

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

URETRITIS POSTERIOR INCRUSTADA POST- ADENOMECTOMIA. SU TRATAMIENTO

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y FERNANDO J. MARQUEZ

Toda intervención quirúrgica lleva aparejados una serie de riesgos y complicaciones mediatos e inmediatos, graves o no, que colocan al cirujano en situaciones a veces difíciles y que son necesarias resolver.

Entre las complicaciones alejadas de la prostatectomía debemos referirnos a una, que a todos los que hacemos cirugía urológica nos ha preocupado o nos preocupará alguna vez, y es la polaquiuria persistente por la infección crónica de la "loge".

En un total de casi un millar de adenomas operados por vía suprapúbica y endoscópica hemos encontrado tres enfermos, que hicieron en el post-operatorio procesos inflamatorios crónicos de la "loge" con incrustaciones calcáreas y es éste el problema más serio que se nos ha presentado, teniendo necesidad de agotar todos los tratamientos hasta ahora conocidos para llegar a la curación de estas complicaciones.

Al primero de estos se le efectuó una resección endoscópica por un pequeño adenoma cuya sintomatología primordial era la polaquiuria, diurna y nocturna cada 40 o 45 minutos.

Se practicó la resección y en el post-operatorio inmediato no hubieron complicaciones, pero a los dos meses de intervenido, el enfermo concurre nuevamente con la misma sintomatología anterior, a la que se agrega hematuria y piuria. La panendoscopia efectuada, después del fracaso de la medicación local, es decir instilaciones de sales de plata y sulfamidas, nos reveló incrustaciones calcáreas con vegetaciones inflamatorias de tipo crónico de la "loge".

Se propone, y el enfermo acepta, hacer una nueva resección, teniendo la precaución de indicar penicilina y sulfas en el post-operatorio inmediato en dosis altas.

El resultado fué de lo más satisfactorio en los primeros 30 o 35 días, a partir de los cuales se repite otra vez el proceso. El examen bacteriológico efectuado en este momento nos revela la presencia de casi todos los tipos de

gérmenes que pueden encontrarse en una infección vesical, desde el proteus al estafilococo, pasando por el colibacilo, estreptococo, tetrágenos, etc. Con este resultado se comienza nuevamente con los antibióticos, penicilina y sulfamidas parenterales y locales, no obteniendo resultados y al fin se hace un "etincellage" de la loge y luego otro, encontrando siempre el mismo proceso. Este enfermo falleció por una neoplasia a los tres años de haber sido resectomizado por primera vez.

El segundo enfermo presentaba un adenoma del tamaño de una mandarina, y fué intervenido siguiendo la técnica que efectuamos en nuestro servicio, por vía suprapúbica transvesical con sonda de Foley. El post-operatorio fué muy bueno; a los 8 días tenía vejiga cerrada y a los 12 días fué dado de alta.

Este enfermo concurrió al C. E. a los 22 días de la adenomectomía, presentando orinas límpidas y discreta polaquiuria, lo que se atribuyó a falta de epitelización de la loge, indicándosele vitaminas A y C como protectoras de epitelios y cicatrizantes. A los 43 días de operado lo vemos nuevamente pero ya no con polaquiuria como único síntoma, sino también con piuria y hematuria terminal. Previa anestesia local se efectúa cistoscopia y panendoscopia encontrándose una vejiga con discreta congestión en trigono y uretra prostática con precipitaciones calcáreas y vegetaciones inflamatorias crónicas, de color rosadas algunas y violáceas otras. Se propone internación nuevamente; el examen bacteriológico nos revela lo mismo que en el enfermo anterior, multitud de especies microbianas. Se hacen antibióticos y mejora la sintomatología y se decide hacer un "etincellage" para obtener el desprendimiento de todo el tejido inflamatorio, siendo el post-operatorio normal. A este enfermo lo vimos hace un mes, estando sin polaquiuria, sin retención y con orinas límpidas.

