

COMPLICACIONES UROGENITALES EN LOS TRAUMATISMOS DE LA PELVIS

Discusión

Dr. LOCKHART.—¿Durante cuánto tiempo debe controlarse en el postoperatorio alejado la evolución de las lesiones uretrales?

Dr. VIOLA PELUFFO.—El tiempo, indudablemente, siempre es variable. Depende del tipo de la lesión que ha tenido el enfermo y depende de la solución que se le ha dado, si se ha hecho cirugía inmediata, qué reparación de la uretra o de los tejidos pelviuretrales se ha hecho.

La experiencia nos ha mostrado enfermos de 8 y 10 años de evolución, en los cuales las lesiones cicatrizales siguen evolucionando, pero enfermos que ya en un primer momento han hecho lesiones cicatrizantes. Cuando no se ven lesiones cicatrizales, prácticamente, es un poco el caso del enfermo que presenté hoy, que después de 6 meses en que no ha presentado ningún problema de estrechez, creo que a ese enfermo, si se le vuelve a ver por una uretrografía, sin hacer maniobras, con uretrografía retrógrado o miccional, que es mucho más importante, permite poder tener una impresión aproximada de cómo va a solucionar.

Indudablemente, como en todos los tejidos, la evolución hacia la esclerosis o no depende del tipo de enfermo, no sólo decir que cada individuo tiene un tejido colágeno —aquí está el señor Decano que nos puede informar— sino que, además, es indudable que cada persona tiene una patología especial, desde el punto de vista de su tejido, y por lo tanto la evolución es variable en cada uno.

Después de los 6 meses, si no ha habido hasta ese momento una lesión de estrechez, uno puede estar tranquilo en cuanto a la evolución.

Esa es la impresión que tengo.

Dr. STAJANO.—¿Qué significado fisiopatológico y clínico le asigna a los hematomas superitoneales postraumáticos de la pelvis?

Dr. SCHROEDER. La sangre en el subperitoneo tiene una acción doble, de irritación y de distensión. Como irritación como cuerpo extraño, por acción como cuerpo extraño en el subperitoneo, provoca reflejos, corto y largo reflejo, entre otras vísceras, sobre la pared intestinal, provocando una parexia intestinal.

Provoca, también, una vasodilatación de los vasos, de las paredes viscerales, la congestión de los vasos viscerales.

Como distensión pura del subperitoneo y por lo tanto del peritoneo, tiene los mismos efectos de parexia muscular visceral y de parexia vascular. De tal manera que en el significado clínico último, si es suficiente la magnitud de la distensión y de la pérdida, se suman: anemia, vasodilatación e íleo, todo lo cual, los tres factores, y más, si se suman, son factores de shock. De modo que en último término creemos que el mecanismo fisiopatológico del hematoma subperitoneal conduce necesariamente al shock, naturalmente haciendo las salvedades de la magnitud, por la acción de la distensión, y por la acción directa de irritación.

Dr. STAJANO. Me parece que es importante llamar la atención sobre la unidad del enfermo traumatizado de la pelvis. Es un enfermo general. Además de ser un enfermo que tiene lesiones viscerales múltiples, que condicionan toda la competencia del urólogo. Pero bajo el punto clínico un sujeto con un gran traumatismo —hablo de los grandes y graves traumatismos de la pelvis— además de toda su tragedia pelviana en su aparato genital en la mujer y en su aparato urinario en el hombre, hay una repercusión general con su proyección pulmonar, y es una cosa de la que no se ha hablado ni en traumatología ni en urología, la repercusión constante del traumatismo pelviano por la acción distensiva, refleja, del hematoma contenido en forma diferente según los tramos de la pelvis, que son siempre chocantes y repercuten en la circulación pulmonar, provocando procesos graves, que a veces condicionan la muerte.

