

COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA UROLOGICA, MODIFICADAS POR LA ADMINISTRACION DE PENICILINA

Por los Dres. FRANK A. HUGHES y ANDRES PREVE PASTORI
de Montevideo

Hemos creído oportuno traer al seno de esta Sociedad, dos observaciones de complicaciones de la cirugía urológica que por sus caracteres y por su evolución, se diferencian del aspecto y del curso evolutivo que siguen cuadros semejantes. La diferencia creemos nosotros, se debe a la utilización en el pre y post operatorio de penicilina, que hizo que el curso corriente de la complicación infecciosa fuera detenido para manifestarse tardíamente con caracteres clínicos particulares.

Observación N° 1.—Req. Francisco, uruguayo, viudo, 70 años. Consulta el 18 de noviembre de 1947 por una incontinenia de orina que data de 4 años y aparecida a raíz de una resección endoscópica de la próstata. Esta incontinenia se acompaña de una retención incompleta, con un residuo de 350 cc. turbio. El tacto rectal revela la existencia de un tumor prostático con los caracteres típicos de una carcinosis prostática. El enfermo es además un tabético, por lo que se practica una cistometría cuya curva es normal, pudiéndose afirmar desde este punto de vista, que la retención de orina no se debe a una causa neurogénica.

El 25 de noviembre de 1947, previa administración durante 3 días de penicilina (400.000 unidades diarias en 5 dosis de 80.000 unidades), se practica una resección endoscópica de la próstata, bajo anestesia raquídea, a través de un ojal perineal. Llama la atención, casi al final del acto operatorio, una contracción brusca de los músculos del bajo vientre, lo que motiva la detención de la intervención. Se coloca sonda Pezzer por el orificio de la uretrotomía externa y se continúa la administración de penicilina en la misma forma. La Histología revela, confirmando los datos clínicos, la existencia de un carcinoma prostático a células claras (J. F. Cassinelli). El enfermo hace un post operatorio al principio sin particularidades, retirándose la sonda uretral al 5º día y restableciéndose la micción desde entonces en forma prácticamente normal. Al sexto día, 1º de diciembre, se inicia un cuadro febril discreto sin repercusión sobre el estado general y 4 ó 5 días más tarde, se empieza notar la aparición de una tumoración lisa no dolorosa que toma el hipogastro y que invade la región inguinoabdominal izquierda. Esta tumoración crece lenta y paulatinamente acompañándose de una temperatura que no llega a los 38°