Nos queda por último el tercer enfermo que fué el más dificultoso y al que recién ahora hemos conseguido solucionarle el problema que lo aqueja.

Este enfermo presentaba un adenoma del tamaño de una mandarina grande, es un hipertenso de 24, en el que todo medicación hipotensora fracasó.

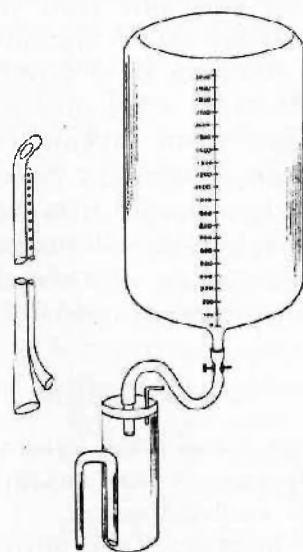
Fué operado en la misma semana que el segundo enfermo e hizo en el post-operatorio inmediato idéntica complicación. Efectuamos el mismo tratamiento local y agregamos, a pesar que las reacciones de Wasserman y Kahn fueron negativas en los exámenes preoperatorios, tratamiento antisifilítico con bismuto y arsénico, pues había reacciones dudosas en los exámenes realizados en la sala de clínica médica donde estuvo internado anteriormente.

Habiendo fracasado en nuestro tratamiento local y parenteral y a pesar de los riesgos que tenía el "tincellage" con el resector Mc. Carthy-Stern, resolvimos efectuarlo como único medio de extirpar el tejido infectado, para poder llegar a la curación.

En el acto operatorio hubo una profusa hemorragia que nos obligó a colocar sonda de Foley para cohibirla totalmente, e indicamos en el post-operatorio penicilina y sulfacrisoidinas a razón de 100.000 unidades de la primera cada tres horas y 5 c.c. de la segunda cada ocho horas. A los cuatro días se quita la sonda de Foley y el enfermo queda con discreta polaquiuria y orinas que aclaran totalmente a los 15 días de la intervención.

Continuó bien hasta los dos meses, en que concurre con idéntica sinto-

matología de la vez anterior; los exámenes endoscópicos nos revelaron las mismas lesiones, precipitaciones calcáreas y vegetaciones inflamatorias. Después del inconveniente presentado por la hemorragia no nos atrevimos a efectuar nuevo "etincellage", y entonces pensamos hacer tratamiento anti-biótico para obtener la esterilización de la uretra posterior, e indicamos penicilina a razón de 100.000 unidades cada tres horas, estreptomycinina 0.50 gr. cada ocho horas y sulfacrisoidinas 5 c.c. cada seis horas. A los 5 días ya había una mejoría evidente; la polaquiuria bajó de 30 a 40 minutos a 1 ½ a 2 horas, las orinas se aclararon pero eliminaba aún tejidos necrosados. A los 12 días las micciones eran cada 2 ½ a 3 horas y la orina límpida. Se continúa con este tratamiento durante 10 días más, habiéndose efectuado en total 17 millones de unidades de penicilina y 32 gramos de estreptomycinina.



El enfermo refiere sentirse cómodo durante 15 días y al fin de éstos nota que va reduciendo la frecuencia miccional primero y que a los 18 o 20 días comienza el ardor y nuevamente turbidez urinaria, que se acentúa progresivamente para llegar en pocos días más a la micción cada 40 o 45 minutos. Es decir, volvemos a empezar, y recurrimos entonces a la cloromicetina. Se indica a razón de 2 cápsulas cada cuatro horas en los primeros 2 días, continuando luego con uno cada cuatro horas durante tres días y por fin uno cada 6 horas durante nueve días. El total de cloromicetina efectuada fué de 72 cápsulas, y el resultado de lo más brillante. Ya a las 48 horas de iniciado el tratamiento las micciones eran cada 2 a 2 ½ horas, el ardor, la hematuria y la piuria desaparecieron totalmente y a los 5 días no habían gérmenes en los centrifugados de orina.

