

LA SINTOMATOLOGIA VESICAL EN EL PROLAPSO VESICAL

Por el Dr. PASCUAL DAURIA

El título de nuestro trabajo indica su esencia.

De la sintomatología variada que presenta el prolapso genital ocupa un lugar destacado la que se relaciona con los trastornos vesicales.

En nuestra casuística nos referiremos a 197 prolapsos genitales intervenidos por nosotros en el lapso transcurrido entre principios de 1955 hasta mediados de 1958.

Estos prolapsos se distribuyeron según:

A) *El grado de prolapso.*

De primer grado 1. De segundo grado 167. De tercer grado 15. De cuarto grado 8.

Esta clasificación se refiere principalmente al grado de histeroceles asociándose cisto y uretroceles de grado variable.

B) *La existencia o no de útero o cuerpo uterino.*

Con útero íntegro 191. Sin útero o sin cuerpo uterino 6. Esto último constituye lo que se denomina prolapso genital post-histerectomía.

C) *Según la sintomatología urinaria.*

Con sintomatología urinaria 195. Sin sintomatología urinaria 2.

D) *Según la edad.*

La más joven 22 años. La más vieja 81 años.

E) *Según la paridad.*

Uníparas 2. Multíparas 195.

Esta agrupación se ha hecho teniendo en cuenta la existencia o no de fenómenos urinarios y considerando además algunos factores contribuyentes más importantes que puedan jugar en la aparición o agravación de dichos fenómenos.

Es indudable que dentro de las distopías genitales el prolapso ocupa un lugar destacado por su frecuencia y tanto más frecuente cuando más se lo busca no siendo como muchos médicos suponen una afección anodina e insignificante desde el punto de vista de los trastornos que pudiera causar. La sintomatología del prolapso que impele a la consulta puede ser de localización varia, pero como hemos especificado al comienzo, nos referiremos exclusivamente a la sintomatología vesical.

Hemos tenido así la oportunidad de constatar como síntomas existentes los siguientes:

A) *Incontinencia de esfuerzo.*

B) *Polaquiuria.*

C) *Micción imperiosa.*

D) *Disuria.*

Aquí una breve aclaración. Nosotros actuamos en función de ginecólogos de modo que vista una enferma con sintomatología urinaria que además presenta un prolapso este se justificará como causa de los trastornos.

Efectivamente esto es cierto pero no todas las veces pues en varias oportunidades podrá suceder que realizada la intervención correctora los síntomas urinarios en totalidad o en parte continuarán molestando a la paciente.

¿Qué habrá sucedido entonces?

Lo que puede suceder al especialista con visión tubular que no piensa que la vejiga amén de desplazarse puede enfermar como nos aconteció a nosotros que operamos un prolapso cuya sintomatología permaneció indemne y que vista por el urólogo resultó ser una intensa cistitis incrustada.

La inversa también es válida pues será necesario que el urólogo tenga en su mente que la enferma urinaria puede serlo en apariencia en cuanto se refiere a la causa productora de sus trastornos y en consecuencia pensar en una ginecopatía causal.

No nos detendremos en la fisiopatogenia de los síntomas para no alargar nuestra exposición, pero sí queremos decir que:

1) En algunos casos son ostensibles y en el interrogatorio son referidos minuciosamente por la paciente son la causa de la consulta y son permanentes.

2) En otros existen en forma periódica, hay temporadas de muchas molestias y otras de completa bonanza sobre todo en relación con la actividad física.

3) En otros la sintomatología existe pero está oculta por el tipo mental y escala social de la enferma, no les interesa ni molesta orinarse de vez en cuando habiendo concurrido a la consulta por otras molestias que suelen formar parte del cuadro sintomatológico del prolapso: Sensación de peso perineal, dolor lumbosacro, sensación de distensión abdominal, dolor en bajo vientre, etcétera.

Detectando estos casos es como quizá pueda aumentar el número de prolapso con fenomenología urinaria y que pueden justificarse en nuestra casuística de 197 casos la existencia de 195 con sintomatología urinaria vesical y dos sin ella.