Ahora no es el momento, pero podría mostrar la experiencia de traumatismos pélvicos, por la colaboración prestada por Scandroglio, que es médico-legista, de gruesos, graves traumatismos de pelvis. Por ejemplo hemos tenido una cantidad de casos —algunos publicados, otros no, para no repetir— coincidentes, de sujetos que han sido pisados por un camión o un automóvil en la calle, que se han hecho una gran fractura de pelvis, con todas las lesiones imaginables de roturas viscerales, pero con gruesos hematomas subperitoneales. Se ha hecho la autopsia de esos enfermos, y hemos visto todos los casos en los cuales sistemáticamente, enfermos muertos a la hora u hora y media del accidente, tienen su complicación pulmonar de tipo atelectásico, que se llama atelectasia, constante. Es una repercusión que no falta nunca. Y generalmente se hace la autopsia de la pelvis y el resto del abdomen está sano, y tienen un gran hematoma subperitoneal, y la lesión pulmonar es permanente, constante, en el cien por ciento de los casos, se trata de sujetos que han vivido una hora o dos, o que han muerto en el momento del accidente. Llamaba la atención ese hecho, importantísimo. Tengo documentación para mostrar después de la reunión, al que le interese.

He terminado.

Dr. HUGHES.— En las estenosis cicatriciales de uretra posterior, drenadas por cistostomía anteriormente, con uretra infranqueable, la recepción de block es frecuentemente imposible y la tunelización no es eficiente. ¿Se justifica la derivación intestinal por cualquier procedimiento? Es preferible mantener la cistostomía, o cabe otra solución?

Dr. VIOLA PELUFFO.— La pregunta se refiere a lesiones de uretra posterior. En esa situación, como habíamos dicho en nuestra exposición, la asociación de lesiones de uretra membranosa y de uretra vulvar casi siempre traen una grave complicación y la esclerosis aumenta. Como también dijimos, hay que dilatar frecuentemente a estos enfermos porque hacen grados de procesos de esclerosis. Pero es únicamente necesario ver si del balance total del enfermo se justifica o no una derivación intestinal.

Por regla general tenemos una mala impresión de las derivaciones urointestinales, y creemos que no está justificada; creemos que en estos enfermos, a pesar de no poder hacer la movilización de los blocks fibrosos que se hacen en el perineo, o mismo en la zona de la uretra posterior, es preferible hacerles una talla perineal, hacerles un meato perineal y por ahí dilatarlos todo lo que sea necesario. Si ello no fuese solución preferimos la talla —si es bien tolerada por el enfermo— a la derivación urointestinal.

Únicamente consideramos que la derivación urointestinal debe ser una maniobra de excepción, dado que es una terapéutica que puede repercutir sobre la vida del enfermo. Por lo tanto creemos que se debe ser muy cauto en ese tipo de derivación.

Dr. SILVEIRA.— En los traumatismos pelvianos pequeños y medianos, con fracturas simples del arco pelviano, o simples dislocaciones articulares, la retención de orina es de una gran frecuencia. ¿Se debe fallar de entrada o insistir con sondas permanentes?

Dr. SCIROELER. Frecuentemente hay retenciones de orina que no responden a sección o pérdida en la continuidad del canal. Son muy numerosas las retenciones de orina que corresponden, a simples compresiones por hematomas, y durante cierto momento, también, a simple parálisis vesical, por el traumatismo. Si el cateterismo es posible lo lógico es dejar el cateterismo el mayor tiempo posible, particularmente si hay un equipo radiológico que permita hacer el control radiológico.

Podría mostrar una placa que muestra ese detalle.

Es un enfermo que no orinaba. Tenía un hematoma que pasaba por el tacto rectal y la esquistosis había corrido hasta el ano, con lo que mostraba el signo que Surrao llama la amatista del ano. Se hizo la placa y se ve que la continuidad es perfectamente posible. La continuidad de la uretra es posible. Este enfermo curó, naturalmente, dejándole la sonda en permanencia 20 días. Además tenía hematuria; en el primer sondaje apareció sangre.

