

PROTESIS PARA INCONTINENCIA

DE ORINA EN EL HOMBRE

Dres. Oscar PODSKUBKA
Eduardo MORERA
Luis RUBATTO
Carlos MEDONE

Siempre en la búsqueda de una solución al penoso problema de la incontinencia de orina en el hombre, deseamos aportar nuestra experiencia en el implante de una nueva prótesis creada por el Dr. Joseph Kaufman de Los Angeles, California, quien la presentó en el último Congreso Internacional de Urología, realizado en Holanda el año próximo pasado. (F.1)

Se trata de una prótesis de poliuretano y gel de siliconas, que posee 4 bandeletas para su fijación confeccionadas en dacron; como características sobresalientes figuran:

- a) La excelente fijación que impide su movilidad.
- b) La reducida posibilidad de necrosis tisular con el gel de siliconas.
- c) Su visualización perfecta a los rayos x.
- d) La posibilidad de regular su contenido.

Fue ideada para ser implantada en las lesiones del esfínter externo que es la secuela, en algunas oportunidades, de los operados de adenoma o carcinoma de próstata.

El caso que hoy presentamos es el de un paciente de 68 años, que fue operado de un adenoma de próstata hace 4 años, quedando con incontinencia permanente de orina. Fue intervenido quirúrgicamente en dos oportunidades, en distintos servicios de nuestro medio; la primera por vía abdominal, desconociendo la técnica utilizada y la segunda por vía perineal con la técnica de Puigvert, sin ningún resultado satisfactorio.

Siendo éste el caso indicado para la aplicación de la prótesis de Kaufman, decidimos efectuarla en enero de este año en el servicio de Urología del Hospital Municipal de Vicente López, con el procedimiento que el autor describiera.

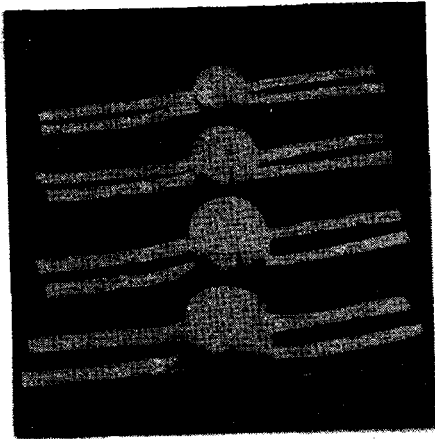
Técnica

- 1) Preparación del abdomen y periné 24 horas antes de la operación con cepillado a fondo con jabón y pincelaciones con soluciones antisépticas.
- 2) Antibióticoterapia concomitante de acuerdo al cultivo y antibiograma, que continuamos por una semana en el post-operatorio
- 3) Enfermo en posición ginecológica forzada.
- 4) Incisión perineal media a un dedo por encima del ano, de 5 a 6 cm de longitud, llegando hasta el músculo bulbocavernoso que recubre a la uretra bulbar (F. 2)

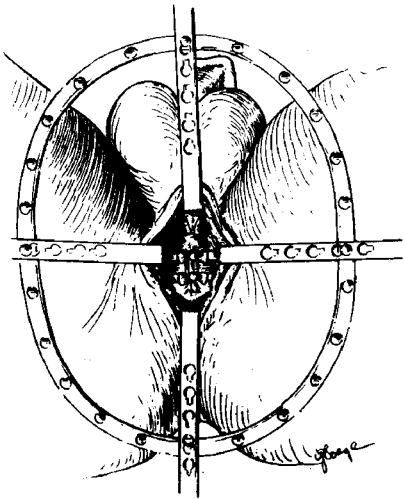
A ambos lados se encuentran los músculos isquiocavernosos que se liberan, pues son los que servirán de pilares para la fijación de la prótesis, por intermedio de sus 4 bandeletas (F. 3). Esta puede hacerse en forma directa o cruzada entre las mismas, y por último anudándolas entre sí (F. 4 y 5). Colocamos en la uretra una sonda Foley N° 16, cierre de la pared por planos, con puntos separados de Dexon N° 0 no dejando drenaje. En el post-operatorio que fue normal se le indicó: baños de asiento a partir del tercer día diariamente y por una semana.