Queremos destacar que en los síntomas vesicales del prolapso juega un rol muy importante el esfuerzo referido a las tareas domésticas donde tantas veces las mujeres suelen exagerar.

Al agrupar los prolapso dijimos que lo habíamos hecho teniendo en cuenta la existencia o no de fenómenos urinarios vesicales y rodeando, por decirlo así a estos trastornos, de factores que pueden condicionar la aparición o agravación de dichos trastornos.

Tenemos así:

1) *Grado de prolapso*: Sería de lógica el pensar que la relación entre el grado de prolapso y fenomenología urinaria debiera ser directa. Efectivamente suele suceder así a mayor grado de prolapso mayores trastornos urinarios.

Pero la frecuencia de esta relación no justifica establecerla como regla y así hemos de encontrar pacientes con grado acentuado de prolapso que no acusan ninguna molestia urinaria mientras que otras con histerocele discreto y un pequeño uretrocele insisten en sus acentuados trastornos urinarios.

Aquí cabe la reflexión dirigida a ginecólogos y urólogos: si una paciente concurre a uno u otro por sus fenómenos urinarios constatar el estado genital

y no menospreciar un pequeño prolapso cuya magnitud pueda que no se mida por su grado sino por los trastornos que está ocasionando.

2) *Existencia o no de útero o cuerpo uterino*: El hecho de que haya o no útero o cuerpo uterino, más la presencia de un prolapso, ha sido fuente de discusión en cuanto al papel que desempeña el útero en la fisiopatogenia del prolapso y así, mientras que para unos la conservación del útero y del muñón cervical evita el prolapso, para otros produce exactamente lo contrario.

Nosotros estamos haciendo nuestra propia experiencia, cuyo resultado será futuro y consiste en que cuando intervenimos por vía abdominal para practicar la histerectomía total, en unas pacientes fijamos la cúpula vaginal uniéndola a los ligamentos redandos y a los útero sacros haciendo también la perineorrafia cuando está indicado, mientras que en otros casos dejamos la cúpula libre y hacemos perineorrafia, creemos que estos últimos casos serán los que nos pueden informar sobre la importancia de la existencia o no de útero para la producción del prolapso.

Será necesario aclarar que es menester descartar la existencia de un prolapso concomitante cuando se hace la intervención abdominal.

El prolapso sin útero o sin cuerpo uterino constituye lo que se denomina prolapso post-histerectomía.

También tiene su graduación en relación con el descenso del muñón cervical, si es que existe, o de la cúpula vaginal si la histerectomía ha sido total.

Nosotros tenemos 6 en nuestra casuística.

Una de las pacientes presentaba un conjunto exteriorizado totalmente fuera de la vulva y constituídos por paredes vaginales protruidas, vejiga muñón cervical y recto.

Como síntoma prominente la enferma relataba una acentuada disuria que combatía acostándose antes de orinar y reduciendo manualmente el prolapso. Como en el prolapso con útero, hay una relación más o menos directa entre grado de prolapso y fenomenología urinaria.

3) *Edad*: El prolapso genital en última instancia es una verdadera hernia hecha a través del diafragma urogenital y piso pelviano.

Como en toda hernia es evidente que el decurso de la edad más lo que esto lleva involucrado referente a disminución del trofismo tisular e influencia del trabajo o actividad física a través del tiempo, serán factores agravantes.

La fenomenología urinaria es variable en cuanto a la intensidad y a la edad, deberá sumarse el grado de prolapso y tipo somático, porque todos hemos visto muchas veces que esta distopía concurre a formar parte del hábito longilíneo asténico.

4) *Paridad*: Es evidente que hay una relación bastante directa entre paridad y grado de prolapso, pudiendo hacer aquí extensiva la consideración que hiciéramos cuando nos referíamos al grado en relación a la fenomenología urinaria vesical diciendo entonces que la mayor frecuencia de síntomas urinarios en relación con la paridad está condicionada por el mayor grado de prolapso, no siendo la frecuencia de esta relación suficiente para establecerla como regla. Se puede así constatar la existencia de uníparas con acentuados trastornos urinarios y pluríparas con pocos o ninguno.