En cuanto a la posibilidad de la sonda, si es posible y si hay un control radiológico que nos permite afirmar que las lesiones no son grandes y que

existe una buena continuidad del canal, no se debe tallar. Por lo menos hay que diferir la talla mientras no haya otro índice que posteriormente nos lleve a la talla.

Dr. LOCKHART.—¿Cuánto tiempo debe dejarse la sonda tutor y cómo se hace la profilaxis de la heritiasis secundaria?

Dr. VIOLA PELUFFO.—El tiempo en que debe dejarse la sonda tutora varía, según sea el tratamiento inmediato o alejado. Nosotros, como dijimos, somos muy partidarios de los tutores endouretrales. Ponemos tutores endouretral, en lo posible, con tubo de polietileno, porque es el que permite más tiempo, es el que se tolera mejor, el que se tapa menos, y sirve al mismo tiempo para derivar la orina, y en algunos casos lo hemos utilizado para eso. El tiempo que lo dejamos, en los casos de tratamiento inmediato, es decir, reparación inmediata después del accidente, no es nunca menor de dos meses.

Esto es sumamente discutible; cada cual lo deja más o menos tiempo. En general la experiencia daría la impresión de que todos están de acuerdo en que los tutores endouretrales se deben dejar mucho tiempo. Sé que en nuestro país hay personas que piensan que con 20 días o a veces menos se soluciona el problema de la recanalización y de la modelación de la uretra. Personalmente creo que habría que dejarlos no menos de dos meses en los casos inmediatos.

Pero en el caso alejado, en el caso del tratamiento alejado, el problema se modifica. De acuerdo con la experiencia que tenemos usamos la técnica de Johansen, y cuando se hace el segundo tiempo de esta técnica, es decir, cerrar la hipospadia perineal, ahí no dejamos tubo endouretral. Únicamente lo dejamos en los casos de lesiones que están próximos al bulbo. Porque ahí el cateterismo es sumamente difícil e indudablemente la reparación de la uretra, que a veces hay que hacerla ya sea con los tejidos perirectales, es muy difícil, y entonces el tutor endouretral tiene la enorme ventaja de irlo moderando o de ir reorientando la uretra.

También, volveremos a repetir, nunca lo dejamos menos de dos meses.

En cuanto a la profilaxis de la litiasis secundaria, se obtiene con una buena derivación y con los antibióticos adecuados a cada caso en especial. Fundamentalmente es el problema de una buena derivación de orina y una buena recanalización de la uretra, que es la única, como de costumbre, que nos evitará el problema de la litiasis secundaria.

Dr. LOCKHART.—Agradezco al Dr. Viola la deferencia al contestar mi pregunta. Estoy totalmente de acuerdo con la primera parte de su respuesta, es decir, de la necesidad de dejar el tutor el mayor tiempo posible. Casi diría que dos meses pueden ser pocos para algunos casos. Por supuesto que no se puede considerar con criterio esquemático una afección que siempre presenta aspectos individuales.

No estoy completamente de acuerdo con la segunda parte, es decir, que sea suficiente un buen drenaje y una buena prevención de la infección para

evitar la litiasis secundaria. Desgraciadamente, en algunos casos, pese a que se reúnen esas dos condiciones, que por supuesto son fundamentales, se observan litiasis vesicales y litiasis uretrales. Y en los últimos casos recurrimos a una serie de medidas. Y en algunos casos que habían hecho litiasis en otras operaciones —porque desgraciadamente son enfermos que han sido operados a veces en varias oportunidades— hemos obtenido una correcta profilaxis de la litiasis secundaria, sobre todo cuando son litiasis fosfáticas. Para eso hacemos los lavados sistemáticamente con soluciones de ácido ascético en el postoperatorio, al 0,5 %. hacemos una dieta acetógena muy estricta, y completamos con la sedificación de la orina, hecha también de manera sistemática, en los casos de concreciones fosfáticas, como única manera de prever una complicación que es sumamente desagradable y que puede liquidar la plastia mejor hecha y en las mejores condiciones. Por supuesto no es que no esté de acuerdo, sino que me permito agregar algunas cosas que de acuerdo con mi experiencia personal me han permitido resultados muy favorables con respecto a la profilaxis de la litiasis secundaria.