Sin embargo una vez más fracasamos. A las tres semanas aparece nuevamente la polaquiuria primero, la piuria, el dolor y la hematuria después. Los exámenes endoscópicos y de laboratorio nos revelaron como siempre las mismas lesiones y la multiplicidad de gérmenes.

Nos quedaba, sin embargo, el último recurso, el uso de la solución G.,

que ya en tres oportunidades no había dado éxito en el tratamiento de las cistitis incrustadas, pero se nos presentaba el problema del lavado de la uretra posterior con dicha solución. Construimos una sonda de doble corriente vulcanizando sobre una "a bequille" N° 16 otra sonda multiperforada lateralmente, de calibre N° 12, con el extremo distal obstruido. Al mismo tiempo hicimos un tubo con capacidad para 100 c.c. de líquido que trabajara en forma de oleadas, el que fué conectado a un recipiente con la solución G. Unimos este circuito y efectuamos durante cuatro días lavados que se producían cada 30 minutos, suspendiéndolos durante la noche. Se hicieron pasar en esta forma 14 litros de solución.

El resultado macroscópico al final de los cuatro días y al quitar la sonda fué desastroso. La turbidez urinaria era intensísima y lo mismo los colgajos de tejidos necrosados que se eliminaban; sin embargo el ardor miccional no era intenso, pero las micciones eran cada hora.

Siempre abrigando esperanzas en el tratamiento antibiótico resolvemos indicar penicilina nuevamente a razón de 1.200.000 unidades diarias. Ahora obtuvimos un resultado espectacular; a los dos días ya se alejaron las micciones a 1 $\frac{1}{2}$ a 2 horas, sin ardor y sin turbidez, desapareciendo los trozos de esfacelo. A los cinco días, orinas límpidas y micciones cada 3 o 4 horas.

La panendoscopia efectuada a los 10 días de hacer penicilina nos mostró la loge con una pequeña precipitación calcárea en lado izquierdo, que con el panendoscopio se quita. El resto de la uretra posterior recupera sus características normales y en la actualidad el enfermo continúa bien.

COMENTARIOS

Felizmente, según nuestra estadística hemos encontrado esta complicación en el 0.4 % de las adenomectomias suprapúbicas transvesiculares y de el 0.23 % de las resecciones endoscópicas.

Nos llamó la atención, primero, la multiplicidad de variedades microbianas existentes, y segundo, la tendencia a la recidiva de este proceso y la resistencia, principalmente en los enfermos citados en primer y tercer término, a los tratamientos efectuados, habiendo sido necesario hacer desde las instilaciones de uretra posterior con argirol, nitrato de plata al 1 %, 2 % y 3 % y sulfamidas, hasta la resección de los tejidos con procesos inflamatorios crónicos, llegando por fin, a la necesidad, condicionada por un hipertensión irreductible de usar soluciones que al mismo tiempo sean tan bactericidas como organocidas.

Sin embargo, continuamos con nuestra preferencia hacia la resección de los tejidos infectados crónicamente por vía endoscópica y a los antibióticos en altas dosis.

DISCUSIÓN

Dr. Schiappapietra. — Es indudable que para todos los post-operatorios la acidificación de la orina es un punto capital. Siempre que he conseguido obtener la orina acidificada, no he tropezado con inconvenientes. Cuando por distintas razones, las orinas son difíciles de acidificar, se origina una serie de complicaciones.

Los antibióticos a veces han dado resultado: otras, no. Nosotros hemos encontrado un aliado que seguimos usando desde hace muchos años, asociado con los antibióticos, en periodos intermitentes: son los arsenicales y especialmente el Neo Salvarsán, por vía endovenosa.

El primer caso fué el de un colega, hace muchos años; la sintomatología vesical, que durante tantos meses fué desesperante, se anuló en tal forma, después de las inyecciones de Neo Salvarsán, que el enfermo se creyó curado.

