

Por los Doctores

HECTOR D. BERRI y  
CONSTANTE COMOTTO

## LA CERVICOTOMIA A CIELO ABIERTO EN LA DISECTASIA DEL CUELLO VESICAL. INDICACIONES Y VENTAJAS DE ESTE TRATAMIENTO

LAS observaciones sobre disectasia del cuello vesical se han multiplicado en los últimos años y los trabajos presentados han sido numerosos.

Las lesiones que se observan en este proceso son macro o microscópicas. Las primeras son debidas al adenoma y cáncer de la próstata. Las segundas ya a pequeños adenomas no observables a simple vista e incluidos en el espesor del cuello y que no deforman la uretra; ya a hiperplasia glandular asociada a otros tejidos. Todas estas lesiones microscópicas con predominancia de uno de los tejidos o con infección propagada de uretra, próstata y vejiga llegan a formar el cortejo sintomático de la disectasia de Legueu, debiendo además agregarse en esta afección la disectasia congénita de la edad juvenil con lesiones ya mucosas, glandulares, conjuntivas o esclerosas asociada frecuentemente con procesos urinarios congénitos tales como los divertículos vesicales.

Las vías de intervención quirúrgica en la disectasia del cuello son la transuretral, la suprapúbica y la perineal.

Es la transuretral la vía de elección por su sencillez, su corta convalecencia y ser una intervención cerrada, pero como ya se ha manifestado en esta Sociedad de Urología existen casos excepcionales que hacen que la vía suprapúbica pase a ocupar el primer puesto, relegando a la vía transuretral a un segundo plano.

El caso que vamos a presentar es una de las observaciones en que fué necesario intervenir por esta vía por así exigirlo el estado del paciente:

Se trata de un enfermo internado en la Sala VI del Hospital Alvear. Servicio del Profesor Juan Salleras el 28 de Marzo del cte. año.

S. T. — De 48 años, casado, español, obrero. H. Cl. N° 3341.

*Antecedentes personales.* — Uretritis a los 24 años, que curó en 30 días. Casado con esposa sana, que ha tenido un aborto natural y dos hijos sanos.

*Enfermedad actual.* — Desde hace 5 años acusa disuria inicial, que fué aumentando paulatinamente hasta llegar a la retención completa. Además, acusaba retardo en la aparición del chorro miccional y polaquiuria cada una a dos horas, que llegó a ser muy frecuente en los últimos tiempos. Hematurias a repetición. Disminución de peso, lenta y progresiva, debido a la anorexia y crisis de hipertermia que lo imposibilitan alimentarse debidamente.

*Estado actual.* — Regular estado general, 60 kilos de peso. Mucosas húmedas y rosadas.

*Aparato circulatorio.* — Normal. Pulso, 75 por minuto. Mx., 15. Mn., 8.

*Aparato respiratorio, digestivo y nervioso.* — Normal.

*Aparato urinario.* — Riñones y uréteres. Examen físico negativo. Uretra permeable al N° 23. Próstata de tamaño y consistencia normales con bordes bien delimitados, surco medio borrado.

Orinas. — Diuresis, 1200 cc.

Aspecto: turbio. Reacción: alcalina. Densidad: 1019. Urea: 17.21. Clo-  
ruros: 14.10. Albúmina y glucosa: no hay.

Sedimento: Abundantes piócitos y gérmenes banales a predominio cocos.

Reacción de Wasserman y Kahn: Negativas.

Cistoscopia: Capacidad 100 c.c. Cistitis difusa. Celdas y columnas abundantes en la cara posteroinferior de la vejiga. Meato ureteral derecho entreabierto. Cuello levantado en su borde posterior, que es convexo. Bordes laterales planos.

*Examen radiográfico.* — Radiografía simple normal sin sombras anormales.

Urografía de excreción, obtenida en el Hospital Durand. Acusa falta de función derecha y buena eliminación izquierda.

Cistografía con ioduro de potasio al 15 %, en posición de decúbito dorsal y oblicua derecha y con inyección con aire. Muestra la presencia de un divertículo vesical de regular tamaño en la parte pósteroinferior de la vejiga. No hay reflujo vésico-ureteral.

*Cuadro térmico.* — Periodos de hipertermia hasta 38°5, con periodos de apirexia hasta el momento de la intervención, después de esta apirexia constante.

*Tratamiento.* — Se dilata la uretra hasta el N° 50, con beniqué y se coloca sonda permanente que el enfermo no tolera.

Se insiste previo tratamiento de la cistitis con instilaciones y sulfanilamida y se coloca nuevamente sonda que tampoco tolera el enfermo.

Como su estado se agravara llegando a la retención completa de orina y la polaquiuria fuera intensisima, vaciando el enfermo su vejijga por rebalsamiento durante el reposo se resuelve intervenirlo por vía suprapúbica.

*Intervención quirúrgica.* — Talla según técnica clásica (15 de Mayo). Abierta la vejiga se explora cuello, que nos muestra un reborde duro que resiste la introducción de la extremidad del dedo meñique, se coloca un clamp acodado, que entreabre el meato y se efectúa a bisturí eléctrico la incisión del labio posterior en un centimetro y medio de extensión y uno de profundidad. No se encuentra la entrada del divertículo y se cierra la pared vesical dejando en la vejiga una sonda Pezzer acodada y un drenaje en el Retzius.

Post-operatorio excelente: el drenaje se retira al segundo día, la sonda de Pezzer al quinto, colocando sonda permanente y a los 20 días se le da de alta con su herida de talla cerrada, sin retención y con orinas ligeramente turbias y con tratamiento antiséptico urinario con sulfanilamina. El 10 de Julio vuelve al Servicio, pues se le había aconsejado efectuara dilataciones, las que no fueron necesarias, pues pasaba con entera facilidad un beniqué 53, no había retención y las orinas eran límpidas.

#### COMENTARIOS

Esta observación que hubiera sido imposible tratarla por vía transuretral por la severidad de los síntomas vesicales y la hipertermia a repetición del paciente, nos ha mostrado que la vía suprapúbica ha permitido derivar de inmediato la orina mejorando el estado vesical y permitiendo a los cinco días la colocación de una sonda permanente, que el enfermo no toleraba antes de la intervención sino por muy breves lapsos de tiempo.

Si bien la simple incisión del labio posterior del cuello vesical expone a la recidiva, creemos que ya sea ésta o la incisión cuneiforme de dicho labio o la resección total por la técnica de Marión las que en estas circunstancias se deben efectuar por esta vía.

Creemos de acuerdo a la opinión general al respecto que además la vía suprapúbica permite un examen completo del cuello, en su inspección y palpación que nos muestra el estado del proceso infiltrativo y la técnica a efectuar en la cervicotomía.

De no presentar el paciente los síntomas vesicales intensos que acusó, hubiera sido probablemente la vía transuretral la conducta a seguirse; pero existiendo además un divertículo es esta el que agrega mayor peso para elegir la vía suprapúbica.

Si bien el divertículo no fué intervenido relegándolo a otra intervención ulterior de así exigirlo, creemos que el volumen de él fué aumentado en esta observación por la gran presión intravesical provocado por la intensa disuria del paciente y la retención de orina consiguiente; que llegó a actuar sobre su riñón derecho provocando un déficit funcional del acusado por el urograma de excreción.

Es, pues, la vía suprapúbica en las esclerosis del cuello la vía a seguir en los diversos casos que exista contraindicación de la transversal, siendo la severidad de los síntomas vesicales y la intolerancia por la onda uretral uno de los causales que se debe tener en cuenta para aconsejar esta vía.

---