Dr. NELSON FERREIRA.—Conducta a tomar frente a los hematomas subperitoneales traumáticos de la pelvis.

Dr. SCHROEDER. En cuanto a la conducta a seguir se puede esquematizar entre los que se intervienen y los que no se intervienen. Entre los que se intervienen, se puede dividir entre los que debe hacerse de inmediato y los que se pueden diferir.

Los hematomas que se intervienen siempre son aquellos casos en los que hay herida de vejiga y se interviene sobre la vejiga. Si el estado general lo permite en ese caso se drenarán también los hematomas que existan.

Se operan también aquellos hematomas que por su intensidad o cantidad crean condiciones de anemia aguda. Naturalmente también se practica la hemostasis de los vasos y se drenan.

Luego están los casos que no se intervienen de inmediato y que plantean problemas. Son los hematomas que no están en las condiciones anteriores, pero existen, y luego van a ser objeto de vigilancia. No hay motivo de intervención por otro factor, y serán objeto de vigilancia. Lo que se vigila es si son progresivos y si amenazan infección. Si son progresivos obligan, al llegar a cierto límite, a intervenirlos por sí mismos, para evitar mayor pérdida sanguínea y factor de shock. Y si amenazan infección ello es una indicación precisa de intervención.

Finalmente quedan los que no se intervienen. ¿Cuáles son? Los que no hemos nombrado, los que han pasado la prueba de estas dos primeras etapas, aquellos hematomas que, constituidos, no han crecido, no han amenazado con infección, no han creado factores de ilio mayor, y por lo tanto son de escasa entidad en cuanto al volumen y de escasa entidad en cuanto a factor patógeno, y por lo tanto se dejan.

Dr. DURANTE.—¿Qué incidencia y fisiopatología tiene la impotencia genital en los hematomas de la uretra bulbomembranosa?

Dr. VIOLA PELUFFO.—Personalmente los casos que hemos estudiado en la clínica y los que nos han cedido, ninguno de ellos presentaba primero impotencia genital. De modo que no puedo contestar en forma categórica la pregunta planteada por el Dr. Durante.

Desde el punto de vista de la fisiopatología, en cuanto a impotencia genital, indudablemente que en cualquier lección perineal la fisiopatología es múltiple y muy discutida. Tanto es así que hay personas que han hecho nada más que por el simple abordaje de la próstata por vía prerrectal, enfermos que han presentado una impotencia genital. Se describen casos exclusivamente donde el hematoma puro, nada más, puede haber dado una impotencia genital, o bien que la lesión traumática no solamente asocie la herida de la uretra perineal sino, además, fundamentalmente, de la vaina de los nervios erectores.

Claro que este no es el caso de la pregunta del Dr. Durante, pero recuerdo un enfermo visto en la ciudad de Tacuarembó, que había sido baleado, operado por el Dr. Nelson Ferreira, que tenía un enorme hematoma perivesical, y que hizo una impotencia genital cuya explicación fisiopatológica, indudablemente, estaba dada por la lesión, exclusivamente, por la herida que había lesionado la zona de la vaina de los nervios erectores.

Nosotros sostenemos la tesis de que en estos casos la impotencia genital se puede deber a eso, o bien a la lesión del nervio pudiendo. Repito que en cuanto a la fisiopatología, por lo que conocemos, no está bien aclarado el concepto, y son discutibles las distintas tesis. Repito que en los casos de lesiones uretro-bulbo-membranosas no hemos observado lesiones de impotencia genital en los casos que hemos estudiado.

Dr. DURANTE.—Quisiera saber si alguien más tiene experiencia en este problema.