TRATAMIENTO

El tratamiento del prolapso genital con su fenomenología sintomática es eminentemente quirúrgico.

Al decir esto ponemos cierto énfasis en ello porque aunque parezca raro aún hay médicos que recurren como medio de tratamiento al pesario que sería como decir que hay cirujanos que para las hernias indican el braguero.

Varias son las técnicas que se preconizan para el tratamiento quirúrgico del prolapso y cada una se ha ideado teniendo en cuenta la utilización del aparato de sostén y sus componentes que contribuyen a la estática urogenital.

Aquí una primera consideración: estamos convencidos que el resultado feliz del tratamiento quirúrgico no depende del número de técnicas que puedan utilizarse sino depende de que el cirujano tenga en su poder algunas determinadas que aplicará con buen criterio en los diversos tipos de prolapso que deba corregir.

Personalmente utilizando la operación de Halban, la histerectomía vaginal y la operación de Le Fort hemos solucionado todos nuestros casos, recurriendo únicamente a técnicas especiales cuando se trató de prolapsos post-histerectomía: (Gran Ward, Leo Brady, etc.)

Estamos convencidos que la jareta vesical bien hecha garantiza el futuro de la enferma en cuanto a recidiva se refiere.

Nosotros utilizamos el lino para realizarlo, en el total de casos operados sólo hubo dos que presentaron intolerancia con eliminación de hilos.

Hemos tenido un caso de dehiscencia total de las suturas de paredes vaginales y perineorrafia hecho acaécido en una paciente que, estando en su casa, realizó un esfuerzo desmesurado, teniendo la satisfacción de contemplar la vejiga en su lugar sin haberse movido, creemos que en relación con la circunstancia de haber hecho la sutura con hilo de lino.

Para lo demás utilizamos catgut a excepción del rectocele, para cuya reducción cuando existe, utilizamos también hilo de lino.

Una segunda consideración: en el tratamiento del prolapso y sus fenómenos asociados ninguna técnica será efectiva si en ella no se involucra la perineorrafia. Esto podrá ser superfluo para muchos porque es una cuestión sobreentendida pero desgraciadamente hemos visto cirujanos que la han olvidado.

Se podrá hacer una muy buena reducción del cistócele pero si no se apuntala con la perineorrafia a la larga habrá recidiva.

Tercera consideración: el tratamiento quirúrgico debe ser indicado en todos los casos del prolapso, salvo en los casos en que hubiera riesgo vital.

La vida genital activa cumplida en totalidad y llevada hasta el embarazo no contraindica la indicación quirúrgica.

La amenaza de una cesarea o una recidiva en el parto futuro de la paciente operada de prolapso en forma correcta es problemática.

Pudiera objetarse que la amputación del cuello es factor de distocia pero se pueden esgrimir tres argumentos que disminuyen mucho esta probabilidad:

1º) La amputación del cuello debe realizarse por lo general en prolapso de larga data.

2º) Esto lleva implícito el hecho de que son mujeres de cierta edad donde la fertilidad está disminuida.

3º) La amputación significa modificaciones del canal cervical que llevan a una disminución de las probabilidades de fecundación.

El secreto para evitar la recidiva estará en el hecho de un parto bien atendido o en la conducción del mismo, en el primer caso mediante la utili-

zación en el periodo expulsivo de una buena episiotomía profiláctica en el segundo caso esto más el mantenimiento de una buena dinámica para evitar la prolongación del trabajo.

No hay edad que nos deba detener para tratar de aliviar de síntomas molestos a las pacientes, dijimos que la paciente más vieja en nuestra casuística tenía 81 años y actualmente al cabo de dos de sus operaciones goza de los beneficios de ella habiéndose librado de su molesta incontinencia.

POST-OPERATORIO

En ocasiones presenta algunas características sobre las cuales merecen hacerse ciertas consideraciones.

