mismo día, como último recurso, confirma el diagnóstico. Abierto el periné, se encuentra que la rama horizontal del puvís y la descendente del izquierdo están fracturadas, dando como resultado, que la región anterior de la pelvis se vino hacia afuera y arrancó la uretra prostática, con un fragmento del fondo vesical, lo cual dió lugar a la formación de una cavidad entre la vejiga y la pelvis y esta cavidad contenía sangre y orina fétida.

No quiero terminar este artículo sin esbozar, siquiera, a grandes rasgos, el problema difícil aún del tratamiento que empleo en esta clase de enfermos. Tal vez en esto me aparte de las enseñanzas hasta hoy conocidas, pero la observación que de esta clase de lesiones he podido hacer en el Hospital, me ha trazado la línea de conducta que es menester seguir para salvar al paciente y librarlo, a la vez, de las desgraciadas consecuencias de esta clase de heridas.

En la elección del tratamiento, mi primer punto de mira se dirige a la cantidad de la uretrorragia. Esta es abundante, el traumatismo no es mayor; desecho la sonda y espero. El calor en el hipogastrio, la compresión en el periné, suprimen la sangre y hacen cesar la retención provocada por espasmo del cuello vesical.

La hemorragia es regular, el dolor perineal no es muy grande, se puede calcular la intensidad del traumatismo; hay esperanza, por tanto, de que la retención de orina no tendrá el carácter de permanente; puesto que se comprende que la rotura uretral no es muy grande. Aún en este caso me abstengo todavía de hacer uso de la sonda; posiblemente el método anteriormente empleado puede ser suficiente. En caso contrario y si la retención de orina molesta al paciente, hago la punción de la vejiga; dos, tres y más veces, pero no hago el cateterismo.

El traumatismo es grande, la uretrorragia es pequeña y en veces, pequeñísima; hay sospechas de que la pelvis está fracturada y que la uretra posterior está arrancada o que ha sufrido un desgarrón; que la retención es permanente y sin globo vesical; que el periné está muy dolorido y tenso y abombado. Con mayor razón, aquí el uso de la sonda debe ser formalmente rechazado.

El cirujano, sin vacilar, debe ir directamente al periné, abrirlo y hacer lo que la ciencia le aconseja.

No hago uso de la sonda en la mayor parte de las roturas de la uretra, porque es evidente, evidentísimo que la sonda, maravilloso instrumento, en otras ocasiones, es arma que destroza, infecta y mata, usada sobre todo en las roturas de la uretra posterior. Los urólogos alemanes y franceses, con Guyon a la cabeza, nos dicen que el cateterismo perfectamente aséptico no existe; máxime, cuando las manos que lo efectúan son inexpertas; entonces se convierte en arma destructora y mortífera.



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL