

Tema Oficial

Hospital Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

LA RESECCION ENDOSCOPICA EN LA OBSTRUCCION DE LA URETRA POSTERIOR

Por los Dres. A. TRABUCCO, F. J. MARQUEZ y J. PINACCI

La resección endoscópica en la obstrucción de la uretra posterior, es aplicada en nuestro servicio, basándose en el criterio de la indicación operatoria ideal para cada caso, previo estudio y elección del enfermo a tratar, con el fin de obtener el mejor resultado terapéutico a distancia.

Refiriéndonos a la obstrucción de la uretra posterior, hablaremos de la esclerosis del cuello vesical y del adenoma de próstata pequeño, pues las dos afecciones son muy parecidas entre sí en su sintomatología, evolución y tratamiento.

No creemos necesario describir la historia de la resección endoscópica ni los métodos usados actualmente por ser bien conocidos. Trataremos el tema desde distintos puntos de vista refiriéndonos a la sintomatología, diagnóstico clínico, endoscopia, radiología y anatomía patológica, tratamiento, complicaciones y resultados cercanos y alejados, basándonos en los 82 casos que son la base de esta comunicación y que han sido visto desde que nos hicimos cargo del Servicio de Urología del Hospital Alvear.

La sintomatología subjetiva es característica y puede ser resumida en estos dos síntomas principales: disuria y polaquiuria.

Ateniéndonos a nuestra estadística vemos que de 43 esclerosis de cuello, acusan disuria inicial 31 (72%) enfermos y disuria total 10 (23.2%), habiendo solamente dos que no padecen este trastorno (4.6%).

En el adenoma de próstata tenemos, sobre 39 casos, 31 (79.5%) con disuria inicial, 5 (12.8%) con disuria total y 3 (7.4%) sin disuria. Vemos pues que la disuria es síntoma indiscutible en ambas enfermedades, con predominio de la inicial sobre la total.

En cuanto al síntoma polaquiuria, observamos que en la esclerosis de

cuello está siempre presente, exceptuando dos casos en los cuales los pacientes la niegan y sin predominio de la nocturna sobre la diurna en los demás; en cambio, en el adenoma de próstata se observa en la totalidad de los enfermos, preferentemente nocturna y en la segunda mitad de la noche.

La sintomatología objetiva se traduce durante el examen clínico por el grosor y proyección del chorro miccional, la hematuria y la retención vesical.

El estudio endoscópico revela las alteraciones de la movilidad del cuello vesical, así como la deformación de éste y de la uretra posterior, confirmando la imagen radiográfica tales alteraciones.

La disminución del grosor y proyección del chorro miccional es un signo del que participan por igual, el adenoma de próstata y la esclerosis de cuello.

La retención vesical es otro signo importante que encontramos habitualmente tanto en la esclerosis como en el adenoma y que va desde un mínimo de 20 cc. hasta un máximo de 700 cc. en el primero, mientras que en el segundo puede llegar hasta la retención completa.

La hematuria se presenta con cierta frecuencia, 6 casos en la esclerosis y 5 en el adenoma, preferentemente inicial, en algunos casos abundante pero siempre sin coágulos y en un solo enfermo se observó uretrorragia.

Estos son los signos más frecuentes y constantes, que suelen ir acompañando en algunos casos de síndromes dolorosos de diversa intensidad e irradiación, según el grado de irritación de la uretra posterior y vejiga.

En nuestros pacientes con esclerosis de cuello vesical encontramos dos enfermos jóvenes, uno de 42 años y el otro de 36 años, que presentaron como única sintomatología, el primero, priapismo nocturno doloroso y el segundo impotencia sexual, que motivó la consulta, directamente relacionado con la intensidad de su disuria.

El examen endoscópico practicado con el panendoscopio modelo Mc Carthy descubre en la esclerosis: espesamiento del cuello vesical, el que puede ser cóncavo, plano o convexo, tomando el labio inferior y excepcionalmente la totalidad del cuello, de color blanco grisáceo poco vascularizado e inmóvil o poco móvil a la orden miccional, con irregularidades del contorno en los casos de procesos inflamatorios vecinos y con discreto aumento de la distancia cuello-verum.

En el adenoma de próstata observamos modificaciones del cuello vesical, solamente en los casos de lóbulo medio, que consisten en la convexidad del cuello y la elevación e hipertrofia del trigeno. En cambio, los lóbulos laterales sólo provocan aplastamiento transversal en la uretra posterior supramontanal, desviaciones lateral de acuerdo al tamaño de los lóbulos y aumento de la distancia cuello-verum, acompañándose de mucosa uretral congestiva, fácilmente sangrante y discretamente edematosa.

RADIOLOGÍA.

Las imágenes radiográficas de las obstrucciones de la uretra posterior son un elemento inapreciable no sólo para efectuar la certificación del diagnóstico

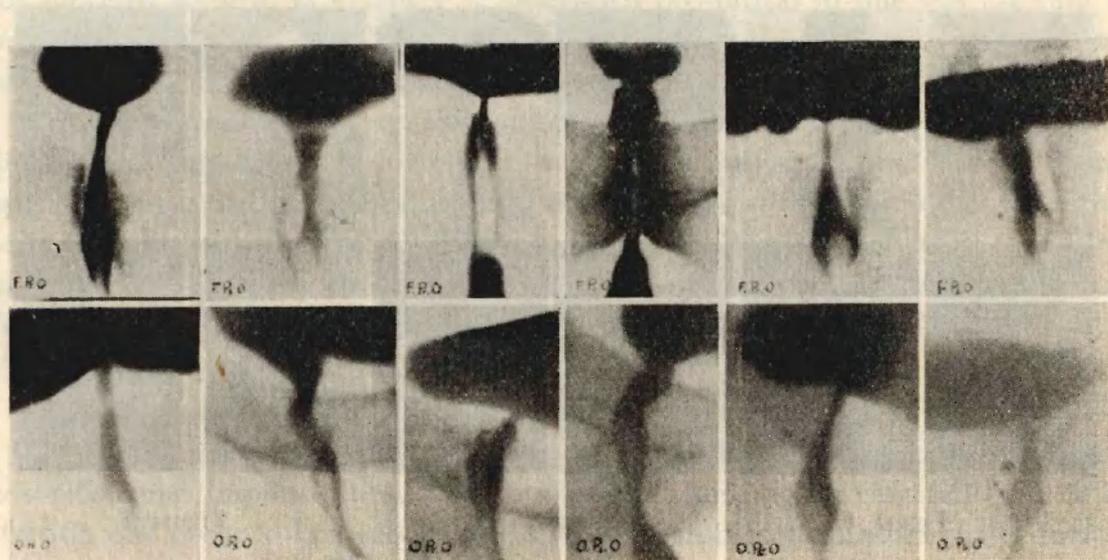


Figura 1

Figura 2

Figura 3

endoscópico, sino también para dar la noción del número de trozos a resear. Efectuamos la uretrocistografía con soluciones de aceite yodado al 12-

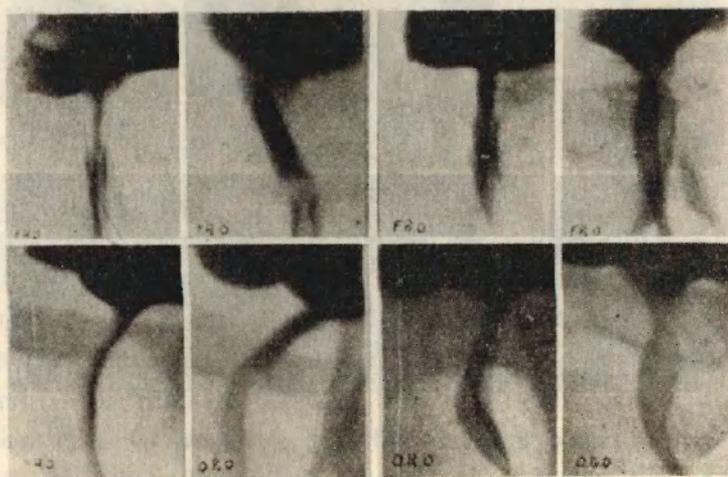


Figura 4

Figura 5

15 % sacando dos películas, una en posición de frente y otra en oblicua posterior derecha, con la que obtenemos la noción completamente del tamaño y forma de las lesiones.

