

Sociedad Argentina de Urología

7ª. Sesión científica ordinaria - 22 de diciembre de 1960.

Presidente:.... Dr. Luis María Brea

Secretario:.... Dr. Juan A. Goldaracena

Instituto Municipal de Clínica Urológica Hospital Durand. Director: Prof. Dr. Luis Figuroa Alcorta

ESTRECHEZ DE URETRA SU TRATAMIENTO POR INYECCIONES LOCALES DE CORTISONA

Por los Dres. LUIS FIGUEROA ALCORTA, SIMON TEPLITZKY y
NORBERTO P. MALLO

Como hemos oído de varios colegas una opinión desfavorable con respecto a las posibilidades del tratamiento de las estrecheces de uretra con inyecciones locales de cortisona, hemos creído oportuno volver a insistir sobre los éxitos que hemos obtenido en enfermos tratados con este método desde el año 1956 en que se publicaron los resultados obtenidos por Bonner, Lyons y Shields y, traemos el último de los enfermos tratados como ejemplo claro e indudable, perfectamente documentado y seguido en su evolución.

Creemos que la falta de detalles en la técnica es la causa de los fracasos y por ello destacamos que:

a) El enfermo debe ser cistotomizado previamente, nosotros los dejamos con la talla vesical por lo menos treinta días antes de comenzar con las inyecciones.

b) La inyección debe ser realizada por vía endoscópica directamente sobre la zona de fibrosis ya sea con el Pan-endoscopio de McCarthy y la aguja endoscópica correspondiente o con el uretroscopio de Luys y aguja adaptada a una jeringa de potencia; nosotros lo hacemos con la canuisa larga del uretroscopio de Luys-Gentile

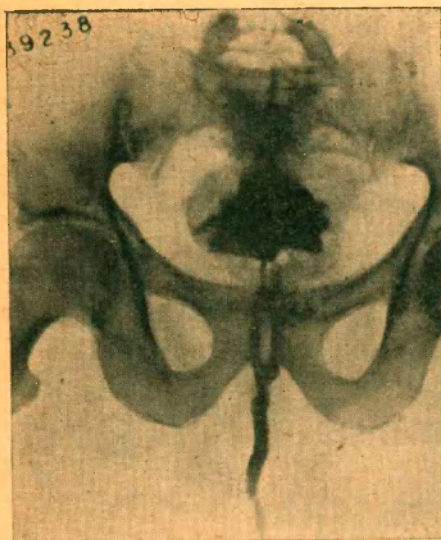


Fig. 1. Uretrografía de frente.

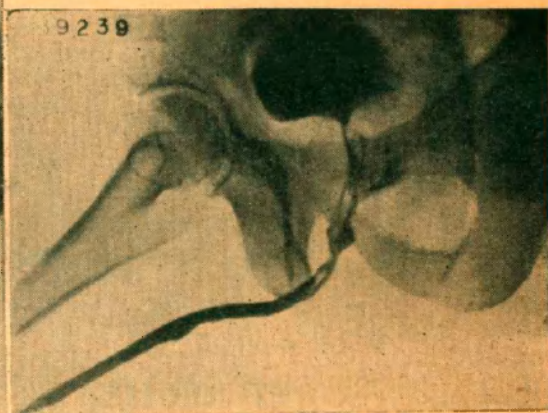


Fig. 2. Uretrografía en oblicua.



Fig. 3. Uretrografía de frente.

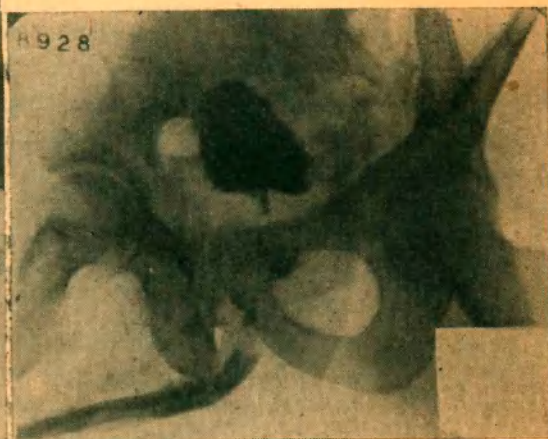


Fig. 4. Uretrografía oblicua.

y una unidad inyectora formada por una aguja B-D, calibre 12 de 15 cm. de largo y una jeringa B-D Multifix de 10 cc. con argollas para inyecciones a presión.