Dr. YOUNG.—En once casos de grandes traumatismos pelvianos con lesiones graves de vejiga y de uretra, que han sido asistidos en traumatología, hemos comprobado tres veces absoluta impotencia genital. Uno de ellos hace más de nueve años. El resto de los enfermos, a pesar de las gravísimas lesiones que tenían, no sufren impotencia genital.

Dr. VIOLA PELUFFO. En esos casos, ¿usted recuerda qué tipo de lesiones tenían desde el punto de vista urinario?

Dr. YOUNG. Tenían destrucción casi completa de la uretra posterior. Tengo aquí las uretrografías de uno de los casos.

Dr. SCHENONE.—Conducta posible frente a la cloaca después de derivar la orina y las materias.

Dr. SCHROEDER.—Entendemos por cloaca la comunicación del aparato urinario genital intestinal. En los casos que hemos visto se trataba siempre de mujeres, del sexo femenino. Hemos visto fístulas véscicorrectales, pero en

un hombre no hemos visto constituir una lesión que se pueda llamar cloaca. En los casos de sexo femenino el problema fundamental, naturalmente, es el recto, que es lo que se trata en primer lugar o como primera víscera a normalizar. Para ello se hacen diferentes plastias según permitan las posibilidades anatómicas residuales. Generalmente estas lesiones no permiten técnicas previas, no se encuentran en la literatura casos concretos para aplicar, de modo que hay que improvisar, simplemente, separaciones de la mucosa rectal de la vagina y colocar entre ellas lo que se pueda de tejido celular. En general son intervenciones en las que se pueda de tejido celular. En general son intervenciones en las que se va a improvisar. Primero, el problema rectovaginal, y secundariamente el problema vésicovaginal.

La impresión que tenemos es decepcionante. Particularmente en el aspecto vesicovaginal, más que en el aspecto rectovaginal, que hemos visto solucionarse con más facilidad. De todos modos son enfermos en los que existe la posibilidad de la continencia correspondiente, continencia anal posterior, que hay que solucionar, existe la continencia vesical, que hay que solucionar. Son enfermos que se someten a larga serie de operaciones y de muy mal pronóstico. De modo que no sabemos con qué plan previo se puede ir, a no ser esas líneas generales: primero el recto y segundo la vejiga.

Dr. NANDE ARAMBURU.—Conducta frente a una vejiga neurógena por gran traumatismo.

Dr. VIOLA PELUFFO.—Personalmente no tengo ninguna experiencia en esos casos. Como vejiga neurógena se puede entender todo enfermo que tiene un traumatismo importante, ya sea abdominal o pelviano, y que el mismo hematoma sea la causa desencadenante de una vejiga neurógena. Pero son vejigas neurógenas parciales, rápidamente recuperables, que no exigen —dentro de lo que conocemos— ningún tratamiento en forma inmediata, nada más que la derivación de orina y la espera hasta su recuperación, pues no pueden ser esos casos, nunca, vejigas neurógenas completas, definitivas, y como se debe hacer en toda vejiga neurógena el tratamiento es siempre muy a largo plazo. Nunca se debe tomar ninguna conducta que pueda agravar o complicar el problema antes de los seis meses. Por lo tanto no se justifica antes de ese tiempo dar ninguna solución quirúrgica a ninguno de esos tipos de vejiga, ya sea por solución alta, por resección endoscópica, etc.

Dr. BONNECARRERE.—No habiendo más preguntas se abre un cambio de opiniones sobre los relatos y sobre las preguntas hechas y contestadas.

Dr. DURANTE.—Quiero hacer algunas consideraciones sobre la pregunta que hoy formulé. Evidentemente la impotencia genital en los traumatismos uretrales o uretrovesicales es de baja incidencia. Pero cuando existe creo que es uno de los problemas más importantes que puede tener este tipo de enfermo, junto con los trastornos urinarios obstructivos.