Las imágenes obtenidas varían de acuerdo al tipo de afección obstructiva. en la esclerosis del cuello vesical generalmente tenemos casi libre la uretra pos-

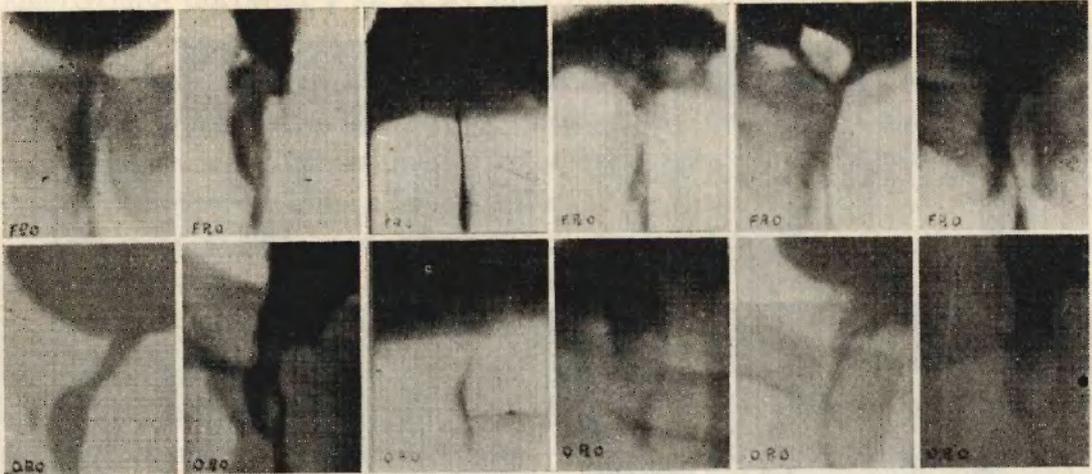


Figura 6

Figura 7

Figura 8

terior supramontanal, hasta la vecindad de la vertiente uretral del cuello; en las obstrucciones glandulares adenomatosas, la deformación asienta preferente-

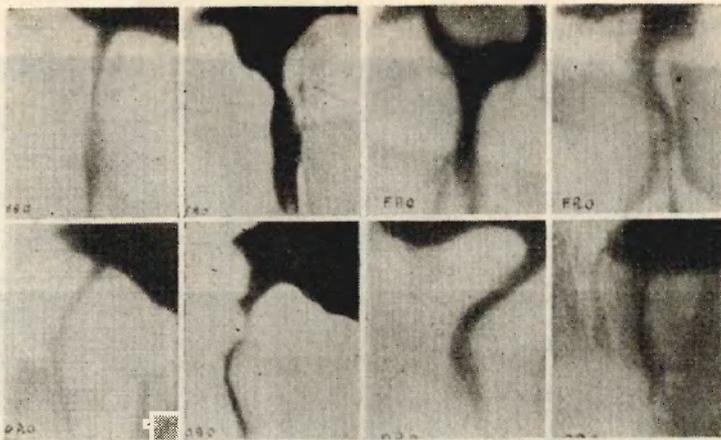


Figura 9

Figura 10

mente en uretra, encontrando modificaciones del cuello sólo en caso de lóbulo medio.

Los datos de mayor interés en las uretrocistografías en enfermos que serán resectomizados son la distancia cuello-verum y el ancho de la uretra posterior,

no aconsejando la resección en aquellos que presentan D.C.V. de más $4\frac{1}{2}$ centímetros y una uretra supramontanal de más de 2 centímetros.

Además nos muestra las relaciones de vecindad existentes entre la uretra los procesos vecinos, la litiasis y la cavernosis prostática, lo que nos indicará la profundidad a resecar para conseguir la eliminación de los cálculos o el drenaje amplio de las cavidades supuradas.

Es indispensable el estudio radiográfico pre-operatorio para obtener los detalles ya enunciados, y como éste tiene tanta importancia el examen post-operatorio, efectuado después del mes de haber hecho la resección, con lo que no sólo tenemos la imagen del resultado operatorio obtenido respecto al calibre, sino también a la mejoría o curación de las lesiones agregadas o provocadoras de la esclerosis.

HISTOLOGÍA.

El estudio anátomo-patológico de los trozos resecados es considerado por nosotros como imprescindible. Nos revela, no solamente las características de la afección que provocó la intervención, sino que también nos indica cuáles fueron las causas que llevaron al cuello vesical a la esclerosis.

La histología de los distintos obstructivos depende de la variedad a que pertenezca, ya sea escleroso o glandular.

Los preparados efectuados nos mostraron que en todos los procesos existe en forma más o menos intensa una reacción inflamatoria inespecífica.

En las esclerosis del cuello, salvo en las congénitas, donde encontramos tejido fibroso casi puro con escasas fibras musculares, el tejido predominante es el fibroso pero con fibras musculares que sufren procesos inflamatorios o degenerativos intensos que las llevan luego a la fibrosis.

TRATAMIENTO.

Los enfermos que se encuentran en buenas condiciones generales y en los que los exámenes habituales han dado resultados normales, son llevados a la intervención previo tratamiento con calcio, vitamina C y K y penicilina. En los casos de retencionistas grandes o de enfermos en precarias condiciones generales, con azoemias de más de 50 ctgr. por mil, con reserva alcalina comprometida, son convenientemente preparados drenando la vejiga con sonda en permanencia, y prescribiendo la ingestión de abundantes líquidos y la medicación adecuada a cada caso.

En nuestro servicio usamos el resector Stern Mc Carthy, colocando el enfermo en posición de talla perineal después de haber efectuado una inyección epidural de 30 cc. de una solución de novocaína a 2%, que nos da anestesia perfecta en el término de 20 a 30 minutos.

El resector que preferimos es el N 56 y en raras ocasiones, obligados por la imposibilidad de obtener mayor calibre uretral, usamos el 48, pero exclusivamente en las resecciones pequeñas.

Consta el resector Stern Mc Carthy de dos piezas fundamentales, una camisa de bakelita y un mango operador al cual van fijadas la óptica y el anillo y esta última a un mecanismo de cremallera que le permite un deslizamiento de 5 centímetros.

Colocado el resector tomamos inmediatamente los puntos de reparo necesarios que son: los meatos ureterales, el trigono, el cuello y el verum montanum, y procedemos a efectuar las primeras tomas que se hacen en la línea media sobre el labio inferior de cuello, usando corriente de electrocoagulación y de radio bisturí simultáneamente.

Hecho el canal inicial, se efectúan las tomas laterales necesarias hasta obtener la tunelización de la zona operada.

Actuando con ambas corrientes la hemorragia es fácilmente controlable y por lo tanto se facilita la electrocoagulación de los vasos próstato uretrales que son los de mayor calibre, obteniendo así hemostasia perfecta que se manifiesta por la obtención de líquido de lavado completamente claro.

Consideramos terminada la intervención cuando vemos trigono y uretra posterior en el mismo plano, sin espolones laterales y sin hemorragia visible.

Seguidamente se quita el mango operador y por dentro de la camisa se coloca sonda uretral N° 20 ó 22 preparada a lo Puigver, retirándose luego la camisa y fijando la sonda a pene dejándola en permanencia durante 48 ó 72 horas.

