

RELATO.

RETENCION DE ORINA

*Dr. FERNANDO LUCAS GAFFREE **

La retención de orina es un cuadro clínico provocado por la imposibilidad de vaciar total o parcialmente la vejiga.

El almacenamiento de la orina dentro de la vejiga es una característica de la normalidad fisiológica del hombre, que se realiza gracias a las condiciones anatómicas del órgano que se va llenando hasta una determinada cantidad, variable para las distintas épocas y para las distintas circunstancias de la vida y que luego se vacía por medio del acto miccional en forma completa y total.

Normalmente la micción se realiza en el hombre cada tres o cuatro horas durante el día y no se efectúa durante la noche. Es sin embargo frecuente que el hombre, por encima de los 50 años, vacíe su vejiga una vez por la noche sin que este hecho constituya un hecho patológico. En la mujer esas circunstancias son, en cambio, menos frecuentes. Las diversas modificaciones de ese ritmo y carácter del vaciado vesical constituyen los diferentes capítulos que en los tratados de urología se estudian como perturbaciones miccionales.

La imposibilidad de vaciar total o parcialmente la vejiga constituye uno de esos capítulos y es el que da lugar al síndrome clínico de la retención de orina.

Para el comprender correcto de la retención de orina y para que el tratamiento se base en conceptos adecuados, es indispensable conocer cómo es el mecanismo normal de contención y de evacuación mecánica de la vejiga y cuáles son los elementos neurológicos que rigen la micción.

Naturalmente que no vamos en este relato a repetir los conceptos que sobre uno y otro capítulo se pueden encontrar dis-

* Jefe del Servicio de Urología del Hospital Regional del Norte (Salto).

cutidos en las monografías y en los tratados de urología, sino que resumiremos de una manera simple los elementos fundamentales de los conocimientos actuales, que son indispensables para poder comprender y tratar este cuadro urológico.

EXPLICACION MECANICA DE LA CONTENCIÓN Y DEL VACIADO VESICAL

La orina que llega a la vejiga con cada una de las eyaculaciones ureterales, se almacena en ella hasta una cantidad determinada que provoca una presión también determinada, variable para las circunstancias de normalidad o de anormalidad de la mucosa vesical, para vaciarse entonces por la contracción del músculo vesical. La vejiga, por sus características especiales de constitución, permite almacenar cantidades apreciables de orina en su interior sin que el músculo vesical se contraiga y sin que se produzcan molestias ni trastornos. Cuando la micción se produce, la contracción del músculo vesical provoca simultáneamente, por mecanismos todavía discutidos y de acuerdo a formaciones musculares de discutida anatomía en el cuello de la vejiga, la abertura de ese cuello vesical y de la uretra posterior situada por encima del esfínter estriado de la uretra. Y decimos uretra posterior y no esfínter liso, porque es ella, la uretra posterior, la que contraída tónicamente también por su constitución especial, la que mantiene la orina dentro de la vejiga, como lo demuestran los estudios actuales de cinematografía de la micción realizados fundamentalmente por la escuela inglesa (1) y lo que está también de acuerdo con el hecho de que después de la prostatectomía, que destruye groseramente las formaciones lisas del cuello vesical, la orina no salga continuamente gota a gota al exterior, como tendría que suceder si se aceptara que sólo el esfínter liso fuera el encargado del mantenimiento de la orina dentro de la cavidad vesical. En el Congreso Francés de Urología (2) de 1955, estos conceptos fueron precisamente establecidos. La contracción vesical vence pues la resistencia uretral y la micción se realiza.

Si el canal no está libre, por obstáculos que pueden alojarse en su interior, en su pared o sin que existan modificaciones pa-

rietales intrínsecas, la luz uretral está comprimida y modificada por procesos extrínsecos o si el músculo por causas variadas carece de la energía suficiente para vencer las resistencias ofrecidas por el canal y sus envolturas, una retención de orina es la consecuencia.

La retención de orina puede ser completa si toda la orina es mantenida en la vejiga y es incompleta si la actividad del músculo puede vencer en parte las resistencias uretrales, pero no tiene la energía suficiente como para lograr la evacuación total del reservorio.

Todo el capítulo de la retención de orina encuentra su explicación en la existencia de un desequilibrio entre la fuerza ofrecida por la vejiga para evacuarse y las resistencias a ese vaciado que le oponen el canal de salida y el mecanismo de contención de la orina dentro de la vejiga.

De acuerdo a esa noción surge la necesidad de estudiar cuáles son los factores capaces de influenciar, disminuyéndola, la energía vesical, y cuáles son los factores capaces de influenciar, aumentándolas, las resistencias uretrales.

De esa manera de encarar el problema surgen dos grupos fundamentales de causas de las retenciones de orina; las que resultan de la disminución de la fuerza vesical y las que resultan del aumento de las resistencias uretrales.

