

OCLUSION DE URETRA POSTADENOMECTOMIA

Por el Dr. ALFONSO PUJOL

La evolución postoperatoria atípica de la presente observación clínica, representa una complicación de la adenomectomía un tanto insólita, todos los urólogos estamos familiarizados con las estrecheces postoperatorias de la cirugía prostática, secuela muy interesante y digna de un estudio detenido, pero el caso que ahora nos ocupa, no admite la interpretación de una estrechez, en ésta existe alguna luz del conducto franqueable o no al cateterismo o a un líquido a presión durante la uretrografía y aún discernible a visión directa mediante la exploración quirúrgica; en esta circunstancia nada de esto sucedía, la uretra había prácticamente desaparecido desde el verumontanum hasta la pared anterior de la vejiga, nada podía interpretarse como resto de conducto uretral, por esa razón creémos que es interesante su relato y sobre todo la conducta terapéutica, para ello nada mejor comentar la historia clínica:

Enfermo perteneciente al Servicio de Urología del Hospital Argerich, sala IX jefe Dr. Rodolfo de Surra Canard. Historia Nº 1539 - R. M. 62 años, casado, jornalero. Ingresó al servicio el 1º de enero de 1955, omitimos deliberadamente el comentario de la enfermedad actual, antecedentes y estado actual por carecer de importancia y sin relación directa al proceso patológico sufrido por el paciente. Previo estudio urológico completo se efectuó el día 20/1/1955 una adenomectomía a cielo abierto. Se extrae un adenoma a 3 lóbulos de 80 grs. de peso perfectamente enucleado, revisada la logia no quedan restos de adenoma; como habitualmente lo hacemos labramos una amplia cuña en el borde vesical de la logia, limpieza de ésta y hemostasia por ligadura de los bordes; atendiendo a que el enfermo sufre de una hipertensión 22 de máxima y la mantiene durante el acto operatorio, se le deja un pequeño taponamiento. El postoperatorio fué normal, le extrajeron el taponamiento a los 8 días sin inconveniente y se colocó sonda de Pezzer suprapúbica durante 4 días, luego personal de la sala, intentó colocar una sonda por uretra pero como se encontrase dificultad el intento fué proseguido por el médico encargado del enfermo con otros tipos de sondas y aún guiadas con mandrín pero resultó imposible franquear la uretra prostática y sólo se consiguió provocar una hemorragia alarmante, se coloca sonda Pezzer suprapúbica nuevamente durante 15 días.

18/II/55: Nuevos intentos de cateterismo infructuosos y nueva hemorragia.

26/II/55: Cateterismo imposible.

15/III/55: Nos hacemos cargo del enfermo en esa circunstancia y efectuamos como primera medida una uretrografía que revela la presencia de una oclusión de la uretra prostática en toda su extensión, no penetra ni una partícula de substancia yodada (iodolipol).

25/III/55: Decidimos explorar quirúrgicamente el extremo de uretra en su embocadura a vejiga, abierta ésta encontramos en vez de un meato uretral un infundíbulo totalmente tapizado por mucosa vesical aparentemente sana y sin ninguna solución de continuidad. Se introduce un beniqué en uretra anterior que penetra hasta región bulbomembranosa percibiéndose una amplia masa de tejido interpuesto entre el extremo del beniqué y el dedo que palpaba desde la vejiga, tratamos de ir al encuentro del beniqué con maniobras de ambas maros a fin de perforar toda esa masa de tejido interpuesto y lo conseguimos, para luego colocar en su lugar un tubo plástico de 3 milímetros de diámetro; sonda suprapúbica. El tutor de material plástico fué mantenido durante 1 mes, luego de retirado efectuamos dilataciones con beniqué hasta el Nº 60; a pesar de tal dilatación el enfermo no puede orinar espontáneamente a los 3 días de abandonarlas; repetimos dos series más de dilataciones y como el hecho se reproducía decidimos efectuar un examen panendoscópico que nos indujo a realizar una primer resección endoscópica (28/V/55) con la cual el enfermo pudo orinar más o menos en forma normal durante 10 o 15 días para luego reiniciar una intensa disuria que terminó en retención completa. Procedemos a una 2º resección endoscópica (23/VI/55)