Habitualmente resecamos trozos de tejido de 1 gr. aproximadamente cada uno, que van de un mínimo de 6 trozos hasta un máximo de 35 en el adenoma de próstata y de un mínimo de 1 a un máximo de 13 en la esclerosis del cuello vesical.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones post-operatorias en los pacientes resectomizados debemos considerarlas inmediatas, dentro de las primeras 72 horas, es decir, hasta el momento de quitar la sonda dejada en permanencia, y alejadas las que se producen luego.

Hacemos notar que no hemos observado ninguna complicación grave seguida de muerte, y esto tomando en forma global los casos de adenoma y esclerosis, ni tampoco de hemólisis por el agua de lavado.

Consideraremos primeramente las complicaciones de la resección en el adenoma y luego en las esclerosis de cuello.

Hemos visto un caso de incontinencia inmediata que cede a los 12 días con tratamiento médico a base de vitamina B₁ en dosis de 200 mgr. y estric-

nina, donde se habían resecado 8 gr. de tejido adenomatoso en un enfermo de 72 años.

Otro enfermo presenta hemorragia post-operatoria inmediata, con bloqueo vesical atribuible a fallas de técnica operatoria.

Entre las últimas resecciones efectuadas hemos tenido un accidente operatorio serio, nos referimos a la rotura o fisura del cuello vesical durante la intervención. El enfermo tenía un adenoma tamaño ciruela con una D.C.V. de $4\frac{1}{2}$ ctms. y uretra posterior de 2 ctms. de ancho en la uretrocistografía. Se efectuó resección de 28 trozos de tejido adenomatoso observándose la imposibilidad de dejar el líquido de lavado incoloro, sin conseguir ver el vaso sangrante. El lavado continuo vesical con suero caliente y los hemostáticos de acción rápida usados, no nos solucionaron el problema, apareciendo a las dos horas de la operación discreto dolor en hipogastrio y en F.I.D., con sensación de empastamiento a la palpación abdominal, lo que nos decidió a la investigación quirúrgica suprapúbica, encontrándonos con infiltración perivesical, de preferencia sobre hemivejiga derecha. Se efectúa cistostomía, dejando drenaje láterovesicales y en Retzius. El post-operatorio fué largo, $1\frac{1}{2}$ mes, pero sin inconvenientes, siendo dado de alta el enfermo en perfectas condiciones.

Entre las complicaciones alejadas consideramos la más frecuente la hemorragia que se produce entre el 8º y 12º día, por la caída de la escara, algunas de las cuales ceden espontáneamente y otras obligan a tratamientos endoscópicos para cohibirla.

No es frecuente observar otras complicaciones salvo procesos inflamatorios vesicales que provocan polaquiuria, siendo a veces intensas y que ceden al nitrato de plata en instilación y con sulfamidocrisoidina.

En cambio en las resecciones por esclerosis de cuello encontramos más complicaciones debido seguramente a los procesos inflamatorios que han provocado dicha alteración (cavernosis prostática, prostatitis crónicas, litiasis prostáticas, etc.).

En dos enfermos observamos temperatura que cede a la penicilina asociada a la sulfacrisoidina inyectadas por vía intramuscular. Uno de ellos era un enfermo de 61 años que al examen endoscópico presentaba rigidez de cuello vesical y dos pequeños lóbulos laterales y al examen radiológico una cavernosis prostática; fueron resecados 4 gr. y no se dejó sonda post-operatoria.

El otro era un enfermo de 42 años que fué internado con temperatura de 38° - 39° , presentando una litiasis prostática. El examen endoscópico nos daba cuello vesical grueso e inmóvil con D.C.V. de $3\frac{1}{2}$ ctms. Se resecan 6 trozos de tejido escleroso y el post-operatorio fué febril hasta el undécimo día en que hace pequeña hematuria con eliminación de la escara. Es de notar en este caso que la respuesta a la penicilina fué prácticamente nula, consiguiendo el descenso