Desde entonces, usamos el Neo Salvarsán, que es el que nos ha dado mejor resultado de todos los arsenicales. El doctor Castaño hizo una comunicación a esta Sociedad, sobre este asunto, después que nosotros usábamos sistemáticamente el Neo Salvarsán. 4 veces, los antibióticos nos dan resultado. En ocasiones, la estreptomicina no hace nada y la cloromicetina hace bien, pero el éxito es transitorio. El Neo Salvarsán es el que mantiene más tiempo las orinas límpidas. Cuando deja de actuar la acción del arsénico, terminan los beneficios. A veces con dosis pequeñas, se mantienen por largo tiempo la acidificación de la orina; otras, con dosis altas, no se consiguen los mismos resultados. Quizá esto esté en relación con la función renal.

Dr. Sandro. — En el servicio del doctor Figueroa Alcorta, practicamos a menudo las instilaciones, a veces continuamente, y en otras ocasiones, tres o cuatro veces por día, del líquido "G". En dos casos de cistitis incrustada, hemos tenido el mejor de los éxitos. En uno de ellos, durante seis meses hicimos de todo, pero sin resultado. Usamos entonces, líquido "G", al comienzo en forma continua, y el enfermo se encuentra perfectamente.

Me parece muy interesante la irrigación continua que emplean los comunicantes; el aparato lo encuentro muy ingenioso. Con esa sonda de doble corriente, me parece que puede tener buenos resultados y yo insistiría tratar con líquido "G" las uretritis posteriores incrustadas.

Dr. García. — Hace unos años, nos ocupamos en la Sociedad de este problema de las incrustaciones de la celda prostática, de la uretra posterior después de la prostatectomía. En aquel entonces, dimos gran importancia, de acuerdo a nuestra experiencia, a la frecuencia un tanto alarmante con que observábamos la uretritis posterior incrustada después de la prostatectomía, con la utilización de las sulfamidas. Un hallazgo ocasional de la eliminación en masa de una porción del granuloma incrustado nos permitió reconocer cristales de sulfamida. Esa es la patogenia: la precipitación que pueden hacer los cristales sulfamídicos o cristales de la orina, especialmente alcalina, y cuya curación se alcanza con el mejoramiento de la superficie granulomatosa.

Mientras no cure el granuloma, la posibilidad de incrustación es permanente, sobre todo si la reacción de la orina sigue siendo alcalina.

Tuvimos un gran éxito con las primeras administraciones de penicilina; reglamos en parte su utilización con el control cistoscópico hasta obtener la total curación de la superficie granulomatosa, debiendo prolongar a veces hasta un mes, y con dosis elevadas, la administración de penicilina.

En el post-operatorio, cuando persisten las molestias prolongamos la administración de la penicilina durante largo tiempo; afortunadamente, en los últimos años, no tropezamos con este inconveniente, que en una época llegó a alarmarnos extraordinariamente, cuando prescribíamos la sulfamida oral.

Es indiscutible que el empleo de la solución "G" justifica ampliamente el éxito de su utilización.

Dr. Márquez. — Agradezco la contribución del doctor Schiappapietra. En el enfermo en que administramos arsenicales endovenosos, no tuvimos ninguna mejoría, lo que nos obligó a recurrir a medios más violentos, como ser la resección endoscópica.

Hemos intentado hacer los tratamientos de estos enfermos en forma de no intervenir quirúrgicamente en el post-operatorio, de solucionar su problema por medio de los antibióticos y hemos tenido que llegar a lo que expresó el doctor García, que prolongar en algunos casos, durante mucho tiempo, el tratamiento con sulfamidas o con penicilina para mantener las orinas limpiadas y evitar las precipitaciones calcáreas. Nunca colocamos sulfamida en la "loge" prostática. Usamos el balón de Folley, que nos da una compresión y que nos presenta el riesgo de hacer precipitaciones de sales extrañas.