c) El preparado usado debe ser una solución de hidrocortisona con una concentración de, por lo menos, 12,5 mgr. por cc.; usamos suspensión salina de acetato de cortone en concentración de 50 mgr. por cc.

d) La inyección debe ser hecha en 2 ó 4 habones de ubicaciones opuestas; hacemos cuatro habones en horas 3 - 6 - 9 y 12. Inyectar en cada habón, por lo menos, 12,5 mgr. de cortisona, hacemos 25 mgr. por habón.

e) La inyección debe hacerse colocando la aguja bien debajo de la mucosa uretral, en la túnica propia de la uretra y en plena zona de fibrosis; precisamente por la dificultad de inyectar, debe ser hecha con una unidad inyectora adecuada.

Este último enfermo tratado era un paciente remitido del interior, que había sido cistotomizado de urgencia por una retención aguda de orina y enviado al Servicio con el diagnóstico de hipertrofia benigna de próstata. Al examen se constató una estrechez infranqueable de uretra por detrás del bulbo que sospechamos fuera provocada por maniobras tendientes a sondar el enfermo durante el episodio de retención aguda. La uretografía revelaba un trayecto filiforme (substancia inyectada: contraxine al 30 %) con cavernosis prostática. El enfermo había sido cistotomizado cuatro meses antes y existía aún una cavernosis prostática importante, lo que comprobaba era una estrechez anterior a su episodio de retención. Al tacto rectal no se evidenciaba una hipertrofia de próstata evidente. No obstante ello se lo exploró y solamente se halló una esclerosis importante del cuello vesical, practicándosele una resección en cuña y dejándose la cistostomía para el tratamiento ulterior de la estrechez (figs. 1 y 2).

Al mes de este tratamiento quirúrgico se le practicó la inyección local de 100 mgr. de suspensión salina de acetato de cortone en cuatro habones, en horas 3 - 6 - 9 y 12 y de 25 mgr. por habón. A las 24 horas se pasó sin dificultad un beniqué N° 24, dejando en permanencia una sonda Nélaton N° 14 que se dejó durante diez días y al retirarla se pasó fácilmente una sonda Nélaton N° 22 que se dejó hasta el cierre definitivo de la cistostomía suprapúbica que se produjo aproximadamente a los veinte días. Al retirarla el enfermo orinaba perfectamente sin ningún problema miccional y la uretografía de control efectuada al mes de la inyección, muestra una modificación total de la imagen y de la permeabilidad uretral (figs. 3 y 4).

EN RESUMEN: Hacemos notar como factores importantes a tener en cuenta:

- 1) Talla vesical previa, por lo menos, treinta días, para suprimir la congestión y dejar en reposo la zona estrechada.
- 2) Inyección por control directo del operador debajo de la mucosa y en plena fibrosis.
- 3) Concentración alta de cortisona en el preparado a usar.
- 4) Primera dilatación a las 24 horas de efectuada la inyección.
- 5) Repetir la inyección si la zona estrechada es de cierto espesor.

TECNICAS ENDOSCOPICAS COMO TRATAMIENTO DE PRUEBA EN LA INCONTINENCIA DE ORINA AL ESFUERZO EN LA MUJER

Por el Dr. TOMAS SCHIAPPAPIETRA

Incontinencia de orina es la pérdida involuntaria del contenido vesical a través de la uretra y ajena al acto de la micción.

Consideramos indispensable, que para el estudio y elección del tratamiento corrector ante una incontinencia de orina al esfuerzo en la mujer, se deba conocer su mecanismo fisiopatológico; razón por la cual hemos elegido la clasificación presentada por Ercole e Iturralde en 1943. Correspondiendo este tópico a las incontinencias del III grupo de la citada clasificación: "incontinencias por alteraciones del mecanismo esfinteriano vesico-uretral". Incluye este grupo al mayor número de incontinencias y se produce cuando dicho mecanismo esfinteriano se hace insuficiente, contando con un detrusor suficientemente normal.

Parecería que los autores y la costumbre hubiesen generalizado la expresión "incontinencia de esfuerzo en la mujer", con el concepto de forma clínica; pero sólo se justifica como un grado de incontinencia de leve magnitud, requiriendo la incidencia del esfuerzo, que aumentando la presión intra-abdominal la pone de manifiesto, lo cual alterna con micciones normales. Ercole no la considera como representativa de un mecanismo de incontinencia, ya que, siendo determinada por una alteración del mecanismo esfinteriano vesico-uretral, puede depender de diversos factores etiopatológicos.

