

## *Herida de uréter y cava*

Dres. OSCAR BALBOA, SILVIO MELOGNIO y ARTURO DURANTE \*

En nuestro medio ya se ha tratado el tema de heridas de cava(2) así como el de heridas de uréter (1), señalándose en ambos casos que se trata de lesiones que se ven concomitantes a otras, habitualmente intraperitoneales no encontrándose publicado en nuestro medio esta asociación lesional que la vecindad anatómica de ambas estructuras hace posible. Por supuesto que dejamos de lado las heridas quirúrgicas que en la práctica urológica, especialmente del riñón derecho son posibles.

Duke y col. (3) en una revisión que hacen sobre 42 heridas traumáticas de cava encuentra que en 8 casos estaba herido el uréter derecho.

### HISTORIA CLINICA

H. de C. N. R. 340621.

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad que el 26-I-73 recibe una herida de bala con orificio de entrada en flanco derecho y de salida en fosa lumbar izquierda, que ingresa al Servicio de Emergencia con moderada descompensación hemodinámica y es operada de urgencia comprobándose un gran hematoma retroperitoneal sin lesión visceral intraperitoneal por lo cual no se realiza ningún gesto terapéutico especial salvo un avenamiento que se exterioriza por el flanco derecho.

Al segundo día del postoperatorio por el tubo de avenamiento comienza a salir un líquido de aspecto piourinoso cuyo examen químico plantea la sospecha de que se trata de orina, comenzándose a agravar el estado general de la paciente en forma progresiva, instala un íleo marcado y fiebre en ganchos de tipo supurativo. Es en esta situación que se pide una urografía de excreción (Fig. 1) en la que se aprecia con total nitidez la herida de uréter.

Con una paciente en mal estado general es que se decide la reintervención que se efectúa por lumbotomía derecha se comprueba un gran hematoma infectado, los cabos ureterales están muy separados por lo cual se le efectúa la nefrectomía derecha.

En las maniobras de limpieza de los coágulos se produce un importantísimo sangrado que tiene su origen en una herida de la vena cava por debajo de las venas renales de 2 a 3 cms. de longitud que se comprime con el dedo y posteriormente se sutura con puntos continuos de seda.

La recuperación postoperatoria es lenta, habiéndose ido de alta en buenas condiciones el 30-III-73.

Esta observación presenta varios hechos de interés y que se deben analizar.

En la operación efectuada de urgencia el cirujano se abstuvo de actuar frente a un hematoma retroperitoneal siendo esta actitud polémica.

Desde el punto de vista clínico los hematomas retroperitoneales los podemos dividir en dos sectores:

- A) Medianos.
- B) Laterales.

---

Ex-Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y Prof. Adjunto de Urología.

Contribución al trabajo: Herida de uréter de Castiglioni y cols., presentado el 6 de junio de 1973.

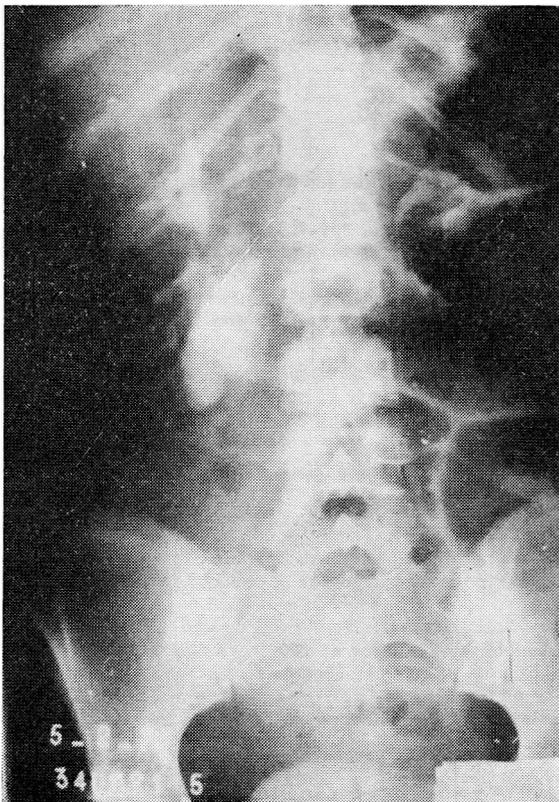


FIG. 1.—Se ve la salida del medio de contraste a la atmósfera perirenal.

