

Serv. de Clínica Urológica del Hosp. Ramos Mejía.
Jefe Interino: Profesor Dr. Francisco E. Grimaldi.

INFILTRACION DE ORINA

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

La exposición de Bernardi sobre tres casos de infiltración de orina curados, dejó abierta la discusión sobre un tema cuyas características clínicas y cuya evolución han sufrido modificaciones evidentes en los últimos años.

Ello nos decidió a expurgar de entre el cúmulo de historias de la Sala las periuretritis observadas en épocas distintas.

De su ordenación cronológica y estudio comparativo resultan hechos dignos de un breve comentario.

Como lo haremos constar más adelante, nuestras digresiones, se circunscriben a la infiltración de orina —tema en discusión— aún cuando esas consideraciones se pueden hacer extensivas a las otras dos variedades anatómicas de periuretritis: el absceso circunscripto y el tumor urinoso.

Desde el 2 de abril de 1917 hasta el 10 de enero de 1927 —poco menos de 10 años— se internaron en el Servicio 181 periuretritis subdivididas en:

- 1) infiltraciones de orina: 37 casos;
- 2) absesos urinosos: 133 casos;
- 3) tumores urinosos: 11 casos.

Dejaremos de lado estas dos últimas variedades para ocuparnos del flemón difuso periuretral, ya sea: perineo-escrotal o perineo-escroto-abdominal.

De acuerdo a la edad observamos:

entre 20 y 30 años	7 casos	} 12 casos por arriba de 50 años
.. 31 y 40 ..	10 ..	
.. 41 y 50 ..	8 ..	
.. 51 y 60 ..	7 ..	} 25 casos por debajo de 50 años
más de 60 ..	5 ..	

En la etiología hallamos presente la blenorragia en 25 casos (1 agudo y 24 crónicos);

3 casos con antecedentes de traumatismo: 2 accidentales y uno quirúrgico (consecutivo a una cistoscopia);

4 casos de diabetes asociada.

Los casos restantes figuran sin antecedentes.

La retención completa de orina acompañó el proceso de infiltración en 12 casos y en dos más —distendidos— existía una pseudo-incontinencia.

La retención incompleta, con residuos variables, se observó en 13 enfermos: hecho comprobado "a posteriori", cuando el estado local de la uretra permitió su exploración, que reveló:

una estrechez uretral filiforme en	3 casos
.. .. entre 6/10 en	6 ..
.. .. entre 11/18 en	5 ..

En las historias restantes no consta el estado ni el calibre uretral. Para combatir la retención completa de orina se efectuó:

uretrotomía interna	2 casos
cistostomía	4 ..

En los 8 restantes retencionistas al drenar el flemón difuso se restableció la micción espontánea, en parte por la herida perineal, en parte por el meato, de acuerdo a la magnitud de la solución de continuidad de la pared uretral.

<i>Anestesia:</i> éter (a la reina)	3 casos
raquídea (novocaína 0.08 grs.)	1 ..
local	
novocaína sol. 1%	11 ..
bromuro de etilo	2 ..

Los demás enfermos se operaron sin anestesia, aprovechando el estado de profunda obnubilación tóxica en que llegaban al Servicio.

Tratamiento:

1º *Quirúrgico:* En todos ellos se efectuó una perineotomía mediana amplísima, con las ramificaciones laterales necesarias hacia fosa isqui-rectal, región ínguino-abdominal, flancos, axila, etc.

Al principio se circunscribía la zona infiltrada con puntas de fuego (termocauterío), procedimiento en desuso actualmente, pues en realidad constituye un medio de drenaje inferior a la incisión franca y amplia, y en cambio favorece la formación de nuevos reductos microbianos, punto de partida de temibles brotes de linfangitis.

Las fístulas consecutivas a la perineotomía evolucionaron favorablemente con la sonda permanente y la dilatación ulterior de la uretra.

Las hernias de testículo, a través de los tegumentos mortificados, así como los testículos dejados al descubierto después de realizar la exéresis quirúrgica de las placas de esfacelo, llegaron siempre a cubrirse convenientemente, sin necesidad de plástica ulterior.

2º *El tratamiento médico* como coadyuvante de la intervención asociaba a los tonicardíacos corrientes, la hidratación intensiva del enfermo por distintas vías, más el agregado de sueros antigangrenosos polivalentes.

Mortalidad:

De 37 enfermos murieron 15, es decir, poco más del 40 %, agrupados según la edad, del modo siguiente:

Entre 20 y 30 años	2 casos
Entre 31 y 40 años	1 caso
Entre 41 y 50 años	4 casos
Entre 51 y 60 años	4 ..
Más de 60 años	4 ..

Si tenemos en cuenta que de los 37 pacientes, 25 tenían menos de 50 años y sólo mueren 7 (28 %), la mortalidad es, por razones obvias, sensiblemente superior por arriba de 51 años, pues sobre 12 enfermos tenemos 8 muertes (algo más del 61 %).