SANATORIO URUGUAY

N. 12316 Ingreso 21 Noviembre 1914 Nombre Rea Francisco Estado Casado
 Domicilio Municipio 1604 sp 7 Dr. Stuyves X. St.

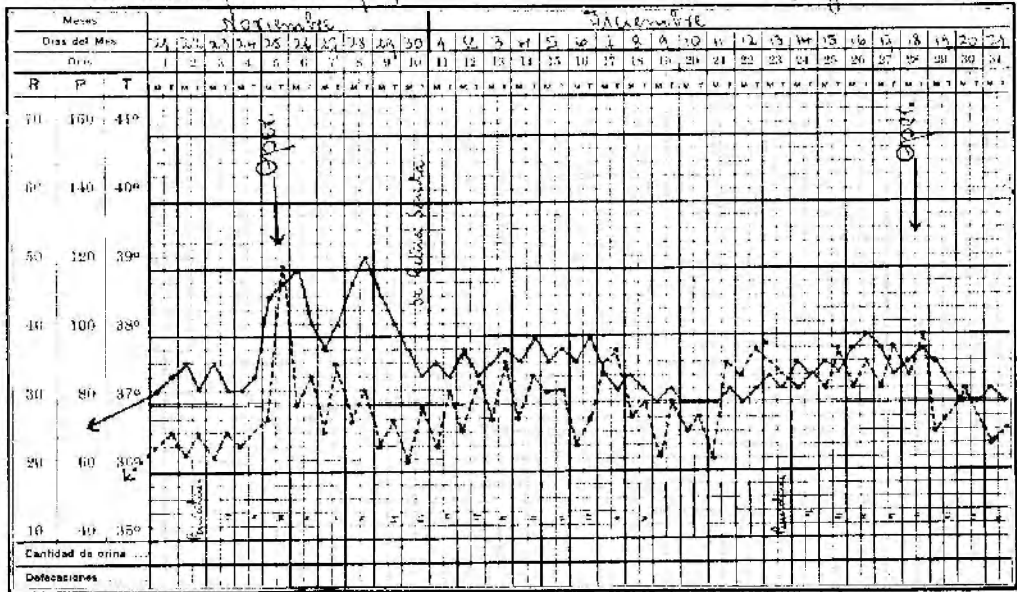


Figura 1

SANATORIO URUGUAY

N. _____ Ingreso _____ Nombre Rea Francisco Estado _____
 Domicilio _____ Continuación Dr. Stuyves X. St.

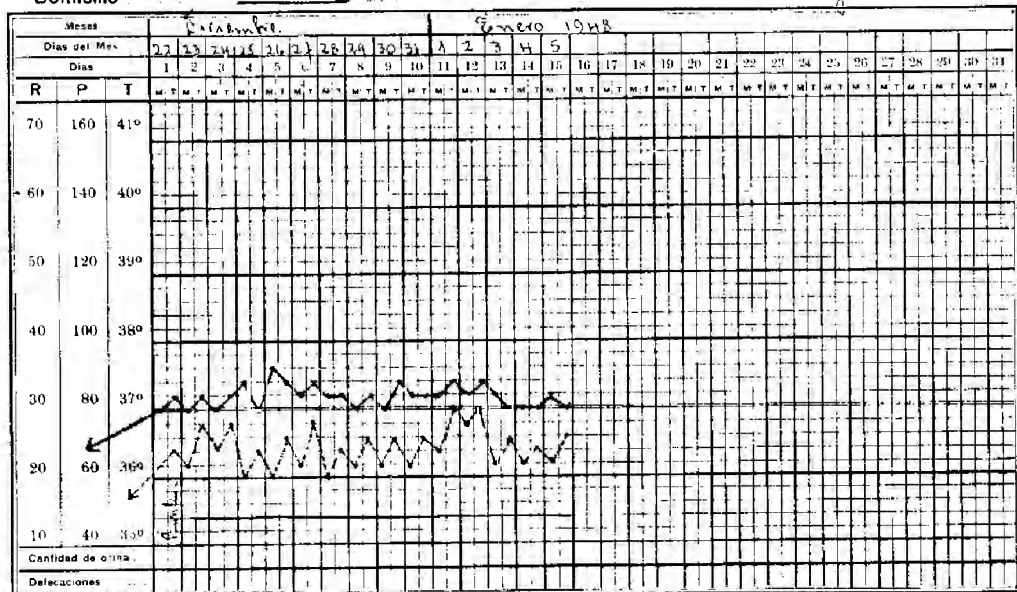


Figura 2

y de un pulso que tampoco alarma. No existen trastornos funcionales urinarios. El crecimiento del tumor nos decide a abordarlo quirúrgicamente lo que se hace el 18 de diciembre, esto es, a los 22 días de la operación. Se practica incisión transversal que abre al mismo tiempo el espacio prevesical y el espacio de Bogros. Se drena una cantidad de pus muy líquido, sin fetidez y sin gérmenes al examen directo y al cultivo en los medios corrientes. Desde entonces el enfermo evoluciona sin particularidades, hasta su alta, 18 días después de esta segunda intervención.

En resumen, posible fisura de la vejiga, en la zona extraperitoneal posterior, con inoculación de tejido perivesical por dentro y por fuera de la región vesículo diferencial, lo que permite la difusión del proceso simultáneamente al espacio de Retzius y al espacio de Bogros. Benignidad del cuadro con fiebre discreta y colección supurada estéril que debe ser drenada a los 22 días de producida la inoculación, como una colección no infectada.

Observación N° 2. — Ber. Mario, uruguayo, casado, 68 años. Consulta el 26 de febrero de 1948 por gran disuria y frecuencia en las micciones a predominancia nocturna, que datan de 1 año.