Los medianos tienen habitualmente su origen en lesiones vasculares mientras que los laterales resuonden a lesión renal.

Cazabán y col. (2) en su trabajo sobre heridas de cava hacen especial reparo en la necesidad del abordaje de los hematomas retroperitoneales avalando dicha afirmación entre otros motivos por la posibilidad de hemorragias mortales en el postoperatorio como tuvieron oportunidad de ver. En los comentarios al trabajo el Prof. Chifflet se suscribe a este criterio.

Podríamos afirmar que si se tiene la firme presunción de que se trate de una herida de cava esta actitud es inobjetable, hecho clínicamente sospechado por la topografía mediana predominante del hematoma; pero debemos tener presente también que un hematoma retroperitoneal puede ser debido a una rotura de riñón en cuyo caso el abordaje quirúrgico directo es más discutible en la medida de que con gran frecuencia dichos abordajes pueden terminar en una nefrectomía y no debemos olvidar al respecto la necesidad de conocer el valor funcional del riñón controlateral hecho en el cual insisten Hughes (5), Lockart (6) señalando entonces el valor extraordinario de la urografía de excreción de urgencia.

Con esto queremos decir que el abordaje sistemático de los hematomas retroperitoneales debe efectuarse cuando éste es mediano y se sospecha entonces una lesión vascular. Pero que no deben abordarse en forma sistemática los hematomas laterales ya que siendo éstos de origen renal dan lugar a una expectativa que

permita el reconocimiento lesional correcto, el valor funcional controlateral, basándose para ello en la posibilidad de auto hemostasis que otorga la logia renal pudiendo surgir la necesidad operatoria en la evolución con una incisión adecuada.

En lo que se refiere al análisis lesional de este caso clínico presentado podemos decir que la herida de cava se encuentra en un sector quirúrgicamente fácil, es decir por debajo de las venas renales.

Con la herida de uréter dado el tiempo de evolución, el ambiente infeccioso y la separación de los cabos no permitió la realización de una cirugía reparadora.

## RESUMEN

Se presenta una observación de herida de bala de la vena cava inferior y del uréter derecho tardíamente diagnosticadas.

Se insiste en el interés del abordaje primario de los hematomas retroperitoneales.

## RÉSUMÉ

Présentation d'une observation de blessure par balle de la veine cave inférieure et de l'urètre droit diagnostiquée tardivement.

On souligne l'intérêt de l'abordage primaire des hématomes rétropéritonéales.

## SUMMARY

A patient had suffered bullet wounds in the lower vena cava and right ureter and diagnosis was not established immediately.

In such cases it is convenient to attempt a primary approach on retroperitoneal hematomas.

## BIBLIOGRAFIA

1. CASTIGLIONI, J. C., CUNEO, L., BERGALLI, L. E., SOTO, S. A. y SACCONI, R. Heridas de uréter. *Cir. del Urug.*
2. CAZABAN, L. A., RIOS BRUNO, G., CAMAÑO, M. y PRADINES, J. C. Heridas traumáticas de vena cava inferior. Análisis de 9 observaciones. Consideraciones patológicas, clínicas y terapéuticas. *Rev. Cir. del Urug.*, 38: 189-200, 1968.
3. DUKE, J., JONES, R. and TOM SHIRES, S. Management of injuries to the inferior vena cava. *Am. J. Surg.*, 110: 759-63, 1965.
4. DURANTE, A. y col. Traumatismo de riñón. *Mesa Redonda Cong. Urug. de Cir.* XV: 389-434, 1964.
5. HUGHES, F. Aspectos urogenitales del politraumatizado grave. *Cong. Urug. de Cirug.*, XVII(1): 168-82, 1966.
6. LOCKHART, J. La urografía de excreción en la cirugía de urgencia. *Rev. Cir. del Urug.*, 36: 82, 1966.
7. ORMACHEA, C. Lesiones vasculares en el politraumatizado grave. *Cong. Urug. de Cirug.*, XVII: 206-28, 1966.
8. ORMACHEA, C. y PRADERI, R. Tratamiento de los traumatismos de los grandes troncos arteriales y venosos. *Bol. Soc. Cir. del Urug.*, 33: 303-11, 1962.
9. OSCHNER, J. L., CRAWFORD, E. S. and DEBAKEY, M. E. Injuries of the vena cava caused by external trauma. *Surgery*, 49: 397, 1969.
10. STARZL, T., KAUPP, H. A., BEHELER, E. M. and FREEMARK. Penetrating injuries of the inferior vena cava. *Surg. Clin. North Am.*, 43: 387-400, 1963.

