

## PSEUDOINCONTINENCIA DE ORINA EN EL POSTOPERATORIO DE DOS ADENOMECTOMIAS PROSTATICAS

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, F. J. MARQUEZ, L. SANCHEZ SAÑUDO  
y J. GORODNER

Motiva esta comunicación la referencia y comentarios acerca de dos postoperatorios irregulares, por causas poco comunes en dos pacientes a quienes se les practicó una adenomectomía prostática.

El primer enfermo es el Sr. J. A., sirio, de 64 años de edad, que ocupó la cama 27 del Servicio de Urología de la Cátedra, y que registra con la historia clínica N° 25, serie 623.

Se le practicó una adenomectomía prostática hace 5 años. Desde el postoperatorio inmediato padece de una incontinencia continua, gota a gota, más acentuada en la posición erecta y mitigada en la horizontal. Se le han hecho varios tratamientos: dilataciones, instilaciones, estriquina, vitaminas, etc. Sus orinas se encuentran permanentemente infectadas.

Se consigna en la historia que las micciones se efectúan cada hora; a pesar de ello, la orina fluye día y noche gota a gota. Sin embargo, si después de orinar, el enfermo se comprime la uretra previo a la salida de un chorro de orina, la incontinencia cesa.

*Este síndrome es posterior a la intervención.*

Las orinas son turbias, piúricas. Los riñones no se palpan.

La palpación del hipogastrio es negativa. La uretra es de calibre normal. A la palpación del pene se percibe en la cara inferior, a la altura del bulbo, una masa redondeada, quística, del tamaño de una nuez, blanda, que se evacúa al ser comprimida, originando la salida de orina por el meato.

Después de esta maniobra y hasta después de la próxima micción, la incontinencia desaparece.

La próstata tiene todos sus caracteres normales. Las vesículas no se palpan. El escroto y su contenido es normal. El urograma muestra buena función y evacuación con imágenes del sistema excretor casi normales.

El examen endoscópico revela una vejiga con su mucosa despulida, con algunas columnas, una logia prostática vacía, y en la uretra anterior, a la altura del bulbo, en su cara posterior, un orificio de 1,5 mm. de diámetro por el que fluye una orina turbia y con grumos.

Las uretrocistografías de frente y perfil informan acerca de la presencia de un divertículo de la uretra bulbar del tamaño de una nuez.

Análisis de orina y serología normal. Interviene al enfermo el Dr. Sánchez Sañudo, ayudado por el Dr. Fernández, bajo anestesia peridural.

Se practica una incisión longitudinal, de piel y fascias, se disecciona el divertículo sin dificultad y se lo reseca. Se cierra la brecha uretral con catgut crómico 00, previa colocación de una sonda N° 18, y la piel con algodón. El examen histopatológico (Dr. Trabucco), informa que el divertículo se encuentra revestido de un epitelio pavimentoso, de tipo espinoso. A los 25 días el paciente es dado de alta sano.

El otro enfermo es E. B., español, de 68 años, casado, registrado en la historia clínica de la Cátedra con el N° 10 de la serie 625.

Hace 1 año y medio se le practicó una adenomectomía prostática, con postoperatorio normal. En la actualidad presenta incontinencia permanente con micciones cada 3 a 4 horas, *síndrome posterior a la intervención.*

La micción es fácil, con buen chorro, las orinas son turbias. El calibre de la uretra es normal. El examen clínico es negativo salvo a la palpación del perineo y escroto. Se palpa

aquí también en la mitad de la uretra peneana, una tumoración del tamaño de una ciruela, que al ser comprimida hace escapar por el meato uretral un chorro de orina.

La uretrocistografía informa: de frente se rellena la uretra anterior, y anexo a la porción en que se inicia el bulbo un gran divertículo del tamaño de una ciruela. De perfil se obtiene la misma imagen. Cistograma normal.

El examen endoscópico informa acerca de una vejiga con mucosa despolida; algunas columnas, logia vacía y a la altura del bulbo, en la cara posterior de la uretra, un orificio de 3 cm. de diámetro por el que fluye orina turbia.

Es intervenido por el Dr. Trabucco, asistido por los doctores Márquez y Luraschi, bajo anestesia peridural.

Se hace una incisión penoescrotal de 7 cm. de los cuales 2 cm. corresponden al pene y 5 cm. al escroto. Se incide la piel y las fascias del escroto, se separa el divertículo, se lo pinza y se lo disecciona en su totalidad, comprobando que el orificio que lo une a la uretra es de 3 cm. de diámetro; hemostasia cuidadosa y sección del cuello del divertículo. Se coloca sonda bequillo de material plástico Nº 16 y sobre ella se hace la sutura de la uretra con nylon 000, no perforante. Se cierran los demás planos con catgut 00 y la piel con algodón.

El estudio histopatológico (Dr. Trabucco) informa que se trata de un divertículo con epitelio pavimentoso de tipo espinoso.

A las dos semanas el enfermo es dado de alta curado de su incontinencia. Se lo controla radiográficamente 3 meses después, con los resultados que ustedes pueden apreciar.

Nos encontramos frente a dos casos de pseudo incontinencia de orina, registrados casi simultáneamente en el Servicio de Urología de la Cátedra, observados en el postoperatorio de dos adenomectomías prostáticas. No vamos a insistir en la etiología, patogenia y sintematología de los divertículos de la uretra, por todos conocida; pero sí en el hecho, de que estos dos casos simulaban con su sintomatología una verdadera incontinencia, de los que se observan desgraciadamente algunas veces "a posteriori" de una adenomectomía. Ello explica el hecho de que uno de nuestros enfermos deambulara 5 años con su pseudoincontinencia, seguramente mal interpretada y el otro uno.

Exhaustivamente examinados en el servicio de la Cátedra, mediante un prolijo examen clínico y estudios radiográficos y endoscópicos, se hace el diagnóstico etiológico y el tratamiento correspondiente, con el éxito consignado. Aconsejamos por lo tanto el estudio exhaustivo de todo paciente, adenomectomizado de su próstata, en quien el postoperatorio no es el esperado.