

AFECCIONES URINARIAS MULTIPLES URETRO- PROSTATO-VESICALES. COMPLICACION GRAVE POST- QUIRURGICA, TRATADA Y CURADA CON PENICILINA

Por el Dr. A. GRANARA COSTA

Motiva el presente trabajo, el hecho de verse reunidas en un mismo enfermo, una serie de afecciones urinarias localizadas en uretra, próstata, vesículas seminales esfínter vesical y vejiga, todas ellas como consecuencia de un proceso uretral crónico. El enfermo hace una complicación frecuente y a menudo fatal en las post-diverticulectomías infectadas: sobre todo antes de la era sulfamido-penicilínica; siendo en cambio tratada con éxito espectacular con esta última.

Enfermo del Hospital Pirovano. Sala de Vías Urinarias.

Nombre: O. H. *Cama:* 19. *Edad:* 64 años.

Antecedentes hereditarios: Padres fallecidos. ignora la causa. 4 hermanos que no sabe si viven. Esposa muerta a los 55 años, cardíaca y hepática; 4 hijos todos sanos.

Antecedentes personales: En su infancia sarampión. Pulmonía a los 14 años. Ictericia a los 14 años. Ictericia a los 17. Blenorragia a los 18 años, que trató deficientemente. Hace 20 años, retención completa de orina; se le practicó uretrotomía interna y fué dilatado entonces, hasta el 44 de beniqué. Se le siguió dilatando en numerosas oportunidades. Orqui-epididimitis a repetición y reagudización de su proceso uretral en varias oportunidades.

Enfermedad actual: Desde hace 6 a 7 meses, comienza con polaquiuria diurna y nocturna, hasta hacerse cada hora. Tenesmo con sensación de micción incompleta, disuria marcada, inicial, a veces hematuria sobre todo al finalizar la micción. Es internado en un Hospital, Servicio de Vías urinarias, donde es dilatado nuevamente, llegando hasta el 44 de Beniqué. Al cabo de 7 semanas es dado de alta.

Como sigue más o menos en las mismas condiciones, se interna en este Servicio (Vías Urinarias, Hospital Pirovano), con intensa polaquiuria, disuria, hematuria y dolor al finalizar la micción.

Estado actual: Micción cada 15 minutos de día y de noche.

Dificultad de la micción: Durante toda la misma y sobre todo al comienzo.

Modificación del chorro: Débil, disminuido de calibre y de proyección.

Dolor: Localización. Dolor provocado. Durante la micción, en hipogastrio y glande, tenesmo intenso.

Examen clínico general: Fiebre: Temperatura normal.

Piel y mucosas: Rosadas, húmedas, normales.

Aparato digestivo y anexos: Lengua algo saburral. Buen apetito. Últimamente aumentó.

Aparato circulatorio: Pulso igual, tenso, regular. Tonos cardíacos normales. Máxima: 15, Mínima: —9.

Aparato respiratorio: No hay ruidos sobreagregados.

Sistema nervioso: Normal.

Examen urológico: Inspección de la esfera génito-urinaria: Nada de particular.

Riñones: No se palpan. No hay puntos renales, dolorosos.

Uréteres: No hay puntos ureterales dolorosos.

Uretra: Examen clínico: nada de particular.

Uretra: Examen instrumental: Explorador N° 18, uretra posterior sensible. Anillos de estrechez ancha en uretra anterior.

Uretrocistoscopia: Entre cuello y verum montanum, varios orificios como de entradas a cavernosis prostáticas.



Figura 1

Vejiga: Examen clínico: Sensible a la palpación mono y bimanual. Orinas intensamente piúricas.

Examen instrumental: Retención 220 cc. Muy sensible al contacto y a la distensión. Sensación de litiasis vesical. Contractibilidad activa y pasiva disminuídas.

Cistoscopia: Cistitis intensa con fibrina adherida a sus paredes. Cálculo parduzco, irregular. A las 3 y 10 del cuadrante, se observa la entrada de divertículos. Se ven celdas y columnas. Cuello vesical en su sector inferior sobre todo engrosado, formando cuerpo con el rodete interuretético. Forma un resalto con el bajo fondo vesical y la vertiente uretral.

Próstata: De tamaño más bien disminuído, de consistencia algo aumentada y sensible.

Vesículas: No se palpan.

Testículos, epidídimos y cordones: Núcleo duro de cola en ambos epidídimos.