Al examen, globo vesical que se palpa en el hipogastrio. Al tacto rectal, próstata nodular, dura, fija, típicamente carcinomatosa. Residuo 430 cc. Fosfatasas acidas 0 unidad 12 (Normal entre 0.1 y 1 unidad). Urea 0 gr. 48. Radiografía de cadera: Sin particularidades. Urografía de excreción: Sin particularidades. Se hace drenaje con sonda permanente y desde 3 días antes de la operación, penicilina (400 000 unidades diarias en 5 dosis de 80.000 unidades). El 5 de mayo se practica bajo anestesia raquídea, una resección endoscópica de la próstata, extrayéndose 18 gr. de tejido, cuyo examen revela la existencia de una proliferación glandular adenomatosa en algunos fragmentos y en otros de tipo epiteliomatoso (J. P. Cassinelli). Durante la realización del acto quirúrgico en ningún momento se tuvo la sensación de que podía haberse producido una herida de la vejiga.

El post operatorio es normal durante los primeros días. Se continúa con penicilina y al 5º día se retira el catéter estableciéndose desde ese momento una micción normal habiendo desaparecido el residuo. El enfermo se empieza a quejar desde el día siguiente a la extracción del catéter, de un dolor hipogástrico no muy intenso. A ese nivel se empieza a percibir la aparición de una resistencia primero y de una tumefacción después, que no tiene relación con el estado de relleno o de vacuidad de la vejiga. La evolución continúa sin particularidades aparte de la tumoración hipogástrica citada, hasta que el 15 de mayo comienza a ascender la temperatura, lo que nos decide a intervenir el día 20 de mayo, a los 15 días de la resección endoscópica. Bajo anestesia por Pentothal, se hace incisión mediana infraumbilical y al llegar al espacio prevesical se encuentra colección supurada, a pus líquido, sin fetidez, que ocupa el espacio de Retzius y que se extiende lateralmente hasta el fondo de la pelvis del lado derecho. No se hace examen bacteriológico del pus. Se colocan tubos y mechas estableciéndose desde la tarde de la intervención, una fístula urinaria que da salida a pequeñas cantidades de orina a pesar de que la micción se realiza normalmente. Para facilitar el cierre de la fístula, se coloca sonda uretral, lo que no impide que la fístula persista durante varias semanas.

En resumen, perforación de la zona posterior extraperitoneal de la vejiga, que pasa desapercibida hasta el momento en que se retira el catéter. Inoculación