Comenzando por el principio diremos que en el post-operatorio que va siguiendo su curso normal utilizamos sistemáticamente la deambulación precoz permitiendo el levantamiento a las 48 ó 72 horas en franca oposición a aquellas inmovilidades de hasta 11 días que vimos algunas veces.

Usamos la sonda vesical permanente durante 2 a 3 días. Como muchos habrán podido verificar para algunas pacientes es inocua pero hay casos en que es muy poco tolerada presentando dolor y sensación permanente de deseos de orinar que han sido los dos síntomas más frecuentemente constatados.

Ultimamente utilizando las instilaciones de tirotricina y xilocaína alternadamente hemos visto disminuir ostensiblemente estas molestias.

Extraída la sonda pueden suceder dos cosas: que la enferma orina espontáneamente sin dificultades o que la paciente no pueda orinar en absoluto u orine poco. Efectivamente acontece que se establece una retención urinaria absoluta.

Esta retención es a veces inmediata y cuando la paciente comienza a deambular mejora hasta llegar a la normalidad.

Otras veces la enferma que comenzó a orinar espontáneamente presenta de repente una retención que obliga al sondaje.

En ocasiones la enferma que en el sanatorio u hospital donde estuvo internada orinaba normalmente es dada de alta y al otro o a los 2 ó 3 días vuelve presentando un cuadro de retención.

No nos vamos a detener en los factores psíquicos, neurogénicos y reflectógenos que pueden promover esta retención urinaria post-operatoria que es funcional siempre que con la sutura no se haya estrechado demasiado la uretra o el cuello vesical.

Queremos dejar bien establecido su carácter transicional absoluto a largo o corto plazo y no podemos aceptar en ninguna forma el hecho alguna vez referido que por una retención post-operatoria haya tenido que recurrirse al corte de la jareta o sutura reductora del cisto o uretrócele.

Una palabra explicativa, un afectuoso trato tranquilizador, un poco de psicoterapia, algún medicamento, son suficientes para volver todo a la normalidad.

Otro cuadro que puede presentarse es el de la enferma que inquirida en cuanto que si orina espontáneamente dice que si, afirmativa que se obtiene también por boca de la enfermera.

Pero lo que llama la atención al médico es que la paciente presenta molestias dolorosas en bajo vientre y distensión abdominal que la mortifican mucho.

Póngase la sonda a una enferma que recién haya orinado y que presenta este cuadro y no será asombroso constatar que por sonda se extrae orina en cantidad variable por lo general abundante. Lo que ha acontecido es que la paciente ha estado orinando por rebosamiento durante todo el tiempo.

De aquí una conclusión práctica: en toda paciente operada de prolapso debe controlarse la micción haciendo medir la orina.

Por último y refiriéndonos sobre todo a las pacientes que presentaban incontinencia y más si fueran de edad es necesario aconsejarles el manejo de su vejiga en el sentido de que deben vaciarla seguido a la menor sensación de deseos de orinar porque hemos podido verificar en oportunidades que en las operadas hay una disminución de la tolerancia para la acumulación de orina y pueden presentar nuevamente el síntoma de incontinencia que desaparece tan pronto la enferma se acostumbra a vaciar su vejiga adecuadamente, como se le indica.

CONCLUSIONES

- 1) Se presentan 197 casos de prolapso general. Con sintomatología urinaria vesical conexas 195.
- 2) Se especifican algunos factores concurrentes: grado de prolapso, existencia o no de cuerpo uterino, edad y paridad que pueden influir en la aparición o agravación de dicha sintomatología.
- 3) Se expresa cuales son los síntomas urinarios vesicales más frecuentes.
- 4) Se establece la absoluta indicación del tratamiento quirúrgico recalando la importancia de la reconstrucción perineal no importa cual sea la técnica quirúrgica empleada.
- 5) Se señala que la edad y la vida genital activa con probabilidades de embarazos futuros no contraindica el tratamiento quirúrgico.
- 6) Se plantea las posibilidades de que en el post-operatorio se presente como complicación la retención urinaria y la micción por rebosamiento.