Examen funcional (9-I-45): P. S. P.: 1ª gota a los 9 minutos. Total: 31 % (11-I-45).
Depuración ureica de Van Slyke: 45 % (21-I-45). P. S. P.: 57 %. Volhadr, Korangi y

Strauss: Buena dilución y concentración (23-I-45). Depuración ureica de Van Slyke: 62 %.

Examen radiográfico (10-I-45): Radiografía simple: Se observan dos sombras litiasicas del tamaño de una moneda de 20 centavos, más opacas en la periferia, que en el centro. Una de ellas situada en el medio de la cavidad pélvica, como alojada dentro de la vejiga; la otra lateralizada a la izquierda y arriba (17-I-45). Uretrocistografía: Vejiga de regular tamaño, deformada y alargada en sentido vertical, con una lobulación arriba y a la derecha, de contornos irregulares, dado por las celdas y columnas. El contorno inferior, de la imagen de vejiga está separada unos 3 cms del borde superior del pubis. Heckenbach interpreta esta separación como consecuencia de la hipertrofia del músculo trigonal y la formación de la barra mediana, que eleva el contorno vesical, en vez de formar a ese nivel el moderado infundíbulo que se



Figura 2

ve en los cistogramas normales, a la izquierda y en la porción media de la imagen cistográfica se observa un divertículo del tamaño de una moneda de 2 cts. el cual aloja la sombra calculosa anteriormente descrita.

Entre la imagen cistográfica y el borde superior de pubis, simétricamente a cada lado de la línea media se encuentran dibujadas las imágenes de ambas vesículas seminales, producto del refluo uretro-vesicular. Por detrás de pubis existen pequeñas sombras como de cavernosis prostática.

Marcha de la enfermedad (3-I-45): Sonda permanente, se evacua vejiga gota a gota. Lengua seca, saburral. Se administran sueros: clorurado hipertónico y glucosado hipertónico endovenoso. Suero glucosado isotónico con 10 Unidades de insulina y suero fisiológico subcutáneo. Régimen dietético: hídrico e hidro-carbonado. Lavajes vesicales de nitrato de plata al 1 por mil (9-I-45). Orinas todavía muy piúricas. Lengua húmeda, saburral. Las pruebas funcionales para esta fecha eran: P. S. P.: 1ª gota a los 9 minutos. Total: 37 %. Depuración ureica de Van Slyke: 45 %.

(15-I-45): Estado general muy mejorado. Lengua húmeda.

(21-I-45): P. S. P.: 57 %. Prueba de Volhard. Koranyi y Strauss. Buena dilución y concentración.

23-I-45): Depuración ureica de Van Slyke: 62 %.

(27-I-45): Con buen estado general y buen funcionalismo renal se procede a la intervención previa preparación con sueros. Enema.

Operación: Anestesia raquídea. Cirujano: Dr. Granara Costa. Ayudante: Dr. Cors. Incisión mediana desde 2 cms por debajo de ombligo, hasta borde superior de pubis. Incisión vesical amplia previa hemostasia de vasos de pared. Se extrae cálculo vesical, blando, fosfático. Se debrida cuello a electrocoagulación en línea media y laterales, se electrocoagula uretra posterior a nivel de diverticulosis prostática; también se electrocoagula pequeño papiloma vesical