En lo que respecta a la fisiopatología creo que hay que considerar en este tipo de impotencia de estos enfermos, tres factores: la lesión en sí misma, y en eso estoy de acuerdo con la contestación del Dr. Viola, por lesiones fundamentalmente de tipo nervioso; el acto quirúrgico en sí mismo, con las amplias resecciones que uno tiene la obligación de hacer para extirpar a veces un hematoma, o para extirpar tejidos esclerosos o tejidos mortificados. Esto es importante a considerar, sobre todo en lo que respecta hasta dónde se debe llevar el acto quirúrgico. El tercer factor que hay que considerar en este tipo de impotencia es el factor síquico. Muchas veces los enfermos, por el hecho de su tratamiento, pueden hacer una impotencia síquica. Por lo tanto creo que estos enfermos deben ser sometidos, muchos de ellos, cuando las condiciones locales del traumatismo, o cuando uno sabe que la intervención quirúrgica no ha sido excesivamente amplia, a un tratamiento síquico por sumina sinistrosis.

Nada más.

Dr. MARCOS LEFT.— Hemos tenido un enfermo que nos ha venido a consultar por una fístula vesical. El caso parece banal, pero ese enfermo fue intervenido tres veces, y a raíz de esas intervenciones, como no mejorara, vino a vernos. Lo hicimos internar y lo estudiamos.

En los antecedentes personales no hay elementos de importancia, sino un traumatismo. El enfermo que andaba mucho a caballo sufrió un traumatismo contra la montura del caballo y sintió un dolor a nivel de la región pubiana, al que el enfermo no da mayor importancia.

El enfermo estuvo algunos días. Fue a ver al médico. Y después siguió trabajando en sus labores del campo.

Ese enfermo que no ha tenido en sus antecedentes más que el traumatismo, y no ha tenido otros trastornos dignos de mención —ni trastornos de orden urinario ni de orden anorrectal— nos viene a consultar y le comprobamos que tiene una gran deformación al nivel de la región glútea, provocada por la fístula y en ella vemos un pequeño orificio por el cual sale pus. Es así que sus ropas están manchadas de color amarillo.

Le hacemos el tacto rectal y encontramos, en la escala posterior, que tiene un engrosamiento y un empastamiento y un ligero dolor. Fuera de eso no encontramos absolutamente nada más.

Como consecuencia de eso lo hacemos internar y lo primero que le hacemos es una radiografía. La radiografía nos demuestra que existe una fractura al nivel de la rama horizontal del pubis, pero que existe a su vez, una deformación del pubis con una zona de rarefacción ósea y un engrosamiento del hueso. Eso nos llamó primeramente la atención.

Es decir que ya este enfermo, con toda seguridad, no había estado muy bien estudiado, desde que no se le hizo una radiografía en el primer momento.

La radiografía, tomada en otra incidencia, muestra que existe la zona de rarefacción y otra zona de osteoplastia, es decir, por debajo de esta misma zona.

Se le hace, entonces, una fistulografía, y por medio de un catéter de politileno le hago la fistulografía, y nos da esta imagen que simula bien un ratón, en la que nos dice que existe una cavidad que se rellena.

En la radiografía de perfil encontraremos la misma imagen, que nos da la impresión que se va bien hacia la parte posterior, vale decir, hacia la prolongación del espacio isquiorrectal hasta cerca, con toda seguridad, de la espina del pubis, vale decir que está enormemente alto.

Entonces pedimos la colaboración del Prof. Lockhart para ver si había alguna lesión genitourinaria. El Dr. Lockhart le hace una radiografía simple, una cistografía, en la que no comprueba ningún elemento de importancia.

Decidimos intervenirlo y dos días antes de la intervención el enfermo nos hace una piuria, vale decir, empieza a orinar con pus. Nos llamó un poco la atención.

Entonces el Dr. Lockhart le saca otra radiografía, y ella nos muestra la comunicación entre la vejiga y la lesión del espacio isquiorrectal, es decir, con el absceso.