## Síntesis quirúrgica nacional

### REVISTAS URUGUAYAS

#### Jornadas Rioplatenses de Ginecología, 11º.

*Nómina de trabajos de interés quirúrgico presentados.* Arch. Ginec. Obstet., 24(5-6): 1970.

Frecuencia relativa del carcinoma de cuello y cuerpo uterino en el último quinquenio 66-70 en las Clínicas Ginecológicas del Hospital Pereira Rossell. C. Alvarez Santín, A. Mattei Slavica y J. A. Mautone.

Resultados del tratamiento del carcinoma de endometrio. A. Gagneten, R. Moncalvo, R. Rozados, C. L. Onorati y J. M. Gentile.

Carcinoma epidermoide en teratoma adulto. J. G. Falcone, M. Telenta de Beveraggi, J. M. Cutor y J. M. Lebron.

Factor tubárico en esterilidad (tratamiento y resultados). A. Oroquieta, M. S. Santos Muñoz, A. Nadel, R. H. Pagez y L. R. Laffitte.

Clínica y tratamiento del derrame por el pezón. P. L. M. Pasi, O. A. Longo, N. Panizza, C. A. Hermansson y M. F. Justribo.

Expresión histopatológica de los derrames mamilares (197 observaciones). P. L. M. Pasi, O. A. Longo, C. A. Hermansson, M. F. Justribo y O. J. Verdier

Seguimiento a largo plazo en el carcinoma mamario. P. L. M. Pasi, O. A. Longo, A. Botta, E. A. Yebara y M. F. Justribo.

Eventraciones potsoperatorias tocoginecológicas. C. A. Duverges, J. C. Bottaso, J. L. Zapaterio y L. Kwiatkowski.

Histerectomía vaginal y plastia de vagina, por A. A. Yanes.

Corrección del prolapso de la bóveda vaginal post-histerectomía, con material sintético. O. Corneli.

Nuestra experiencia de la anestesia raquídea en ginecología (sobre 10.000 anestésias efectuadas). M. B. Rodríguez López.

#### Estado actual en el tratamiento de la oclusión vascular mesentérica superior.

*Cazabán, L. A. y Estapé, G.*

Día Méd. Uruguayo, 39(475): 194, 1973.

Los autores señalan lo complejo del diagnóstico y tratamiento de esta afección; exponen tres casos clínicos muy disímiles entre sí, para ejemplificar los diferentes tipos de esta patología (obstrucción del tronco de la arteria mesentérica superior, aneurisma traumático de la arteria mesentérica superior roto en la vena homónima, e infarto venoso).

Indican como directivas terapéuticas el restablecimiento de la circulación arterial, la resección intestinal y la restauración del tránsito digestivo, analizando luego, la táctica y técnica operatoria en cada caso particular.

Entre las medidas coadyuvantes, analizan el papel de los anticoagulantes, los dextranos, la reposición volémica, los antibióticos, tónicos cardíacos y bloques nerviosos regionales. — G. E.

#### Nuevas técnicas

##### en el diagnóstico de los tumores abdominales.

*Dighiero, C. y Silva, C.*

Día Méd. Uruguayo, 39(475): 228, 1973.

Los autores presentan una observación de lipoma retroperitoneal de gran tamaño; destacan la dificultad en el diagnóstico de estas tumefacciones y finalmente analizan los métodos clásicos con sus limitaciones y la ayuda que prestan los estudios que emplean radioisótopos. — C. D. y C. S.

#### Evolución, clasificación

##### y selección de los procedimientos

##### en la cirugía de la hernia inguinal.

*Suiffet, W.*

Día Méd. Uruguayo, 40(476): 239, 1973.

El autor expone la evolución histórica de la cirugía de la hernia inguinal, dividiéndola en tres periodos de tiempo que van desde el siglo I al año 1887; de 1887 a 1901, y de 1901 a la fecha.

Adopta la clasificación de los procedimientos en: herniotomías, herniorrafias y hernioplastias, analizando cada una de las técnicas descritas hasta el presente, e indicando los criterios de selección de las distintas tácticas quirúrgicas para el correcto tratamiento de la hernia inguinal. — G. E.