SANATORIO URUGUAY

N. 13102 Ingreso 1º marzo / 1915 Nombre Ber Moano Estado Casado
 Domicilio Quilmes 1415 Dr. Singhies S. A.

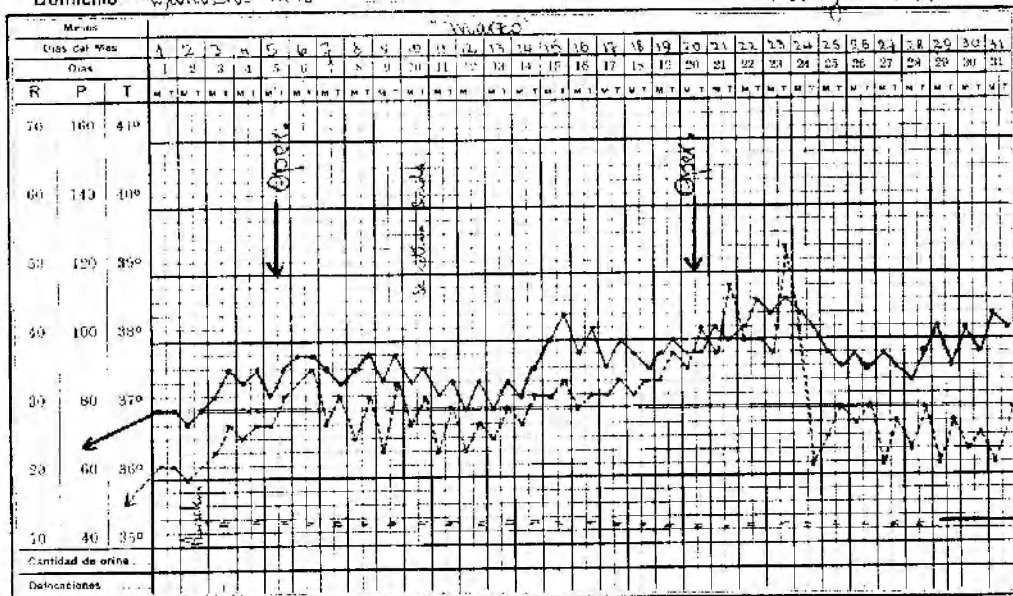


Figura 3

SANATORIO URUGUAY

N. _____ Ingreso _____ Nombre Ber Moano Estado _____
 Domicilio "Continuacion" Dr. Singhies S. A.

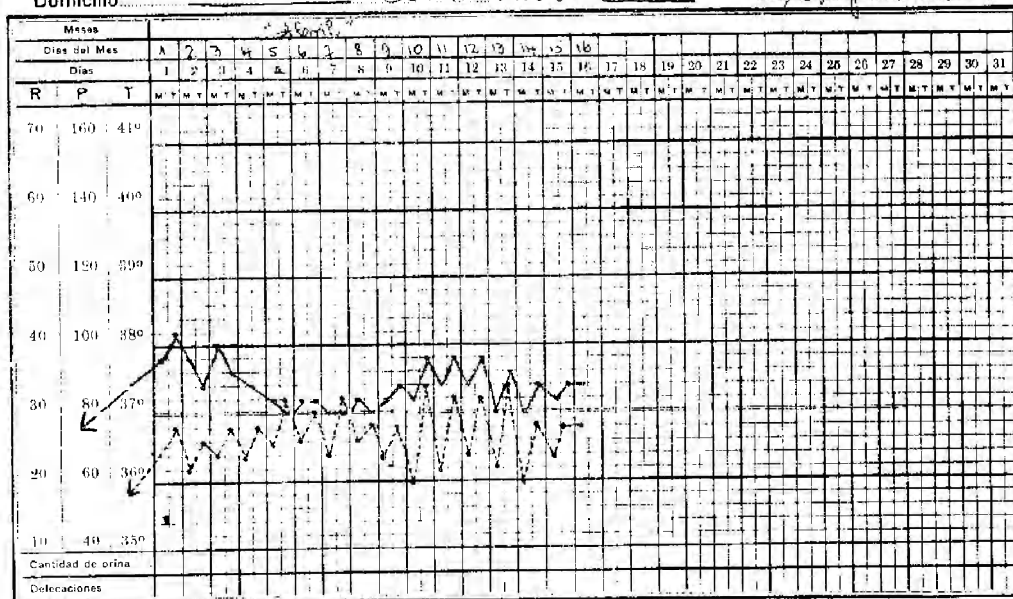


Figura 4

séptica con infiltración por orina del tejido celular perivesical, que llega a la producción de una colección uropurulenta que obliga a su drenaje quirúrgico 15 días después.

No es nuestro objeto estudiar en esta comunicación las heridas de vejiga que resultan de intervenciones endoscópicas y que pueden producirse por el mecanismo de la explosión de gases acumulados en el órgano, Kretschmer H. (1) y Hambleton B., Lackey D. y Duzen R. (2); por lesiones directas del trigono, Rudnick D. (3); por sobredistensión o por apoyo del ansa sobre el fondo de la vejiga, Gayet y Cibert (4).

Sólo hemos querido referir el carácter particularmente benigno de algunas de ellas y la evolución lenta de las mismas como consecuencia del uso de penicilina. Esa benignidad y esa lentitud en manifestarse, hacen que este tipo de complicaciones adopten una fisonomía clínica por completo distinta al que ellas adoptaban antes de la era de la penicilina.

En efecto, las heridas extraperitoneales de la vejiga producidas por manipulaciones endoscópicas se ponen de manifiesto por signos inmediatos (Nesbit 5) y por signos tardíos. Los primeros faltan en nuestros casos o sólo existieron en forma muy discreta en la primera observación. Los segundos los constituyen síntomas generales de infección graves, síntomas de irritación peritoneal y síntomas locales. Todos faltan en nuestros enfermos, excepto los síntomas locales; además, esos mismos signo evolucionaron de una manera lenta y benigna, lo que nunca sucedía antes de la utilización de la penicilina.

El señalamiento de esas características es el objeto de esta breve comunicación.

BIBLIOGRAFIA

1. *Kretschmer H.* — J.A.M.A., 1934, 103, 1144.
2. *Hambleton B., Lackey R. y Duzen R.* — J.A.M.A., 1935, 105, 643.
3. *Rudnick D.* — J. of Urol., 1935, 34, 437.
4. *Gayet G. y Cibert J.* — XXXVIII Cong. Fran. d'Urol., 1938, Pág. 1.
5. *Nesbit R.* — Transurethral Prostatectomy, Charles Thomas, U.S.A., 1943.