Adenomas	Sintomatología	Subjetiva	Disuria	Inicial..... 79,5 % Total 12,8 % Sin disuria..... 7,4	
			Polaquiuria	En todos los enfermos: Preferentemente en la segunda mitad de la noche.	
		Objetiva	Chorro mice.	Disminuído en grosor y proyección.	
			Retenc. ves.	Desde pocos c.c. hasta retención completa.	
	Diagnóstico	Endoscópico	Hematuria	En el 15 % inicial. Sin coágulos.	
			Lóbulo med.	Convexidad del cuello. Elevación e hipertrofia del trígono.	
		Radiológico	Lóbulos laterales	Aplastamiento transversal de la uretra. Aumento de D. C. V. Congestión y edema.	
			Lóbulo med.	Convexidad de cuello.	
		Sintomatología	Subjetiva	Lóbulos laterales	Alargamiento D. C. V. Ensanchamiento de la uretra supramontanal.
				Disuria	Inicial 72 % Total 23,2 % Sin disuria.. 4,6 %
Objetiva	Polaquiuria		En todos los enfermos. No hay predominio de noct. sobre diurna.		
	Chorro mice.		Disminuído en grosor y proyección.		
Diagnóstico	Endoscópico		Retenc. ves.	D. 20 c.c. a 700 c.c.	
			Hematuria	En el 14 % Inicial sin coágulos.	
	Radiológico	Esposamiento del cuello vesical. Color blanco grisáceo. Inmóvil o poco móvil. Poco aumento D. C. V.			
		Uretra posterior libre. Deformación del cuello.			

En el adenoma (39 casos)	Inmediatas	1 Incontinencia. Cedió al tratamiento médico.
		1 Hemorragia por falla técnica.
	Alejadas	1 Epididimitis. Cedió al tratamiento médico.
		1 Rotura o fisura del cuello vesical. Drenada rápidamente por vía vesical.
	Inmediatas	2 Hemorragias. - Por caída de escara. - 1 cedió espontáneamente y la otra a la electrocoagulación endoscópica.
		1 Cistitis. Cedió al tratamiento médico.
En la esclerosis (43 casos)	Inmediatas	2 Temperaturas. Ceden } 1 a los antibióticos. 1 al caer la escara.
		2 Epididimitis. Ceden al tratamiento médico.
	Alejadas	1 Hemorragia. Cede a la electrocoagulación endoscópica.
		1 Epididimitis. Cedió al tratamiento médico.
	Alejadas	2 Orquiepididimitis supuradas unilaterales. Castración.
		3 Prostatitis. Cedieron al tratamiento médico.
1 Cistitis infiltrante. Cistostomía.		
3 Hemorragias. Cedieron al desbloqueo y sonda perman. consecutiva.		
	1 Infarto pulmonar. Cedió al tratamiento médico.	
	2 Piurias intensas. Investigar hues.	

febril, sin llegar a lo normal, solamente con sulfamidas por vía oral e inyectable y desaparece totalmente la fiebre después del 14º día.

Las complicaciones epididimarias inmediatas no son frecuentes. Hemos observado dos casos, uno de ellos presentaba al examen histológico del adenoma vesical marcada infección periacinosa, y en el otro se encontró degeneración muscular con infección crónica.

La hematuria inmediata la encontramos en un solo enfermo, se presenta al 4º día en el momento de quitar la sonda y obliga a desbloquear vejiga y cauterizar cuatro vasos venosos mediante el panendoscopio.

Entre las complicaciones infecciosas alejadas encontramos epididimitis derecha en un paciente con esclerosis por cavernosis prostática que drenaba abundante pus al masaje y que aparece a los 12 días sin llegar a la supuración.

Dos orquiepididimitis supurada que obligan a la castración unilateral. La prostatitis post-operatoria la encontramos en tres casos, cediendo a los tratamientos habituales.

En un solo enfermo hemos observado una cistitis infiltrante con orinas turbias totales que obliga a la talla suprapúbica, siendo dicho paciente un sífilítico, hemipléjico e hipertenso.

La hematuria es la complicación alejada más frecuente. Vemos un caso que la presenta a los 10 días, otro a los 18, que es intensa y obliga a desbloquear vejiga y la tercera que con iguales características que la anterior se produce a los 26 días de operado.