#### Tumores del tronco cerebral en la infancia.

*Fortes-Rego, J., Arias, L. P. y Rebollo, M. A.*

Arch. Ped. Uruguayo, 44: 152, 1973.

Los autores destacan la relativa frecuencia de estos tumores dentro de los procesos expansivos intracraneeos de la infancia, lo que obliga a tenerlos siempre presentes en la elaboración diagnóstica.

Destacan que la edad de comienzo predomina entre los 5 y 9 años.

Las cefáleas y los vómitos son los síntomas iniciales.

El nervio facial es el más comprometido de los pares craneanos.

Expresan la dificultad de establecer un diagnóstico clínico correcto, así como la seguridad y precisión de los estudios radiológicos contrastados en la determinación exacta del diagnóstico de tumor intraaxial. — G. E.

### PUBLICACIONES DE AUTORES NACIONALES EN EL EXTRANJERO

#### Diagnóstico y tratamiento

##### de la oclusión intestinal postoperatoria

*Marella, M. y Boutón, J.*

Prens. Méd. Argentina, 60: 526, 1973.

Análisis de una serie de 28 casos de obstrucción intestinal postoperatoria con 4 muertes. Si el tránsito intestinal no se restablece en 72 horas se debe pensar en oclusión mecánica de delgado y se requiere un estudio radiológico. Se practica luego intubación gástrica y restablecimiento del medio interno. Se aconseja reintervención precoz, ileotomía de aspiración y operación de Noble parcial si hay desperitonización.

## *Noticiario médico*

### **19° Congreso Mundial del International College of Surgeons.**

Lima. 24 al 28 de marzo de 1974.  
Secretaría: Avda. Javier Prado Este 255. Oficina 201.  
San Isidro. Lima. Perú.

### **1ª Convención de la Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva.**

Buenos Aires. 1º al 3 de abril de 1974.  
Secretaría: Junín 901. Buenos Aires. Argentina.

### **9° Congreso Internacional de Angiología.**

Florenca. 3 a 7 de abril de 1974.  
Secretaría: Prof. F. Pratesi. Vía Della Robbia, 5. 50132.  
Firenze. Italia.

### **Jornadas Franco-Uruguayas de Cancerología.**

Montevideo. 17 y 18 de abril de 1974.  
Secretaría: Clínica Quirúrgica del Prof. Ferrari. Piso  
11. Hospital de Clínicas. Montevideo.

### **5° Congreso Mundial de Gastroenterología.**

México. 13 al 19 de octubre de 1974.  
Secretaría: Av. Veracruz 93. México, 11 Df. México.

### **3er. Congreso Mundial del Colegio Internacional de Cirugía Digestiva.**

Chicago. 20 al 24 de octubre de 1974.  
Secretaría: Vía Cesare Correnti 6. 00179. Roma. Italia.

### **11° Congreso Internacional de Cáncer.**

Florenca. 20 al 26 de octubre de 1974.  
Secretaría: Cancer Congress cc 1729/00 Casa d, Ris-  
parmio. Vía Bupalini 4. Firenze. Italia.

### **45° Congreso Argentino de Cirugía.**

Buenos Aires. Octubre de 1974.  
Secretaría: Av. Santa Fé 1174. Buenos Aires. Argentina.

### **22° Congreso Latinoamericano Cardiovascular.**

Santiago de Chile. 9 al 14 de diciembre de 1974.  
Secretaría general: Calle Fco. Noguera 24. Oficina 24.  
Santiago 9. Chile.

### **25° Congreso Uruguayo de Cirugía.**

Montevideo. Diciembre de 1974.  
Temas: Supuraciones pleuropulmonares.  
Cirugía de la papila duodenal.  
Contusiones de tórax.  
Vaciamientos ganglionares.

### **5° Congreso Internacional de Linfología.**

Buenos Aires. 2 al 5 de febrero de 1975.  
Río de Janeiro. 5 al 8 de febrero de 1975.  
Secretaría: R. Mayall. Cr. Postal 1822 (2c-00). 20000  
Río de Janeiro. Brasil.

### **8° Congreso Panamericano del International College of Surgeons.**

Río de Janeiro. 30 de marzo al 3 de abril de 1975.  
Secretaría: Av. N. S. Copacabana 680. Grupos 1013/  
1016. (2c-07) 20000 Río de Janeiro. Brasil.