Si bien me remito para su mejor informe al relato del Dr. Ercole al VI Congreso Americano de Urología, corresponde adelantar su concepto sobre la importancia de las formaciones músculo-tendinosas del diafragma pelviano y urogenital, así como de los elementos perineales que contribuyen al mecanismo esfinteriano uretro-vesical en la mujer.

Elementos constitutivos de este mecanismo:

Factores dinámicos de orden liso: participan en el mecanismo esfinteriano elementos lisos a cargo de: a) las fibras vesicales longitudinales, las cuales abrazan la uretra en asa protractora; fibras vesicales de la capa circular de la vejiga que contornean al cuello a manera de asa retractora. Y otras fibras que engruesan la capa muscular de la uretra; b) el músculo trigonal; c) el labio posterior del cuello; d) fibras propias de la uretra.

Mecanismo esfinteriano estriado: la uretra recibe en primer plano la sustentación de fuertes haces de la porción pubo-coxígea de los elevadores, en la proximidad de la conjunción vesico-uretral, da sostén al ángulo anterior de la uretra y representando el

elemento más importante del mecanismo de la continencia vesical. El segundo plano está constituido por elementos musculares del diafragma uro-genital y el tercer plano por los músculos del periné anterior; donde el isquio y el bulbo cavernoso en disposición digástrica, angulan en su contracción la uretra terminal.

Son factores estáticos que contribuyen al mecanismo esfinteriano uretro-vesical: a) la conjunción tangencial uretro-vesical y su ángulo de implantación uretro-trigonal; b) la disposición en S de la uretra; c) la retracción de la uretra a nivel del diafragma urogenital; d) la presencia del plexo venoso sub-mucoso.

Mecanismo de la micción: Dejando de lado las sucesivas teorías sobre la función de la micción, transcribiré del citado relato del Dr. Ercole las observaciones de Mueller y Feischer, quienes a través del estudio radioscópico documentado en series radiográficas llegaron a las siguientes conclusiones: "el descenso del cuello de la vejiga en la iniciación del acto miccional, depende de la relajación del pubo-coxígeo. Normalmente el individuo para iniciar la micción, relaja deliberadamente el pubo-coxígeo, a lo que agrega el aumento de la presión intra-abdominal, que consigue con la inmovilización momentánea del diafragma en inspiración y la contracción de la musculatura del abdomen; con lo cual provoca el descenso del cuello, su embudización y la entrada de orina en la uretra. A continuación se produce la contracción refleja del detrusor y se sucede la serie de actos escalonados, que conducen a la evacuación de la vejiga. La interrupción de la micción depende, según los autores, de la contracción activa del pubo-coxígeo, única forma de poder elevar el cuello vesical. Tanto la iniciación del acto miccional como su interrupción, son regidos por el sistema nervioso de relación a través del plexo pudiendo.

Mecanismo de la continencia vesical: La uretra de la mujer, por razones de constitución anatómica, caracterizada por la ausencia del esfínter estriado bien diferenciado, está representado por elementos musculares del diafragma pélvico-perineal, y en primer plano el pubo-coxígeo, el cual da sustentación al esfínter liso en sustitución topográfica de la próstata en el hombre. Repitiendo que la iniciación de la micción depende de la relajación del pubo-coxígeo, cuando este músculo por lesión o por atrofia resulta insuficiente, altera consiguientemente al esfínter liso a quien da apoyo y a los factores estáticos convergentes a la continencia; de hecho pues, la incontinencia será función de la insuficiencia del músculo pubo-coxígeo como factor primordial.

Presenta como argumento en favor del papel fundamental del pubo-coxígeo en el mecanismo esfinteriano, los buenos resultados del tratamiento funcional de Kegel, y la posibilidad de la resección de las 2/3 partes de la uretra anterior, sin provocar incontinencia.

La continencia vesical en la mujer depende de los elementos dinámicos de las formaciones esfinterianas, y de la estática de dicho mecanismo esfinteriano en su acción convergente. La importancia de estos factores estáticos, lo prueban los buenos resultados de las técnicas correctoras, cuya acción es indiscutiblemente estática.

