

Hosp. Alvear. Serv. de Urología. Sala VI.
Jefe: Prof. Adj. Dr. Armando Trabucco.

INCONTINENCIA DE ORINA POR TRAUMATISMO PARTO. SU CORRECCION

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y EVARISTO B. BOTTINI (h)

Un traumatismo de parto trajo como consecuencia lesiones de vagina y fenómenos de incontinencia vesical. Dado su largo curso originó una serie de incidencias que creemos interesante poner a la consideración de ustedes.

ANTECEDENTES DEL CASO

Se trata de una mujer soltera de 52 años. A los 32 años, es decir, hace 20 años, tuvo un embarazo cuya evolución fué normal, pero el parto se produjo en condiciones anormales, dada la resistencia perineal por ser una primeriza añosa y la falta de encaje cefálico con el consiguiente sufrimiento fetal que obligó a una extracción por forceps, produciéndose un desgarró de uretra que llegaba a interesar el cuello vesical. Se le colocó sonda permanente y al ser retirada 10 días después, se constata la existencia de una fistula vesicouretróvaginal. Esta paciente, seguramente por razones de orden moral, permanece durante 17 años con una incontinencia total de sus orinas, y es entonces que decide, a raíz de una situación bastante penosa, por cuanto se había producido un intenso eczema que tomaba toda la región vulvar, pliegues inguinales y cara interna de ambos muslos, con impetiginización y ulceraciones, decide como dijimos, hacerse tratar.

El examen ginecológico efectuado bajo anestesia general por la reacción dolorosa al menor intento de exploración vaginal, comprobó modificación en la cavidad vaginal, la que se hallaba llena de incrustaciones fosfáticas, exulceraciones, gran edema, sin poder reconocer el orificio de la uretra, llegando a percibir en la porción más alta de la cara posterior vaginal, un orificio posiblemente correspondiente al cuello del útero. Los fondos de saco desaparecidos; existiendo una verdadera inextensibilidad de la pared vaginal, la cual daba la sensación de acartonada. A raíz de este examen los ginecólogos que la asistieron pensaron en la posible existencia de una cloaca vesicovaginal dado el gran tiempo transcurrido y la falta de reconocimiento del orificio uretral.

Se le efectuaron unos exámenes radiográficos los cuales, por la situación de obesidad de la enferma y cantidad de gases, no llegaron a demostrar una imagen vesical que aclarara el problema y ante la imposibilidad de efectuar una cistografía y el estado penoso de la enferma, se decidió efectuar una derivación intestinal comenzando por el lado izquierdo, implantación que prendió bien. En el postoperatorio la enferma advierte tener en algunos momentos la sensación de deseos de micción y en estas circunstancias se pide la consulta de uno de nosotros.

Como primera medida decidimos, dado el estado de esa vagina, tratarla con una irrigación G haciéndole además pe nicilina. Al mes de este tratamiento el estado general de la enferma mejoró notablemente y un mes después bajo anestesia general se hace una exploración vaginal la cual demuestra una mucosa vaginal fuertemente infiltrada, pálida, poco extensible y que permite el paso de un espéculun de 2 cms. de ancho. En el fondo de esta cavidad vaginal se logran ver dos orificios: uno situado bajo permite la introducción de un histerómetro que progresa 7 cms. y otro orificio situado por encima, permite el paso de una sonda N^o 18, la que introducida apenas un cm. logró evacuar orina de aspecto límpido. En esas circunstancias prac-

ticamos una cistoscopia que demostró una vejiga de aspecto perfectamente normal, con orificios de aspecto y forma normal, el trigono algo rechazado hacia arriba y en que la inyección de índigo carmín aparecía a los 4' del lado derecho no observándose ningún eyaculado del lado izquierdo, (correspondiente a la derivación intestinal de su ureter).

Correspondía pues, tratar la incontinencia de esta mujer que de acuerdo al examen realizado la uretra había desaparecido totalmente por acción de la fistula y el proceso inflamatorio crónico vaginal.

Como es natural se plantearon distintos temperamentos a seguir: 1º Efectuar un Coffey del lado opuesto, que no creímos oportuno, por cuanto en estas circunstancias quedaba aclarada la existencia de una vejiga en condiciones normales. 2º El reforzamiento del cuello vesical con alguna plicatura, que desechamos, primero por la cortedad del mismo cuello y por la inflamación de la mucosa vaginal, y por íntima adherencial al útero. 3º Efectuar una recons-