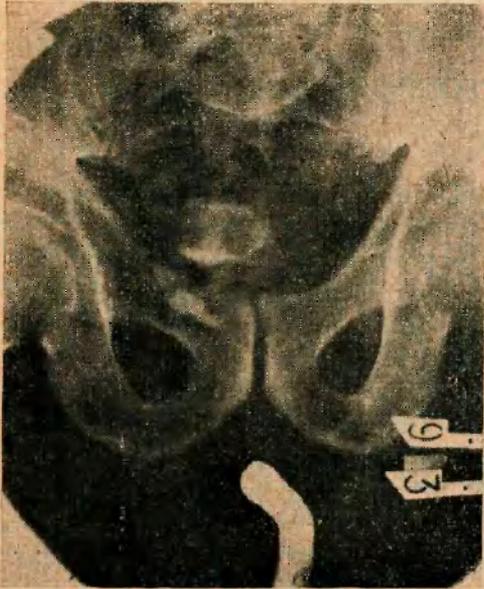


Figura 1

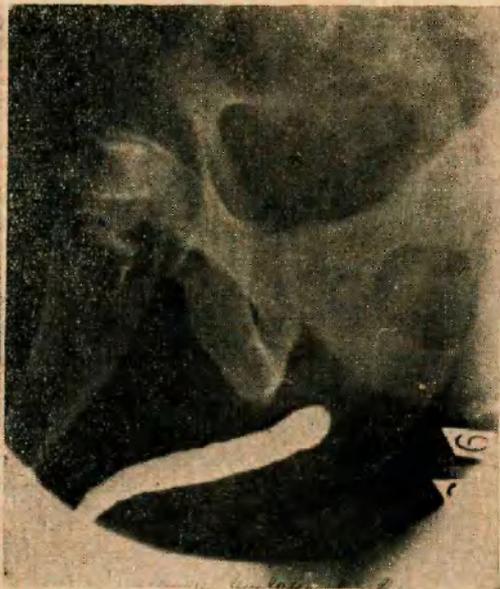


Figura 2

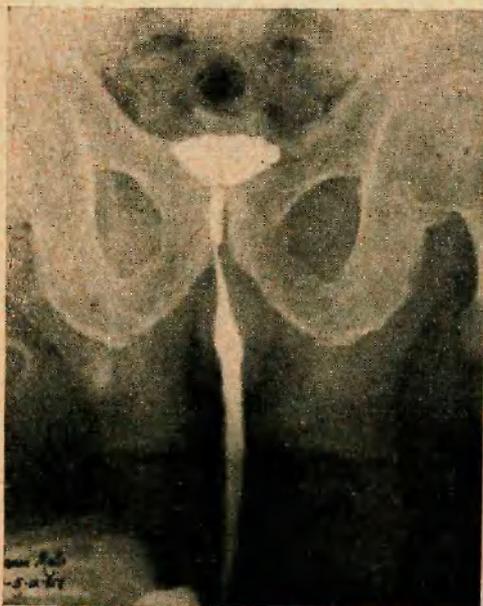


Figura 3

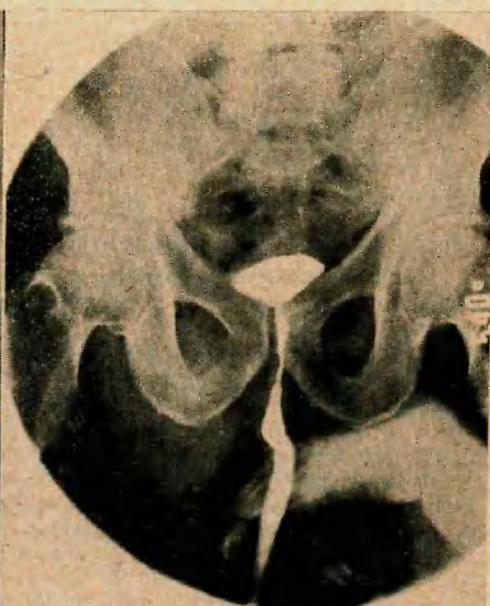


Figura 4

con la cual labramos un túnel amplio que produjo un beneficio franco sobre la disuria, a pesar de lo cual en un nuevo examen de contralor (17/VII/55) hacemos una 3ª y última resección. La disuria desaparece completamente, se continúa una moderada dilatación al solo título de precaución durante un tiempo.

Uretrografía de contralor. Nos muestra un desfiladero uretral anatómico aparentemente muy inferior al resultado fisiológico.

Damos de alta al enfermo el 20/IX/55, con orinas limpidas, micción fácil, chorro muy amplio y muy buen estado general. Concorre periódicamente al Consultorio Externo a fin



Figura 5

de comprobar el estado de uretra pero sin que sea preciso efectuar ningún tratamiento, último contralor uretrográfico. Orina límpida, uretra permeable a un: heniqué N° 55, estado general muy bueno.

Por las razones ya expuestas creémos que no se trata de una simple estrechez o de los conocidos diafragmas uretrales postadenomectomía, 2 condiciones mediaron y favorecieron este bloqueo de uretra prostática, uno el traumatismo originado por los intentos del cateterismo y el otro la hemorragia y el hematoma consiguiente que habrá terminado por organizarse sin ninguna causa que se lo impidiese, al contrario el reposo de la uretra facilitó su elaboración. El tejido extraído solo respondía a una causa inflamatoria productiva y estenosante de la luz uretral, puesta en evidencia durante las resecciones endoscópicas.

Este episodio desagradable, tanto para el enfermo como para el médico, deja una enseñanza muy interesante; 1º) La inoperancia de las simples dilataciones ante un proceso inflamatorio productivo como el que nos ocupa. 2º) El eficaz recurso que representan las resecciones llevadas a un límite oportuno. 3º) El poder de regeneración de la mucosa uretrovesical que solo espera la oportunidad que le brinda un conducto permeable para extenderse sobre él, tapizarlo y crear un nuevo conducto mucoso.