Los aportes uretrocistográficos han demostrado las alteraciones de la estática del mecanismo esfinteriano en la incontinencia, caracterizada por el descenso y la embudización del cuello; lo cual ocasiona un estado de micción permanente, semejante a la relajación del periné al iniciar la micción. Estos controles radiográficos ratifican lo afirmado por Bonney en 1923; la incontinencia depende de

las alteraciones cuello vesical provocadas por el esfuerzo. Jeffcoate y Roberts en 1952, documentados en las uretrocitoscopías de perfil, sostienen la relación entre la continencia y la conservación del ángulo posterior que forma la conjunción uretro-vesical; razón por la cual en el prolapsó con o sin incontinencia, pese al descenso del cuello la incontinencia depende de la desaparición del ángulo posterior.

Diagnósticos: Tres preceptos deben cumplirse para llegar al diagnóstico diferencial y clasificación de una incontinencia: 1) confirmar la incontinencia uretral; 2) determinar su mecanismo fisiopatológico; 3) patogenia que la condicione. Ellos deben basarse en un interrogatorio y examen semiológico exhaustivo, desde el somático y clínico general; en forma particular del aparato génito-urinario. Examen hormonal y en ocasiones el neurológico. Panendoscópico, cistométrico. El control urocistográfico proporciona importantes datos sobre las alteraciones de sustentación del sistema fascial y músculo-aponeurótico; el descenso y embudización del cuello, el borramiento del ángulo de conjunción uretro-trigonal. De acuerdo a estas modificaciones morfológicas a través de la uretro-cistografía, en gran parte se deduce la elección del tratamiento corrector.

Corresponde hacer notar, que por definición se excluye la pérdida de orina por: a) falta de continuidad de tabique vesico-vaginal y otras variedades de fistulas urogenitales; b) implantaciones anómalas del uréter; c) falsas incontinencias de las retencionistas o incontinencias por rebosamiento, de causa local. Incontinencia por disminución o abolición de la sensibilidad vesical y disminución del tono del detrusor, corresponde al primer grupo de la clasificación referida (Ercole e Iurralde). Tabes dorsal. Espina bífida lumbosacra con alteración dominante en inervación motora o sensitiva; d) Pseudo incontinencia por cistitis hiperaguda, cuya disminución de capacidad las lleva a la incontinencia. Cistitis retráctiles por fibrosis; incontinencia por aumento de la sensibilidad vesical y/o aumento de contractilidad del detrusor, corresponde al segundo grupo de la clasificación. Por consiguiente, las falsas y pseudo incontinencias referidas no están comprendidas en el tópico enunciado.

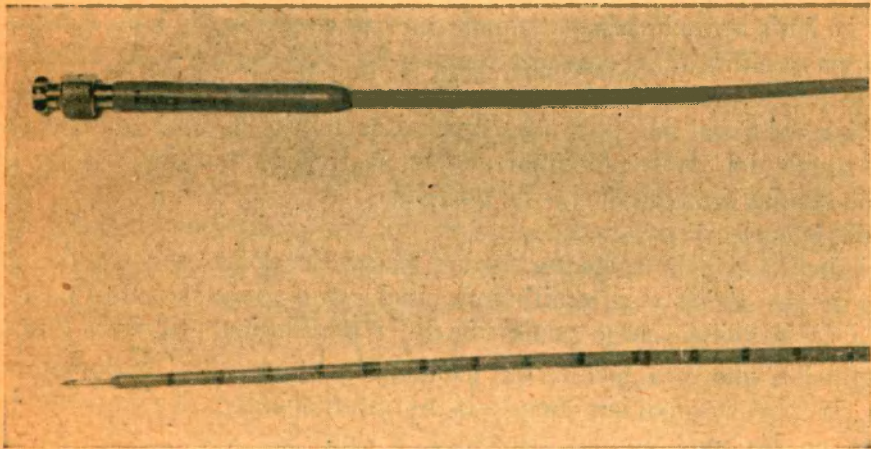
De acuerdo a su patogenia se distinguen en tres grupos, por causas locales, hormonales y neurogénicas. Al primer grupo corresponden las secuelas del tratamiento obstétrico, lesiones ginecológicas y a sus secuelas quirúrgicas. La insuficiencia funcional del pubo-coxígeo, deficiencia neuromuscular del periné.

De causa hormonal: por insuficiencia ovárica, disendocrínicas. La insuficiencia estrógena suele acompañarse de atonía y astenia de los músculos pelvi-perineales, en ocasiones manifestaciones tróficas vesico-uretrales con síntomas de cistitis e incontinencia al esfuerzo. Es posible la acción concomitante de los factores causales.

