

Tema Oficial.

Instituto Municipal de Clínica Urológica  
Director: Prof. Dr. L. Figueroa Alcorta.

## OBSTRUCCION URETERO-VESICAL POST-ADENOMECTOMIA

Por el Dr. LUIS MARIA BREA

Como contribución al tema de enfermedades obstructivas del cuello vesical, nos ha parecido oportuno traer a consideración de ustedes, dos casos que hemos tenido oportunidad de tratar de obstrucción uretrovesical por tabique intervésico prostático postadenomectomía.

Las historias clínicas de ambos enfermos son similares.

*Historia N<sup>o</sup> 3.601.* — A.P.A. 58 años, boliviano. En septiembre de 1945, fué sometido a una adenomectomía en un tiempo dejándole drenaje hipogástrico y uretral. Este último fué dejado "in situ" durante 30 días sin ser removido. Es dado de alta con su vejiga cerrada, con discreta polaquiuria e incontinencia de orina. Los fenómenos disúricos se acentuaron progresivamente hasta entrar en retención completa de orina y ante la imposibilidad de evacuar la vejiga por cateterismo uretral es cistotomizado el 1<sup>o</sup> de noviembre del mismo año. En estas condiciones, el 8 de febrero de 1946, es remitido al Instituto Municipal de Urología, donde comprobamos la obstrucción de la uretra posterior que es infranqueable a todo intento de cateterismo. Radiológicamente, se observa que no hay cuerpos extraños en la cavidad vesical y por el examen uretro—cistográfico se ve que la substancia contraste se detiene un poco por encima del bulbo uretral y se insinúa en forma de desfiladero por la uretra posterior. Procediendo al relleno vesical por la sonda hipogástrica no se aprecia comunicación ni relleno de la uretra posterior a pesar de los esfuerzos miccionales. En un clísis tomado en oblicua se puede ver que la substancia opaca llega hasta 1 cm. aproximadamente del cuello vesical, desde donde se observa con nitidez que la estrechez se prolonga hasta el cuello. El cistograma contribuye a resaltar la zona de uretra posterior estenosada.

Establecido el diagnóstico de estenosis de la uretra posterior por tabique intervésico-

prostático incompleto, fué intervenido el 25 de febrero de 1946. Se procedió a la resección de la fístula hipogástrica y una vez abierta la vejiga se pudo comprobar que la zona del cuello, presentaba un color blanco nacarado, de aspecto escleroso, aunque al tacto no era muy dura. El orificio uretral no se observaba, estando reemplazado por una depresión infundibuliforme. La inyección de líquido por la uretra, permite comprobar la existencia de una comunicación puntiforme. Se coloca un estilete a modo de guía y con bisturí eléctrico se practica una cuña con lo cual, se logra el pasaje de un beniqué N° 24 colocado por la uretra, hasta el interior de la cavidad vesical. Se reseca el tejido fibroso lo más ampliamente posible de manera de conseguir un amplio canal que permite el fácil pasaje de una sonda N° 22 que se deja a permanencia. Se coloca una sonda Pezzer acodada por hipogastrio y se da por terminada la intervención.

Durante el postoperatorio se mantuvo una irrigación continua con solución de ácido bórico al 40 por mil durante pocos días.

Posteriormente se le dilató con beniqués hasta el N° 55 y fué dado de alta en óptimas condiciones.

Hace poco tiempo, hemos tenido oportunidad de verlo y comprobamos que seguía sin novedades, practicando dilataciones periódicas.

*Historia N° 5671:* P. D. 76 años, italiano. Operado el 24 de agosto de 1946, se le practica una adenomectomía en un tiempo por vía transvesical con la técnica de Freyer-Marion. Estuvo bien una temporada y comenzó con disuria caracterizada por esfuerzo en las micciones, que fué aumentando progresivamente hasta entrar en retención completa. Ante la imposibilidad de conseguir la evacuación vesical por cateterismo uretral, es cistostemizado el 17 de julio del corriente año. Como a pesar de las repetidas tentativas efectuadas para lograr la permeabilidad uretral no se logra éxito, nos es remitido para su tratamiento.