En estas condiciones, después de haber hecho esta complicación, se interviene el enfermo, se le drena el absceso, se le interviene por vía anterior, se va a la rama derecha del pubis, se extirpa o se saca un secuestro y se curetea toda la parte del hueso. Se coloca una sonda vesical, a permanencia, y el enfermo pasa bien.

Se le hace por último una radiografía de control, en la cual ya se ve que ha curado perfectamente.

Si bien este es un hecho banal, corriente, es importante tenerlo en cuenta. Nosotros vemos muchas fistulas perianales; a muchas le hacemos radiografías, a la mayoría no se las hacemos. Pero creo que es conveniente, sobre todo a las fistulas perianales, sobre todo a las que ya han sido operadas, hacerles radiografías, porque como en este caso puede suceder que el traumatismo haya pasado desaperebido, como pasó, y lo sacamos a luz a través de una historia concienzuda.

En segundo término creo que frente a estos casos siempre es conveniente hacer una fistulografía, para ver dónde está la cavidad, qué relación tiene con los órganos periturnarios y rectales, y obrar en consecuencia.

Nada más.

Dr. BONNECARRERE.—Agradecemos al Dr. Left y al Dr. Lockhart la presentación de este caso, que ha sido muy ilustrativo, pero no sé qué decidirán las autoridades del Congreso en cuanto a la publicación del mismo, porque no sé si no se aparta del reglamento, pues según tengo entendido las Mesas Redondas son para comentarios generales y no para presentar casos particulares.

Dr. LOCKHART.—Este caso se iba a presentar como pregunta al Dr. Schroeder a propósito de las complicaciones tardías de las lesiones vesicales secundarias a una fractura de pelvis. Este era un enfermo de 20 años que había tenido el traumatismo un año y medio o dos años antes, al que no se

le dio importancia, y había hecho tres o cuatro abscesos perianales. Cuando el Dr. Loefft le hizo la fistulografía encontró un trayecto que desbordaba la región perineal y que invadía la pelvis. Estando en sala hizo una piuria, por lo cual lo estudiamos, le hicimos la uretrocistografía y comprobamos el trayecto patológico que iba de la vejiga, muy cerca de la zona trigonal, hacia el hueso. Se veía muy bien el secuestro. Por consiguiente se hizo el diagnóstico preoperatorio de osteomielitis fracturaria, de larga evolución, abierta en vejiga, complicación evidentemente no frecuente. Y había hecho una celulitis del espacio pelvirrectal superior, había pasado a través de la prolongación anterior de la fosa izquierda rectal y había llegado por este camino al margen del ano y a sus vecindades, haciendo los distintos procesos patológicos que fueron drenados. En la operación se ratificó el diagnóstico —que era muy fácil, por otra parte— constituía solamente una complicación insólita de las fracturas de pelvis, una complicación urinaria muy poco frecuente; se encontró un secuestro prácticamente suelto, que medía de tres a cuatro centímetros de longitud; se drenó el espacio pelvirrectal superior. Y además, a través del elevador, se hizo un drenaje hacia el periné, usando la misma vía anterior, empleando precisamente el prolongamiento anterior de la fosa isquiorrectal para obtener un perfecto drenaje.

El enfermo evolucionó perfectamente bien. Ya lleva más de un año de evolución. Lo hemos visto varias veces y está curado.

Se trataba de una osteomielitis fractural de larga evolución, con una fístula vesical secundaria a dicha osteomielitis, y apertura en el periné a través de la fosa isquiorrectal.

Nada más.

Dr. BONNECARRERE.— Si nadie más desea hacer uso de la palabra, daremos por terminada esta Mesa Redonda. El Coordinador felicita a los relatores y agradece a todos los que han intervenido en la discusión y le han dado brillo a esta Mesa Redonda, de la que podemos considerarnos satisfechos.

Me creo eximido de hacer un resumen por lo concretas que han sido las preguntas y las respuestas, y porque todos los conceptos fueron explícitamente puntualizados.

Nada más.