De causa neurógena, originados por lesiones localizadas en la cola de caballo y cono terminal, determinando alteraciones en el mecanismo esfinteriano vesico-uretral como consecuencia de lesiones tróficas o por alteración en la inervación motora de los elementos del piso pelviano, por espina bífida, paquimenigitis, agenesia sacro-coxígea. Sostiene Ercole que las vejigas neurogénicas, la espina bífida y la agenesia sacro-coxígea, pueden modificar la estática y la dinámica del mecanismo esfinteriano, llevando a la incontinencia sin retención vesical; las pseudo y falsas incontinencias por retención vesical fueron tratadas en párrafo anterior.

Tratamiento endoscópico: Consideraremos dos técnicas con igual finalidad. Con ambas se persigue la secuela cicatricial, vale decir, un cierto grado de fibrosis limitada al cuello vesical; razón por la cual actuará como factor estático de refuerzo al mecanismo esfinteriano. Este resultado no es dispar al que consigue la cirugía con algunas de las operaciones correctoras; concepto que comparto con el Dr. Ercole.

La primera técnica se refiere a la electrocoagulación endoscópica en forma puntiforme del cuello vesical, en disposición crucial. Sus antecedentes, las indicaciones y su técnica prolijamente ilustrada, la encontrarán expuesta en el fascículo correspondiente al relato del Dr. Ercole. En cuanto a mi práctica, informaré que la he usado con estricto criterio en la selección de los casos, a partir de la comunicación a esta sociedad en el año 1944, por los doctores Ercole e



Iturralde, y exclusivamente en incontinencias leves, a las que correspondía el grado de incontinencias de esfuerzo.

Durante las primeras aplicaciones he usado el uretroscopio de fabricación Wolf, el cometido se cumplía satisfactoriamente; pero al poco tiempo la visión panorámica del panendoscopio me llevó a usarlo de preferencia. En ambas técnicas puede procederse con un anestésico de superficie por inyección uretral, de preferencia Xilocaína al 2%, previo un supositorio analgésico de uso corriente. En algunas ocasiones que preveía, y sobre la mesa urológica practiqué inyección endovenosa de novalgina u otra similar. Debe tenerse presente que la puntura eléctrica deberá ser localizada en la vertiente uretral del cuello, apoyando la extremidad del electrodo antes de dar paso a la corriente de coagulación. Si la continencia no fuera obtenida por primera, la operación puede repetirse terminados los efectos inflamatorios, ya que por las molestias subjetivas o por la observación de la mucosa uretral; pero conviene esperar el tiempo suficiente, cuyo término es variable y parece ser función de la reacción del colágeno.

En nuestras observaciones las recidivas aparecieron en un porcentaje del 50 %, en muchas de las cuales fue necesario repetir las aplicaciones; se han mantenido continentes un 35 %, del resto ignoramos su evolución.

La segunda técnica corresponde a la infiltración endoscópica con suspensión esclerosante a través de la mucosa de la vertiente uretral del cuello vesical. Con

la experiencia anteriormente descrita, con algunos éxitos y muchas recidivas nos sorprendió el "Dondrén-B 611. T", aceite mineral de la casa Knoll, de Alemania Oriental; que de regreso de su viaje a Europa trajera el Dr. Fulco Oliva, distinguido urólogo que fue nuestro compañero en el hospital Italiano, y entusiasta del método que nos comunicara.

Del texto de Urología de Boeminghaus, he tomado sus informaciones; resumiendo, se atribuye a Frieling el haber preferido la vía endouretral para aplicar el Dondrén, en sustitución a la vía vaginal que se practicaba con anterioridad en inyecciones esclerosantes periuretrales.

Para esta segunda técnica fue el panendoscopio el exclusivamente usado; no es aconsejable el citoscopio de cateterismo uretral. Un catéter de tipo ureteral de buena consistencia, en cuyo extremo distal se encuentra insertada una corta aguja, en el opuesto y a mano del ayudante un pabellón donde se inserta la jeringa inyectora. La ampolla de suspensión aceitosa "Dondrén", de acción esclerosante de 1 c.c., es la dosis aproximada a emplear en cada sección, 1/3 de c.c. por puntura entre puntos equidistantes, comenzando por las XII horas de la esfera. La aguja debe perforar en dirección oblicua, siguiendo el enfoque de la óptica, de visión en superficie oblicua del panendoscopio y tratando que no perfora la mucosa vesical a través del cuello. Al igual que en la técnica anterior, me he limitado a practicarla en las incontinencias al esfuerzo.

