

INCONTINENCIA DE ORINA COMO COMPLICACION DE UNA SINFIOTOMIA

Por los Dres. ARTURO ORTIZ, ANGEL BLUMBERG
y JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE

Presentamos un caso en que la sinfisiotomía en una distocia pélvico-fetal, dejó como secuela una incontinencia total de orina.

Se trata de una enferma de 35 años de edad, sana, multipara, que tiene como antecedentes obstétricos 2 abortos espontáneos y 3 partos anteriores al que motiva este trabajo: el primero, prolongado y con feto gigante muerto y extraído por craneoclasia; el segundo, espontáneo y normal, y el tercero con forceps.

Trece meses después de este último, parto distócico por feto gigante (5.800 gr.), que exigió a juicio del obstetra la realización de una sinfisiotomía por falta de descenso de la presentación.

Realizada esta intervención, el médico observa la aparición de un desgarró de la uretra, a lo largo de toda su cara superior. De inmediato sutura con catgut, y coloca una sonda de Pezzer a permanencia por la uretra.

Retirada la sonda uretral, se instala de inmediato una incontinencia total de orina.

Luego de 3 meses de expectación, período en que no se establece ninguna mejoría, la enferma es enviada a nuestro Servicio para su tratamiento.

El examen practicado en ese momento, nos mostró una uretra totalmente abierta a lo largo de su pared superior, verdadero "epispadias traumático", por donde fluía continuamente la orina.

Tanto la vulva como la cara interna de los muslos presentaban amplias lesiones de maceración.

Endoscopia: El examen uretrocistoscópico, practicado con el Panendoscopio, nos mostró una vejiga sana, con meatos ureterales normales. La parte inferior del cuello vesical no excursionaba.

En la uretra, el examen se dificultaba por la debiscencia de su pared, que no permitía la distensión de la misma.

Los exámenes de laboratorio eran absolutamente normales, inclusive el de orina, que no mostraba piuria.

Examen radiológico: Diastasis de los huesos del pubis, de más de 3 cm., en la simple; en la excretora, a los 10', relleno de ambos sistemas pielocaliciales, con ligera hidronefrosis bilateral. A los 30', se acentúa la retención alta. Ligera ectasia ureteral del lado derecho. En decúbito dorsal, relleno parcial de la vejiga, que da la impresión de estar colapsada.

Como primera medida, se instituye tratamiento médico, con corriente farádica y sulfato de estricnina en comprimidos. Este tratamiento se mantiene durante un mes, al cabo del cual se observa una pequeña mejoría. En vista del escaso beneficio obtenido, se decide la intervención quirúrgica.

Operación: Anestesia peridural continua. Se elige la vía abdómino-perineal, iniciando la intervención por la incisión hipogástrica mediana. Se incinde piel, tejido celular y aponeurosis. Una vez en el plano muscular, se dirécan cuidadosamente los músculos piramidales en toda su longitud, hasta llegar a la inserción pubiana, que se respeta.

Franqueado el plano de los músculos, se avanza en el espacio de Retzius hasta llegar a la unión uretro vesical, la que se disea aislándola de los planos vecinos. A este nivel, las maniobras se hacen laboriosas, a causa de las adherencias cicatrizales que se encuentran en la región.

Terminado este tiempo, se pasa a efectuar la disección de la uretra, por el periné anterior. Liberada totalmente, quedan tanto ésta como la vejiga con amplia movilidad, lo que por tracción, permite la sutura en dos planos del desgarró, previo avivamiento de los bordes.

Colocamos en ese momento una sonda Foley, balón de 5 c.c., que nos permite traccionar para completar el desprendimiento del bloque cérvicouretral de la vagina.

Rodeada totalmente la unión cérvicouretral, se pasan por el túnel resultante de la disección, ambos músculos piramidales, suturando sus extremos con material no absorbible, y teniendo la precaución de atravesar con los puntos los restos aponeuróticos, dejados expresamente para asegurar la permanencia de la sutura.

Se cierra la pared abdominal por planos, sin drenaje. Como último tiempo, se une al nuevo meato uretral a la mucosa circundante con una corona de puntos de catgut cromado.

Se deja la sonda Foley a permanencia por espacio de 15 días.

Postoperatorio sin complicaciones. Retirada la sonda, se restablece la micción espontánea, sin fenómenos de retención ni de incontinencia.

Examen radiológico postoperatorio: Cistografía de frente: Se observa el relleno vesical con el medio de contraste, con una imagen infundibuliforme a nivel del cuello. Perfil: Igual imagen, observándose el relieve del labio posterior, posiblemente por la tracción ejercida por la cincha. Cistografía miccional: Al orinar se observa el vaciamiento parcial de la vejiga. Cistografía post-miccional: Se comprueba la evacuación total de la vejiga, sin residuo.

CONSIDERACIONES

Se ha usado en este caso el procedimiento mioplástico, por haber encontrado los músculos piramidales suficientemente desarrollados como para poder usar el procedimiento sin dificultad, pues en otros casos de incontinencia de orina generalmente elegimos los procedimientos aponeuróticos, por no haber encontrado músculos piramidales suficientemente desarrollados como para utilizarlos en la plástica.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — Felicito a los autores por el resultado obtenido.

Pero diciendo en que la sinfisiotomía pueda ser la causa de la incontinencia. Se trata de una mujer múltipara que ha tenido varios embarazos con partos muy dificultosos. En este último caso, ya que el feto era grande y se trataba de una distocia, puede atribuirse la causa a una gran compresión de uretra ejercida a nivel del cuello, entre la cabeza y la cara posterior del pubis.

Está demostrado que una incisión longitudinal de un esfínter, lisa y llanamente, no provoca incontinencia, aun con pequeña sección del mismo. Hay suficiente tonismo y la cicatrización se realiza en buenas condiciones a pesar de la esclerosis consecutiva que podría explicar la incontinencia posterior.

Debe haber habido en esta enferma una esclerosis cervical muy grande con motivo de los partos realizados en malas condiciones.

Dr. Mocellini. — La causa de incontinencia que menciona el doctor Bernardi debe haberse superpuesto, pero no debemos olvidar que hubo una sección total de la uretra y quedó una dehiscencia total de la uretra e incluso la parte superior del cuello de la vejiga.