La incontinencia es la más desagradable de las complicaciones alejadas no habiéndola observado en nuestros pacientes.

Un solo enfermo hizo un infarto pulmonar derecho que curó en 13 días sin otra complicación.

En dos casos se produjo piuria intensa en enfermos con antecedentes luéticos, que en los exámenes previos daba reacciones negativas y que cede al tratamiento antisifilítico.

RESULTADOS.

Considerando separadamente los resultados de la resección endoscópica, en el adenoma de próstata pequeño, encontramos curación en todos los casos, y en la esclerosis del cuello vesical hemos conseguido la desaparición total de la sintomatología clínica. En un enfermo con esclerosis congénita de cuello vesical con dilatación ureteropielocalicial obtuvimos la reducción marcada de dicha ectasia.

CONCLUSIONES.

La resección endoscópica en los procesos obstructivos de la uretra posterior, tiene un vastísimo campo de aplicación, y si hoy no entusiasma a muchos

urólogos como hace un tiempo, se debe exclusivamente a que fué aplicada a procesos obstructivos que por su tamaño la contraindicaban formalmente.

Creemos que cuando es practicada en los casos adecuados, es la intervención de elección, pues lleva a la curación con el menor riesgo de vida, el menor número de complicaciones serias y el menor tiempo de internación.

Por lo tanto la indicamos solamente en los casos de esclerosis del cuello vesical, congénita o adquirida, y en los adenomas donde se cumplan las siguientes condiciones:

1º Adenomas pequeños cuyo tamaño al tacto rectal no sea mayor que una ciruela; 2º, que la D.C.V. no sea más de $4\frac{1}{2}$ ctms., y 3º, que en la uretrocistografía el ancho de la uretra posterior no sea de más de 2 ctms.

Solamente nos apartan de estas indicaciones los enfermos que por su estado general y el tamaño de sus lesiones adenomatosas o adenocarcinomas nos obliguen a efectuar solamente tratamiento paliativo, es decir, la tunelización de la uretra posterior, sin intentar llegar a la curación y buscando sólo el alivio de trastornos que lo traen al enfermo a la consulta.

Descripción correspondiente a las figuras ubicadas en el texto:

- Figura 1: C. E. - Lesión. Esclerosis de cuello. Etiología. Congénita. Ana. Patol. Fibrosis y degeneración muscular.
- Figura 2: E. R. - Lesión. Esclerosis de cuello. Etiología. Litiasis Prostática. Ana. Patol. Esclerosis interfascicular y degeneración de la fibra muscular.
- Figura 3: J. M. S. - Lesión. Esclerosis de cuello. Etiología. Prostatitis crónica. Ana. Patol. Esclerosis fibromuscular.
- Figura 4: A. S. - Lesión. Esclerosis de cuello. Etiología. Congénita. Ana. Patol. Esclerosis fibromuscular.
F. Pr. O. Frente pre-operatorio. F. Ps. O. Frente post-operatorio.
- Figura 5: P. R. - Lesión. Esclerosis de cuello. Etiología. Prostatitis crónica. Ana. Patol. Esclerosis fibromuscular.
O. Pr. O. Oblicua pre-operatoria. O. Ps. O. Oblicua postoperatoria.
- Figura 6: C. R. - Lesión. Adenoma Ana. Patol. Adenoma infectado y zonas epiteliomatosas grado I.
- Figura 7: G. L. - Lesión. Adenoma Ana. Patol. Fibroadenoma.
- Figura 8: P. B. - Lesión. Adenoma Ana. Patol. Miofibroadenoma.
- Figura 9: I. F. - Lesión. Adenoma Ana. Patol. Fibroadenoma.
F. Pr. O. Frente pre-operatoria. F. Ps. O. Frente post-operatoria.
- Figura 10: P. B. Lesión. Adenoma Ana. Patol. Adenoma cervical con necrosis.
O. Ps. Oblicua post-operatoria. O. Pr. O. Oblicua preoperatoria.