En el cistocele y en especial el prolapso, con o sin incontinencia, es de práctica corriente la cirugía correctora sobre plano de apoyo a costa de una prolija disección de las fascias, y sin omitir una cincha que apoye la uretra en la vecindad del cuello de la vejiga, como profilaxis de la posible incontinencia postoperatoria.

Se concibe que esta técnica de infiltración transuretral endoscópica, sencilla e inocua, la cual no requiere anestesia ni internación es lógicamente bien aceptada, aún en las más tímidas pacientes, y debe ser practicada con criterio de tratamiento de prueba, factible de requerir repeticiones y con fundadas probabilidades de éxito. Debo informar que su práctica me ha deparado gratas satisfacciones.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — Felicito al doctor Schiappapietra por su interesante comunicación.

A propósito de las electrocoagulaciones en este tipo de afección, he enviado mis enfermas al ginecólogo y me ha informado que no ha obtenido el resultado que deseamos obtener los urólogos. Me refiero al ginecólogo que domina las maniobras cistoscópicas.

El procedimiento que propone el doctor Schiappapietra es muy aconsejable y lo he de poner en práctica.

Dr. Comotto. — Quiero preguntarle al doctor Schiappapietra si ese dispositivo de la sonda es de fabricación casera o es traído del Exterior.

Dr. Schiappapietra. — Es traído de Italia. Hay una vaina sobre la aguja que conviene que no se pierda.

Al doctor Bernardi le diré que cuando se trató el tema en el Congreso de Mar del Plata estaba sumamente atento y no pude pedir disculpas al doctor Ercole porque hacía 18 años que seguía esa técnica. Empleaba en ese caso una aguja, que la conservo todavía, del tipo de las utilizadas para practicar biopsias en tejidos blandos. El doctor Arenas, que contribuyó al tema, desautorizó la técnica diciendo que no tenía explicaciones en la fisiopatología de los procesos que afectan al periné, a la relajación de las facias en el tejido del músculo aponeurótico.

El esfínter retrovesical está dominado por dos factores: el dinámico y el estático y el doctor Ercole hizo una magistral defensa de la situación. Dijo que esto actuaba como un factor estático que le da dureza al cuello apoyado al esfínter interno de la uretra de la

mujer, que casi no existe. Falta la próstata del hombre. Y después agrega: ¿Qué diferencia existe con lo que se obtiene con la cirugía cruenta? ¿Hay función dinámica en esos manejos de músculo? Al tiempo se han esclerosado, actúan por función estática.

El error está en que el ginecólogo no le sabe decir con qué hizo la aplicación ni cómo la hizo. Cuando les fracasa una plástica de una fístula vesical dicen que la vía vaginal no sirve. La vía vaginal es óptima pero no sirve porque se usa mal, le contestaría al ginecólogo. Cuando la puntura se hace mal hasta puede salir una escara.

Cuando ha fracasado una cincha por vía vaginal la he sujetado como un Marshall-Marchetti por vía suprapúbica.

Dr. Comotto. — ¿No se puede utilizar otra sustancia, no siendo el Dondrén, que es difícil conseguirlo?

Dr. Schiappapietra. — Si no la tengo, no la uso. Por eso, la estadística de estos casos es más pobre que la de la puntura eléctrica.

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea Extraordinaria del 26 de Junio de 1952).

- a) El trabajo presentado debe ser original.
- b) Los originales deben ser escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, numerando las páginas, evitando errores de ortografía, sobre todo en idiomas extranjeros.
- c) Título breve (con aclaración en párrafo aparte).
- d) Las citas bibliográficas deben mencionar: 1º. Apellido del autor. 2º. Iniciales de sus nombres. 3º. Título del trabajo. 4º. Título de la revista (abreviado). Año. Volumen. Página.
- e) Los trabajos de casuística deben constar exclusivamente con una historia clínica sucinta con las radiografías o dibujos del caso presentado.
- f) Los socios designados Relatores en jornadas, como así también los que fueren invitados a pronunciar conferencias en nuestra Sociedad, gozarán con respecto a la publicación de la impresión de 10 páginas y 8 sitios para clisés o dibujos. Lo que exceda queda a cargo del autor.
- g) Todo miembro titular o adherente que presente trabajos en nuestra Sociedad queda sujeto al compromiso del pago que demande el texto, clisés y dibujos.
- h) Los apartados de la Revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo (modificación art. 14. - Regl. Revista - Asamblea 22 Julio 1948).
- i) La Comisión de la Revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolver en esta materia el valor científico de dicho trabajo.

Estas resoluciones se tomarán después de oír la opinión de todos sus miembros.