

INFORME

a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología sobre el
reporte presentado por el doctor
Alvaro Fonnegra Miramón.

Doctores G. Escallón Caicedo y G. López Escobar

La Historia Clínica que nos ha presentado el doctor Fonnegra es una historia por demás interesante y que bien merece su publicación por lo desusual del caso. Querriamos hacer, sin embargo, algunas anotaciones a ella:

Al respecto de los tres casos conocidos por el doctor Escallón y que menciona el expositor, queremos hacer la salvedad de que se trataba en realidad de tres casos de divertículos de la uretra, a saber: un caso de mujer nulípara que consultó por infección crónica de la orina; se diagnosticó por uretroscopia y se hizo la extirpación quirúrgica del divertículo. El segundo caso fue el de una múltipara, que se presentó al ginecólogo un mes después del parto, en retención completa de orina. Fracasó todo intento de cateterismo, y al examinar la uretra con el panendoscopio, se notó con sorpresa que un 24F pasó sin dificultad con marcada oblicuidad. Se identificó el divertículo y se explicó la retención por la formación de una estructura semejante a la barra mediana del hombre, que deformaba el orificio del cuello de la vejiga. Fue tratada con resección transuretral del septum que dividía el divertículo de la cavidad vesical. El tercer caso es el de un traumatismo obstétrico, con producción de fístula vésico-vaginal, en la que en el curso del examen endoscópico se vio un divertículo inmediatamente por fuera del cuello, en el lado derecho de éste.

En cuanto al caso anotado de los Profesores Acosta y Ferro, el primero de ellos nos ha relatado que se trataba realmente de una fístula por compresión y traumatismo, producida en el curso del parto mismo.

La etiología más factible parece ser la de un absceso sub-uretral. Estos abscesos pueden provenir de estas dos causas: infección de las glándulas peri-uretrales, e infección de divertículos, ya sean éstos de origen congénito, traumático o infeccioso propiamente dichos. Los casos publicados (Everett, etc), han sido casi siempre de divertículos, y los abscesos han sido reportados raramente. Al aceptar esta posibilidad tendríamos que suponer que el absceso fuera de evolución muy rápida, pues los procesos inflamatorios que progresan paulatinamente van produciendo trombosis de los vasos vecinos, siendo por consiguiente muy raro que se produzcan hemorragias masivas. En favor del absceso está la infección que la enferma presentó en el post-partum. Para explicar la hemorragia debemos recordar la gran congestión que se produce en la peivis durante el embarazo.

Sin embargo, la hemorragia nos hace pensar en otra posible etiología que no se puede descartar totalmente, cual es la necrosis producida por una trombosis local de una arteriola, que tampoco tendría por qué producir una hemorragia tan grande como la anotada por el doctor Fonnegra.

Finalmente, en relación a la conducta, y haciendo la salvedad de la dificultad para juzgar una conducta sobre un paciente no visto y con ánimo constructivo; una enferma con T. A. de 10/6 y pulso de 100 por minuto, parece cuando más en estado de shock ligero. Por otro parte, una enferma abortadora de repetición, aun no a término, la conducta más prudente debiera ser la menos traumática y quizás hubiera sido posible coagular los puntos sangrantes y dejar una sonda de Foley a permanencia, lo que tal vez hubiera permitido llevar el parto a término y posteriormente corregir el trayecto fistuloso en mejores condiciones. La corrección de la fistula del caso en cuestión, corrió grave peligro por el traumatismo obstétrico sufrido, y de hecho **Catorce días** después del parto aún había rezumamiento de orina a través de la sutura uretral.

En resumen, no hemos encontrado en la literatura que tuvimos ocasión de revisar, ningún caso similar al del doctor Fonnegra, y lo felicitamos muy cordialmente.

Vuestra Comisión:

Gustavo Escallón Cayzedo, Guillermo López Escobar.