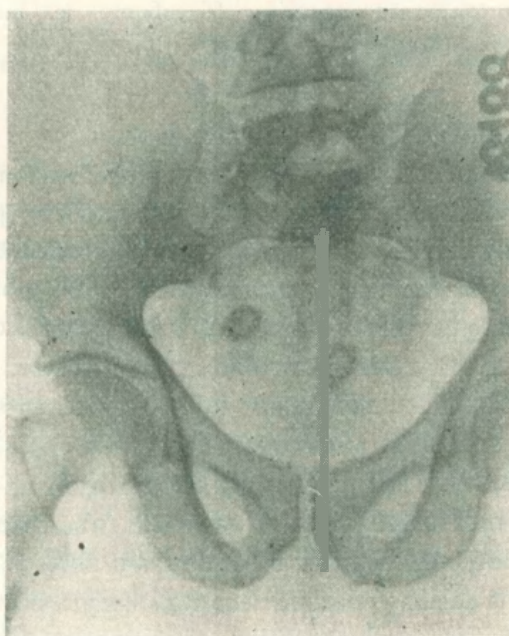


Figura 3

cerca de porción izquierda de cuello. A continuación se despega pared lateral izquierda de vejiga, llegando al divertículo. Se libera, maniobra algo penosa por la peridiverticulitis existente. Se extrae cálculo diverticular, por vía vesical en pequeños trozos. Maniobra fácil por ser blandos. Se extirpa divertículo. Se explora un orificio diverticular en pared lateral derecha y superior que da entrada a una pequeña cavidad diverticular. No se extirpa este divertículo por drenar perfectamente por orificio comunicante amplio y no prolongar demasiado el shock traumático. Cierre de vejiga por planos, dejando por hipogastrio una sonda Pezzer acodada Nº 30. Se espolvorea previamente la zona con 4 gr de sulfamida. Se indican sueros, tónicos cardíacos, sulfamidas (28-I-45). Se sigue con sueros, tónicos cardíacos, sulfamidas. Temperatura 39 grados. Pulso: 100 pulsaciones por minuto. Diuresis: 400 cc (31-I-45). Enfermo en malas condiciones, lengua seca. Temperatura 39 $\frac{1}{2}$. Fascie de intoxicación, septicémica. Edema maleolar discreto. Diuresis 250 cc. Herida hipogástrica infiltrada, inflamatoria muy sensible a nivel de toda la región hipogástrica y sobre todo en fosa iliaca izquierda. Por la

herida sale abundante líquido purulento, todo hace decir que nos encontramos ante una celulitis pelviana, de carácter serio.

Se le administran 200.000 U. de penicilina (20.000 cada 3 horas, intramuscular).

(1-II-45): Estado estacionado. La misma medicación (2-II-45). Muy mejorado, el estado general. Sin temperatura, lengua húmeda. Diuresis 4.000 cc. Se le siguió con penicilina, hasta un total de 600.000 U.

(12-II-45): Se retira sonda hipogástrica. Sonda uretral permanente.

(23-II-45): Vejiga cerrada, herida hipogástrica en vías de cicatrizar.

(30-II-45): Alta curado.

En la cistografía sacada una vez dado de alta se comprueba la desaparición del divertículo izquierdo, y que la vejiga, es de contorno circular. Ya no tan deformada como antes del acto quirúrgico.

También se ha comprobado que las orinas del enfermo, son límpidas y que ya no hay retención. Micciones cada 2 horas de día y 2 veces en la noche.

COMENTARIOS

Como vemos después del anterior relato, se encuentran en el mismo enfermo, además de un proceso primitivo de carácter uretral inflamatorio, crónico, una serie de afecciones, todas o casi todas secundarias a dicho proceso. La estrechez uretral y la cavernosis prostática, complicaciones frecuentes a todo proceso uretral inflamatorio crónico, fácilmente diagnosticable por la exploración de uretra, la primera, y por el examen uretro cistoscópico y uretrográfico, la segunda.

En cuanto al reflujo uretro-vesicular, que se observa, se debe a que están afectados los conductos eyaculadores por la grave alteración que experimenta la próstata; haciendo que la substancia opaca inyectada en la uretra llegue hasta la cavidad vesicular e incluso a los deferentes; este reflujo que puede ser congénito o adquirido, se suele observar en algunos casos de tuberculosis prostáticas y más frecuentemente coincide con cavernas secundarias a abscesos de esta glándula. La esclerosis de esfínter de cuello vesical se debe según expresión de Von Lichtenberg, a una inflamación crónica de los órganos relacionados topográficamente con el músculo esfínteriano, explicando fácilmente su participación intensa en todos los procesos inflamatorios de uretra posterior, próstata y vesículas seminales, justificándose, que después de un largo período de infiltración, la reparación se haga a expensas de un tejido escleroso cicatrizal que comprometa anatómica y funcionalmente la integridad de esfínter liso de la vejiga. La disfunción del mismo trajo aparejada la retención vesical de orina; vejiga, en celdas y columnas, divertículos vesicales, seguidos de infección primero y litiasis fosfática secundaria, luego. Lo que es también interesante, es el resultado del tratamiento con penicilina, en la complicación post-quirúrgica de la diverticulectomía vesical infectada, la colulitis pelviana frecuente y casi siempre seria. En este caso nada se había conseguido con los tratamientos hasta ahora comunes; bastaron 200.000 U. para que el estado del enfermo cambiara y a las 600.000 U. el estado local y general era óptimo.