Queremos agregar que la cistostomía agravó el pronóstico:

De los 4 enfermos tallados mueren 2, es decir el 50 %, de un grupo de pacientes que sólo da el 28 % de mortalidad global (1 tenía 29 años y el otro 43).

El 2º período de estudio abarca desde Agosto de 1929 hasta el 15 de Enero de 1940 (poco más de 10 años).

El período de tiempo intercalar (1927-1929) corresponde a la demolición del antiguo hospital San Roque y construcción del actual nosocomio. Debemos hacer constar que ello implicó para el Servicio de Génito-Urinarías un aumento de 37 camas (de las 30 de la Sala primitiva a las 67 de la actualidad). Ingresan a la sala en este lapso:

1) Infiltraciones de orina	20 casos
2) Abscesos urinosos	107 ..
3) Tumores urinosos	7 ..

En total 134 periuretritis, cifra global sensiblemente inferior a la del 1er. grupo. La desproporción se hace más patente si se refiere al número de camas algo más que duplicado en este período.

De acuerdo con la edad las 20 infiltraciones de orina se agrupan entre:

20/30 años	2 casos
31/40 años	2 ..
41/50 años	4 ..
51/60 años	5 ..
Más de 60 años	7 ..

Diffiere del cuadro correspondiente al 1er. grupo en que predominan aquí los enfermos por arriba de 50 años (12 sobre 20).

Llegaron en retención completa 7 casos, en los que se practicó:

Cistostomía	1 caso
Talla perineal	2 casos
Uretrotomía interna	1 caso
Micción espontánea tras la perineotomía	2 casos

Se comprobó la existencia de una estrechez filiforme en 7 enfermos.

La perinetomía se realizó:

Sin anestesia en	6 casos
Con anestesia local (novocaina 1 %)	10 ..
Con bromuro de etilo	1 caso
Con éter	3 casos

La mortalidad fué en 8 casos (40 %) distribuidos en:

- 4 menos de 50 años (27, 29, 48 y 48 años).
- 4 por arriba de 50 años (54, 64, 67 y 72 años).

De entre los fallecidos tuvimos:

- 1 con cistostomía.
- 1 con talla perineal.
- 1 con uretrotomía interna.

Con lo que se confirma la noción de que todo acto quirúrgico agregado a la perineotomía agrava considerablemente el pronóstico.

En las postrimerías de esta década la introducción de la sulfamidoterapia contribuyó, sin duda, a prevenir la infección en algunos pacientes y de presentarse a atenuar su virulencia y gravedad.

Del 3er. período 1940-1944 no podemos dar cifras exactas del número total de periuretritis, por razones ajenas a nuestra voluntad, pero podemos adelantar que es sensiblemente inferior a las del 2º período.

Se internaron 8 enfermos por infiltración de orina con el fallecimiento de uno: paciente de 73 años, profundamente intoxicado, intervenido en una localidad del interior en condiciones precarias y que reoperado de urgencia —sin anestesia— muere a las 16 horas de su ingreso.

Como vemos (cuadro Nº 1), se acentúa la disminución global del número de enfermos, pero es sobre todo evidente la reducción de la mortalidad (12.5 %) que no tenemos empacho en atribuir al empleo "larga manu" de la sulfanilamida y derivados, por vía bucal, endovenosa y local.

COMENTARIO

La infiltración de orina observable casi exclusivamente en el ambiente hospitalario, ha visto reducir en los últimos años el número de sus víctimas, como surge claramente del cotejo de esta larga y fastidiosa enumeración de cifras, en la que se aprecia, sin duda alguna, la disminución global y porcentual de los casos de periuretritis internados en la sala.

Numerosos factores han influido favorablemente en ese sentido, y podemos agruparlos en factores dependientes del enfermo, del médico y del cirujano.

En ese orden los analizaremos brevemente:

1º) el enfermo:

La desidia en el tratamiento de la blenorragia y sus complicaciones así como el uso y abuso de una interminable serie de medicamentos caseros o de trastienda, han sido reemplazados ahora, de parte del enfermo, por una comprensión mejor y mayor del problema y una colaboración más amplia, ya que no teme el contacto del médico y menos aún del cirujano.

Al tratarse correctamente se pone al abrigo de esta tan temida complicación y cuando ésta la acecha —los trastornos disúricos exagerados y el dolor le obligan a consultar.

Ya instalada la periuretritis no recurre como antes, a nuevos plazos dilatorios, y se entrega al cirujano más precozmente.

2°) *el médico:*

Debemos analizarlo en su faz diagnóstica y en su faz terapéutica.

En la 1ª faz resultaba frecuente que el médico se empecinara en obtener la resolución del proceso —confundiendo la periuretritis con una orquidepididimitis aguda, o pretendiera obtener como en un flemón vulgar su abcedación y abertura espontánea con recursos médicos.

Sabemos bien cuáles eran las consecuencias de ese error diagnóstico o de ese error de concepto terapéutico. Felizmente, podemos hablar al respecto, en tiempo pretérito y por eso dije al principio del párrafo "resultaba frecuente"; de lo que se infiere que en la actualidad tales errores no son habituales: el diagnóstico correcto y la remisión oportuna del enfermo al urólogo han permitido salvar muchas vidas.