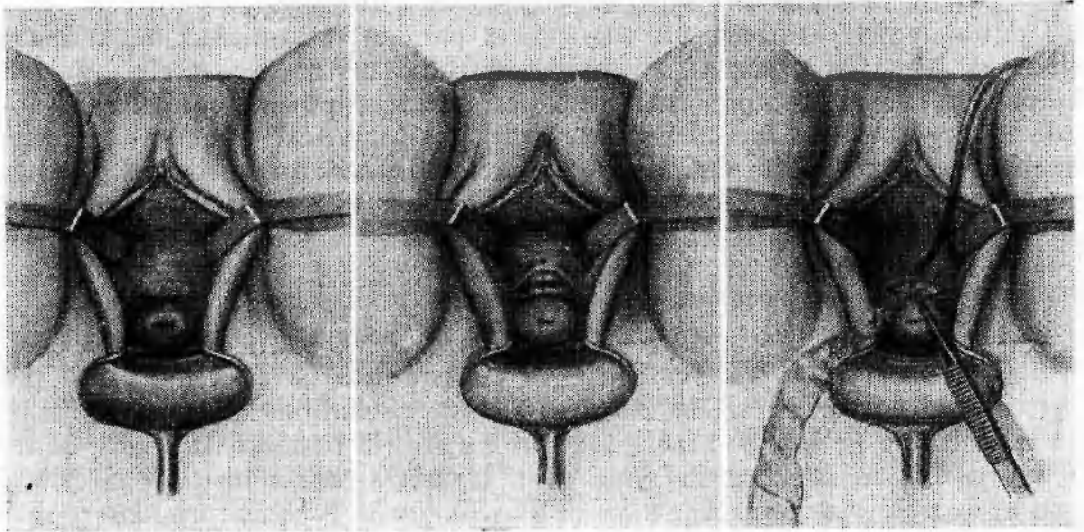


Figura 1

Figura 2

Figura 3

trucción de la uretra, menos aún puesto que ésto sería siempre secundario a una intervención sobre el cuello que asegurase la continencia.

Decidimos entonces empezar por aislar el cuello vesical del cuello del útero pensando en que la incontinencia se hubiera producido en esta enferma, no solamente por la falta de uretra y por lo tanto desaparición del musculo estriado volitivo, sino que, además la esclerosis vaginal consecutiva unía en un solo block al cuello vesical y al cuello del útero. En estas circunstancias es comprensible que el musculo del cuello dada su situación de fijeza con el cuello uterino, no podía asegurar la continencia vesical por la dificultad de contracción. Es por eso que nosotros pensamos en separar el cuello vesical del cuello uterino aislando de esta manera el musculo del cuello vesical para que éste pudiera actuar con absoluta independencia. Y como tiempo previo a una reconstrucción de uretra.

Operación: Es así pues que realizamos esta intervención bajo anestesia general, penthotal eter, efectuando una incisión vaginal de 5 cms. de longitud horizontal y equidistante del orificio del cuello vesical y del uterino. Esta incisión se profundiza y haciendo divulsión hasta el conocimiento del cuello vesical; la cavidad resultante se tapona con gasa sulfamidada y se deja; se coloca sonda permanente. El postoperatorio fué normal comenzando a retirarla al 5º día; al 7º día se retira la sonda vesical y es dada de alta a los 10 días de la intervención. 15 días después concurre al consultorio manifestándonos que efectuaba sus micciones con perfecta sensación de deseo y con periodos de 2 a 3 horas. Un examen vaginal permitió comprobar el distanciamiento de ambos orificios y la formación de un tejido de granulación en la cavidad lograda por acción del taponaje.

COMENTARIOS

Evidentemente un caso poco común y complicado que llega a un feliz resultado por cuanto nuestra terapéutica se dirigió teniendo en cuenta que parte del mecanismo fisiológico miccional estaba alterado. Evidentemente el labio posterior del cuello englobando en una atmósfera fibrosa común con el útero, impedía por un lado la acción tónica permanente del músculo destructor y por lo tanto la continencia de orina. El hecho de haber liberado el labio posterior del cuello y la circunstancia de la continencia vesical inmediata que acusó la enferma no son más que hechos que confirmaron la decisión de nuestro tratamiento teniendo en cuenta únicamente el mecanismo fisiológico de la micción.

Esto sugiere también un comentario para el tratamiento de la incontinencia de orina en la mujer, ya sea por fístulas, uretro o cistocele, que deberá tenerse en cuenta siempre cualquiera sea el procedimiento quirúrgico adoptado a asegurarse de la independencia del cuello vesical y útero, los que en muchas ocasiones, por vecindad y procesos inflamatorios que se observan ya sea en vejiga, vagina o útero hacen posible estas sinequias, que resulta de no ser tenidas en cuenta causa de fracaso en las intervenciones realizadas de esta naturaleza.

DISCUSIÓN

Dr. Bernardi. — Es evidente, que en este caso, se ha tenido una suerte extraordinaria, porque se ha resuelto con un procedimiento muy sencillo el grave problema de la incontinencia en la mujer. Ha bastado para ello, la separación del hocico de tenca, del útero y de la uretra para solucionar la cuestión. Esto es parecido al procedimiento de Barthus, que practica una interposición de los músculos cavernosos. Es una solución feliz, ya que conocemos las consecuencias de la incontinencia.

En un caso internado en nuestro Servicio, operado en dos ocasiones por distinguidos cirujanos, por vía baja, hemos debido recurrir al procedimiento de Goebel Steckel(?), pero sin perforar la vejiga. Esperamos ver los resultados.

Dr. Sandro. — En cualquier forma, es muy interesante el resultado de esta operación. Antes de elegir otro tipo de cirugía en esta afección, sería conveniente que primeramente hiciéramos ésta, ya que es más simple.

Este procedimiento conduce a un tipo de operación de mayor simpleza que la que efectuamos actualmente. Es algo digno de considerarse y de ser tenido en cuenta.

Dr. Bottini. — El procedimiento de Barthut, que hace referencia el Dr. Bernardi, como así cualquiera otra técnica parecida, no es aplicable al caso relatado por nosotros debido a la no existencia de uretra, la que quedó reducida a 1 cm., es decir casi el espesor del cuello vesical.

De manera que la interposición de los músculos bulbares que reemplazan el músculo estriado volitivo, no era posible siendo nuestra única esperanza la separación del músculo propio del cuello de la atmósfera uterina.

Agradezco al Dr. Sandro sus palabras con respecto al éxito de nuestro caso.