

Serv. de Urología del Hospital Alvear;
Jefe; Profesor Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor
UBALDO ISNARDI

EDEMA OCASIONADO POR COMPRESION DE CAUSA URINARIA. (RETENCION)

EN la presente comunicación, voy a relatar las historias clínicas de dos enfermos, que hicieron gran edema del tipo hipostático, a consecuencia de la retención vesical.

Primera historia. M. G., 65 años, soltero, español.

Antecedentes. — A los 22 años, uretritis que curó en una semana. No da otros.

Enfermedad actual. — Desde hace 8 ó 9 años acusa polaquiuria diurna, cada hora y nocturna, 2 ó 3 veces por noche. Sin otros padecimientos hasta hace seis días, en que empieza a notar dificultad a la micción, dificultad que va en aumento hasta hace tres días en que se produce una retención completa, que persiste al momento de ser visto. Durante estos tres días, ha notado edema progresivo en sus miembros inferiores y genitales externos.

Estado actual. — El examen físico no revela nada de particular en riñones y uréteres. Se aprecia, en cambio, un gran globo vesical, a gran tensión, que llega a cuatro traveses de dedo, por encima del ombligo. Uretra de calibre normal, sin anillos. Próstata al tacto rectal agrandada, lisa, elástica, indolora, no adherida. El surco medio aparece borrado sólo en su parte inferior, conservado en la parte alta. Genitales externos. Gran edema de bolsas y pene. Prepucio ingurgitado y deformado.

Otros órganos y aparatos. — El enfermo, que al ingresar al hospital fué destinado a una Sala de clínica médica, por sus edemas, ha sido prolijamente examinado por los internistas, especialmente en su aparato cardiovascular, quiénes no hallaron nada anormal.

Evolución. — El enfermo, al ingresar al Servicio del Profesor Salleras, acusa violentos deseos de orinar. Se evacúa la vejiga con sonda bequille, extra-yéndose tres litros de orinas límpidas. Se repone en vejiga un litro y medio de solución fisiológica esterilizada. Dejando la sonda permanente, gota a gota, se evacúa totalmente, la vejiga en 24 horas. Durante las 48 horas siguientes, la diuresis es doble que normal. Los edemas ceden rápidamente hasta desaparecer totalmente al cabo de esas 48 horas. En esas condiciones, el enfermo se quita la sonda, con lo que se reproduce el globo vesical en 24 horas y un discreto edema

de miembros inferiores, todo lo cual vuelve a desaparecer en otras 24 horas de sonda permanente.

Practicase, entonces, la cistoscopia que muestra: mucosa algo congestiva. Cuello deformado, convexo a ambos lados. Signo de Marión positivo doble, no muy acentuado. Con el diagnóstico de adenoma de próstata, se practica la talla hipogástrica con anestesia local. El estado general se repara, los edemas no vuelven a producirse y el enfermo es dado de alta después de haber estado más de un mes en observación.

Segunda historia. G. D., 55 años, español, casado.

Antecedente urinario. — Hace 25 años, o sea, a la edad de los 30, después de haber bebido abundante cantidad de cerveza nota, durante 8 ó 10 días, disuria y polaquiuria diurna, de 10 a 12 veces durante el día.

Desde entonces, no acusa más padecimientos hasta su:

Enfermedad actual. — Hace un año, se le reproducen los fenómenos registrados más arriba, con disuria inicial y polaquiuria diurna y nocturna. Este cuadro sólo duró dos o tres días. Hace 4 días, vuelve a notar polaquiuria y disuria, fenómenos que van en aumento hasta llegar a una retención casi completa, suavizada por pequeñas micciones que se repiten cada 5 minutos.

Estado actual. — Al examen físico, nada de particular en riñones y uréteres. Gran globo vesical que llega a dos traveses de dedo por encima del ombligo. Uretra de buen calibre, sin formaciones inflamatorias.

Próstata. — Aumentada de tamaño lisa, no dolorosa ni adherida, con carácter de adenoma.

Miembros inferiores. Tomados por edema blanco, blando frío, que deja el "godet" a la presión, con los caracteres de los edemas hipostáticos. Otros órganos y aparatos, nada de particular.

Evolución. — Al ingresar al Servicio se coloca sonda permanente y se evacúa lentamente la vejiga. Se practica entonces la cistoscopia, que muestra: abundantes celdas y columnas, cuello deformado por un lóbulo medio y dos lóbulos laterales pequeños. Signo de Marión positivo a ambos lados y esbozo de signo de la cortina. El edema disminuye progresivamente hasta desaparecer completamente.

Con el diagnóstico de adenoma de próstata se practica la talla hipogástrica. El enfermo hace un postoperatorio accidentado y largo, pero al fin es dado de alta al cabo de dos meses sin que los edemas hipostáticos se hayan reproducido.

COMENTARIO.

El edema ligero o sub-edema, de los miembros inferiores en los retencionistas es un fenómeno relativamente común y su producción se explica por causas de orden general que pueden haber tenido su punto de partida en la retención misma. Esas causas de orden general son, en primer término, la insuficiencia renal y mio-

cárdica que pueden ser la consecuencia de la perturbación urinaria. Pero el edema gigante, tipo elefantíaco, hipostático, tal como lo hemos observado en los enfermos cuyas historias he relatado, con la particularidad de ceder inmediatamente con sólo evacuar la vejiga, es una manifestación extraordinariamente rara.

Evidentemente su producción es la consecuencia del éxtasis ocasionado por la compresión que la vejiga, enormemente distendida y tensa, ejerce sobre las venas que recogen la sangre del periné y los miembros inferiores: plexo de Santorini y vena ilíaca externa.

La compresión de la red venosa de Santorini, alojado entre la vejiga y el púbis, produce el éxtasis en la red venosa de los órganos genitales externos y por lo tanto su edematización. El edema de los miembros inferiores se explica por la compresión de la ilíaca externa contra el plano óseo sacro-ilíaco.

En este caso, la vejiga agrandada y a gran tensión, ocasiona el edema, del mismo modo que el embarazo a término. Es evidente que no basta que la vejiga esté agrandada para que el éxtasis se produzca. Es además necesario que sus paredes estén a gran tensión, pues de lo contrario se amoldan a los trayectos sin comprimirlos.

Esta forma de edema hipostático no la he encontrado mencionada en la literatura clásica entre los fenómenos inherentes al síndrome de retención, por lo cual he creído de interés llamar la atención sobre su posible producción.

Discusión:

El Dr. Pagliere dice que la observación de los edemas en los retencionistas está perfectamente estudiada en un trabajo del doctor Schiappapietra sobre la curva perideral en los prostáticos. Dice que los edemas no solamente son frecuentes sino constantes en los prostáticos y celebra que el Dr. Isnardi haya corroborado las conclusiones del Dr. Schiappapietra.

Dr. Isnardi. — Los edemas a que se refiere el Dr. Pagliere, son los pequeños edemas que obedecen a causas generales a los que me he referido y dicho que son muy comunes, no los edemas gigantes por compresión, a los que se refiere mi comunicación.