Al cuarto día retiramos la sonda, orinando el paciente por su voluntad y con total continencia. A los trece días es dado de alta en perfectas condiciones. Tres o cuatro días después concurre nuevamente a la consulta por leve incontinencia de esfuerzo (al caminar, toser, etc.); se efectúan entonces, pasados unos días la regulación del volumen de la prótesis, por medio de una inyección de sustancia de contraste a través del periné y bajo control radioscópico.

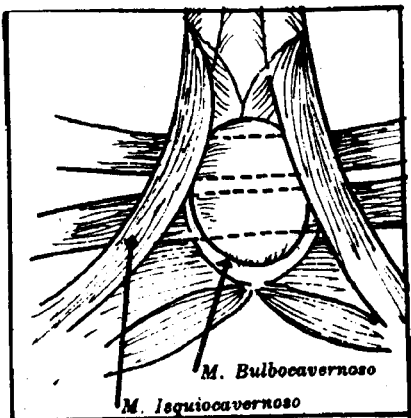
En la actualidad el paciente tiene buena continencia, escurriendo algunas gotas de orina en ocasiones aisladas.



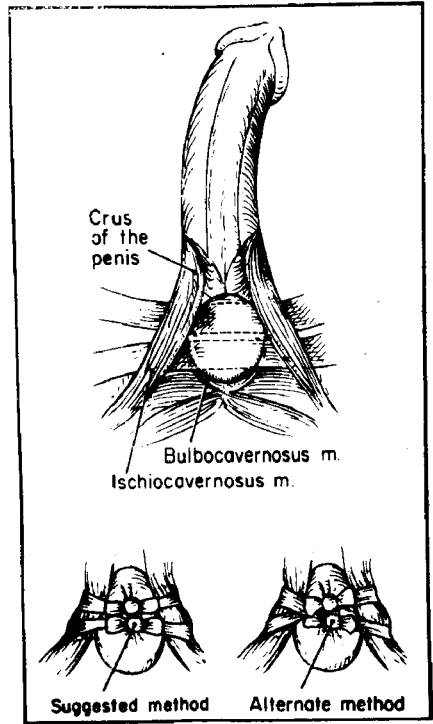
(F. 1)



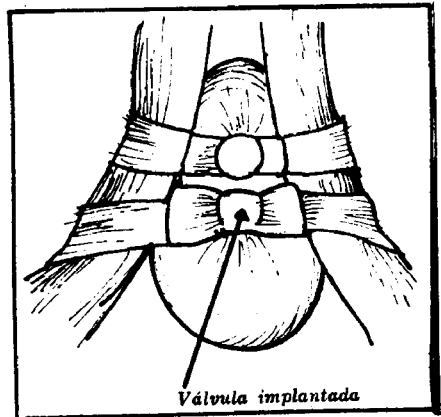
(F. 2)



(F. 3)



(F. 4)



(F. 5)

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

SESION DEL 23 DE MAYO DE 1974

Dr. Saens:

Ante todo acepto las excusas presentadas como miembro de esta sociedad, por el Dr. Podskubka con motivo del enojoso episodio que todos conocemos, quería simplemente agregar que tenemos cierta experiencia de incontinencia de orina, nosotros tenemos sesenta casos, e implantamos la prótesis de Berri, que fue posiblemente el antecesor de este método, y posteriormente utilizamos el método Puigvert con el cual llevamos ya nueve pacientes que serán motivo de una comunicación de uno de los médicos de la sala. La objeción que puede hacerse a este método, y quisiera si está presente el Dr. Rocchi, que lo corrobore, es la obstrucción que se produce en la uretra posterior y posiblemente con eso un trastorno en la urodinamia que no sabemos a largo plazo a que puede llevar.

Dr. Oscar Podskubka

Quisiera agradecer las palabras del Dr. Saens y efectivamente considero que es un problema no resuelto todavía del todo, lógicamente el Dr. Kaufman dijo que tenía cuarenta casos en julio del año pasado, o sea que hay que esperar el tiempo por la dilatación posterior y los trastornos fisiológicos que puedan producirse, pero como se dijo en el trabajo, en este enfermo ya había sido hecha la operación de Puigvert y había fracasado.