Nosotros comprobamos que efectivamente por vía uretral no se podía vencer el obstáculo que presentaba en la uretra posterior, con ningún catéter. Radiológicamente, pudimos evidenciar un "stok" en uretra posterior no consiguiéndose el pasaje del líquido de contraste a la cavidad vesical.

Con el diagnóstico de tabique intervésico prostático completo, lo intervenimos el 9 de agosto último. Se le reseca la fístula hipogástrica y abierta la cavidad vesical se pudo comprobar que el cuello se presentaba al examen como una depresión en forma de cono, totalmente ocluido y tapizado por mucosa, no permitiendo el pasaje del líquido que se inyectó por la uretra. Con tacto digital se repara la punta de un beniqué, colocado en la uretra a través del tabique formado del cuello, para entonces, con bisturí eléctrico labrar un túnel a nivel de la depresión cervical hasta llegar al beniqué, que se hace progresar al interior de la cavidad. Se reseca el tejido fibroso que constituía de tabique lo más ampliamente posible y en casi su totalidad, quedando así, una amplia comunicación infundibuliforme. Se coloca una sonda Figueroa Alcorta a doble corriente por vía retrógrada y se cierran todos los planos hasta piel.

Se instaló la irrigación continua primero con solución de citrato neutro de sodio al 3 ‰ y después con solución de rivanol al 1 por diez mil.

El postoperatorio, fué absolutamente normal y la sonda se retiró a los 20 días, iniciándose una dilatación por beniqué, hasta el N° 56 que pasaba con entera facilidad. En

estas condiciones, fué dado de alta con la recomendación de continuar con la dilatación por un tiempo prudencial.

Con respecto a la patogenia de este tipo de uretrocervicopatía postadenomectomía, por formación de un tabique intervésicoprostático creemos, que una de las causas a la cual nosotros le asignamos primordial importancia, es la organización e invasión por tejido fibroso de los restos mucosos y capsulares que quedan en la "loge" después de la exéresis del adenoma.

Es así, que el proceso va progresivamente estrangulando la luz de la uretra posterior hasta llegar a su total oclusión. Y es en este sentido que sostenemos la necesidad de una cuidadosa "toilette" operatoria para eliminar todos los restos capsulares y colgajos mucosos antes de dar por finalizada la intervención, como profilaxis de accidentes obstructivos alejados.

El diagnóstico no ofrece dificultad alguna estableciéndose con claridad por los datos anamnésticos y el examen del enfermo, quedando plenamente certificado, por la uretrografía que siempre es conveniente completarla con un cistograma por relleno para tratar de evidenciar el espesor del tabique intervésico prostático.

En cuanto a la conducta terapéutica hemos desechado los intentos de perforar el tabique con maniobras cruentas uretrales, que se hacen a ciegas y que no están exentas de peligro.

No hemos practicado el "forage" tal cual lo propicia L.uys. pues entendemos que no ofrece ventajas ciertas sobre el tratamiento quirúrgico a "cielo abierto".

Nosotros damos preferencia a la vía transversal a "cielo abierto" aplicando la técnica de Figueroa Alcorta para la adenomectomía, por las siguientes razones:

- 1º Toda la intervención se hace bajo el control de la vista.
- 2º Se puede así reseca todo el tejido fibroso, que constituye el tabique, como si se tratara de una cervicectomía circular por esclerosis del cuello.
- 3º Se procede a una cuidadosa hemostasia y "toilette" de la "loge" neoformada.
- 4º La colocación de una sonda uretral a doble corriente permite el cierre de todos los planos y la irrigación permanente postoperatoria de la región intervenida con soluciones antisépticas.
- 5º Concomitantemente se trata la fístula hipogástrica y cualquier otra afección quirúrgica de la vejiga de que el enfermo sea portador.

Para concluir con esta breve comunicación que no tiene más aspiración que la de contribuir a enriquecer la casuística nacional, debemos manifestar que tenemos el convencimiento de que la formación de tabiques intervésicos prostáticos postadenomectomía es una entidad nosológica que está llamada si no a desaparecer, a presentarse sólo por excepción con la aplicación de las modernas técnicas operatorias y conceptuamos que el tratamiento de elección es el quirúrgico por vía transvesical a "cielo abierto".

---