En la faz de su acción terapéutica contra la blenorragia y sus complicaciones, el médico se ha beneficiado de una serie de circunstancias a lo largo de estos últimos años.

- 1°) abandono del tratamiento con inyecciones uretrales, excesivamente cáusticas o concentradas.
- 2°) su reemplazo por el método de los grandes lavajes, según la técnica de Janet.
- 3°) el tratamiento racional de la estrechez uretral (no nos olvidemos aún a principios de este siglo cierto especialista europeo preconizaba su tratamiento por la dilatación cruenta de la uretra con bujías y beniqués en una sola sesión.
- 4°) en los últimos años la quimioterapia (sales de acridina, mercurocromo y ahora sulfanilamida y derivados) permite al médico práctico curar a más de la mitad de sus pacientes, sin ninguna injuria uretral, con lo que —en ese grupo al menos—, no dejará en potencia ni el esbozo de una estrechez.

3°) *El cirujano:*

Años atrás era frecuente, en los Servicios de la especialidad, recibir a estos desgraciados, mal tratados en primera instancia, con incisiones limitadas en superficie y en profundidad, realizando, por cierto, un drenaje más ilusorio que efectivo.

Y esta falla no era patrimonio nuestro, ya que Escat, en un medio médico como el francés, creyó necesario decir que "no existe afección en que la vida del enfermo o su porvenir dependa más de una buena intervención".

Felizmente, no es esa en general, la situación actual y nos cabe la satisfacción de observar que el número de enfermos correctamente operados es cada vez mayor.

Huelga destacar la influencia favorable "quod vitam" que el empleo de los sulfaminados ejerce en el post-operatorio. ¿Qué no hará más tarde la penicilina?

En lo que respecta a los flemones difusos que estallan en los Servicios de la Especialidad, como consecuencia de maniobras endouretrales (dilataciones, sonda permanente, cistoscopias, resecciones transuretrales, etc.), sabemos que su número de por sí, es ya muy reducido y estamos convencidos que la mejor preparación y vigilancia del enfermo, con la ayuda actual de la sulfanilamida y de la penicilina en plazo breve, ha de cohonestar esta complicación, ya que descartamos la posibilidad de torpeza o negligencia de orden técnico.

En definitiva la conjunción armónica de estos tres elementos justifica:

1º) la disminución del número total de enfermos.

2º) la disminución de la mortalidad (que de 40 baja al 12,5 %).

Para terminar diré, que no sé si abrigo un optimismo excesivo, pero creo, que a favor de estos tres factores y sobre la base de una quimio y bioterapia cada vez más generosas en sus frutos, hemos de llegar algún día a considerar las periuretritis como una curiosidad por su rareza.

CUADRO N° 1

Años	1917-1927	1929-1940	1940-1944
Nº. de camas de <i>servicio</i>	30 camas	67 camas	67 camas
Nº. de periuretritis <i>internadas</i> .	181 casos	134 casos	?
Nº. de infiltraciones <i>de orina</i> ..	37 casos	20 casos	8 casos
Nº. de muertos	15	8	1
Porcentaje de mortalidad	40,5 %	40 %	12,5 %

Cuadro en el que se resume de acuerdo al número de camas del Servicio y de periuretritis internados, el porcentaje decreciente de infiltraciones de

orina, así como la reducción apreciable de la mortalidad, cuyas causas se han estudiado someramente a lo largo de la exposición.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *Yo me pregunto si no sería más conveniente, en lugar de llamarla infiltración de orina de acuerdo al término clásico, designarla directamente periuretritis, ya sea, flemmonosa, gangrenosa o supurada porque en realidad, todos sabemos que no es orina infiltrada la que produce la infección sino que son los productos bacterianos que asientan por arriba de la estrechez o que se ha injertado por algún traumatismo de la uretra.*

Si es que en algún momento del acto quirúrgico se halla la orina, ésta no es más que un producto que se ha introducido dentro de la herida, que ha producido las bacterias, pero no es el agente causal de la periuretritis.

De manera que me parecería más lógico, de acuerdo al término patológico de la acción que desarrolla, llamarla periuretritis ya sea, gangrenosa, flemmonosa o supurada y desterrar de una vez por todas este término de infiltración de orina, que era lo que antes se creía que producía estas alteraciones de la región periuretral.

Dr. Rubí. — *En primer lugar, debo decir que es indudable que cabe la disquisición con respecto al nombre. Creo que la noción de lo que es la infiltración de orina está en el espíritu de todos los presentes y no voy a agraviar a nadie haciendo consideraciones al respecto.*

En cuanto al cambio de nombre, es una cosa posible. Cabe indicarlo, desde luego, desde el momento en que todos nosotros sabemos perfectamente bien que el concepto actual de infiltración de orina difiere en gran parte del que tenían los antiguos al respecto, pero es rindiendo tributo a la tradición y a quien designó este trabajo como infiltración de orina, que yo le he puesto este título. Nada más.