Existen, como es lógico, cuadros clínicos en los que intervienen ambos factores, produciéndose retenciones que no tendrían lugar si una sola de las causas estuviera en juego. Citarémos como ejemplos: las retenciones parciales de orina que resultan de la exéresis del recto, mucho más frecuentes en el hombre que en la mujer, donde las resistencias uretrales son menores que en las del hombre, generalmente aumentadas por los obstáculos prostáticos totalmente compensados hasta la realización de la mencionada exéresis quirúrgica y el caso de las vejigas neurógenas de tipo atónico que se descompensan por pequeños obstáculos uretrales o prostáticos. Ambas causas pueden ser de carácter transitorio o de carácter permanente, debiendo establecerse que, cuando la causa es transitoria, se produce una retención de orina de tipo agudo, produciéndose una retención crónica cuando la causa es permanente.

Es claro que aquí también, una causa transitoria como puede ser una congestión prostática, un traumatismo instrumental o una infección de la glándula en una hipertrofia prostática (causa permanente), puede provocar una retención que es una retención esencialmente aguda, pero que se hace luego definitiva por la existencia concomitante de un factor permanente hasta ese momento compensado.

Existen también situaciones en que la misma causa transitoria que motiva la retención, es capaz de provocar agresiones (que a veces pueden ser producidas por la instrumentación necesaria para solucionar el cuadro agudo) que transforman la retención transitoria en una retención permanente, tal es, por ejemplo, el caso de una retención aguda por shock medular en una operación sobre la médula que provoca una retención completa con incontinencia por rebosamiento. Esa retención por causa transitoria provocó una distensión vesical con anoxia de la pared muscular que puede llegar a alterarse en su estructura y no constituir luego, a pesar del alivio de la distensión ulteriormente, un órgano funcionalmente capaz para el futuro.

EXPLICACION NEUROLOGICA DEL VACIADO VESICAL

Hemos dicho al principio que en un relato de este tipo es imposible describir íntegramente las bases de la fisiopatología miccional.

Recientemente, en el Congreso Internacional de Urología de Estocolmo, en junio de 1958, el estudio de la vejiga neurógena y de la micción desde el punto de vista neurológico y funcional fue uno de los temas oficiales. Se ocuparon allí del tema: Band, de Edinburgo (3); Nesbit y Lapidés, de Ann Arbor (4); Giertz y Franksson, de Estocolmo (5); Lockhart, de Montevideo (6); Mingazzini y Arduini, de Roma (7) y Luzes y Furtado, de Lisboa (8).

Nuestro compatriota, el Profesor Adjunto Dr. Jorge Lockhart, aportó al certamen conceptos personales sobre la fisiopatología miccional que creemos de interés, aun cuando algunas de sus premisas no pueden ser aceptadas sin reserva. En ese Congreso y en la publicación extraordinariamente completa de Bors, aparecida en "Urological Survey" (9), se puede encontrar

todo lo que se ha escrito sobre los distintos aspectos de la fisiología miccional y sobre los elementos neurológicos que la dirigen.

Por eso nos limitaremos a aceptar, para claridad de nuestra exposición, de acuerdo a los conceptos clásicos, que el músculo vesical liso se contrae cuando la vejiga se llena, por mecanismo reflejo, gracias a la integridad de un arco nervioso cuyo centro está situado en el cuerno lateral de la médula sacra a nivel de S2, S3 y S4, el que recibe los impulsos exteroceptivos (de dolor y temperatura) y los propioceptivos (que dan lugar a los deseos de orinar y a la sensación de plenitud vesical) por intermedio de las fibras parasimpáticas (está hoy demostrado que el segmento tóracolumbar o simpático del sistema nervioso autónomo no interviene prácticamente en el juego miccional). Este arco reflejo que constituye el llamado segmento de la neurona motora inferior es el que permite el acto miccional reflejo que se observa puro en el niño antes del año de edad y en ciertos parapléjicos por lesiones medulares altas que vacían como el niño su vejiga a intervalos variables, sin que la conciencia perciba los deseos de orinar, sin que pueda iniciar la micción y sin que pueda inhibirla.

El contralor voluntario de la micción se ejerce en el llamado segmento de la neurona motora superior o segmento supranuclear. Su intervención se produce cuando el niño llega a un año de edad aproximadamente y las sensaciones a punto de partida vesical ascienden desde el centro sacro a los centros superiores encargados de percibir los deseos de orinar como tales, de detener la micción si eso se desea, o de inhibir el acto miccional por intervención de los músculos voluntarios y por un mecanismo todavía impreciso.

Todo este complejo mecanismo, que será estudiado seguramente con detalles en el relato de las retenciones neurogénicas, debe ser acá mencionado para que el lector pueda por lo menos encontrar una explicación lógica a las retenciones debidas a las causas que disminuyen la fuerza vesical.

Debemos agregar todavía que el esfínter estriado de la uretra no interviene en el mecanismo normal de la micción más que en forma secundaria, ya que como sólo le cabe como actividad específica la propiedad de detener voluntariamente la micción por su contracción, cuando ésta debe ser postergada por breves segundos o ser detenida en forma brusca.

Queremos también aclarar que todos estos conceptos están hoy en discusión, fundamentalmente después de las experiencias de Lapidés y sus colaboradores (10), quienes sostienen que el músculo vesical liso está directamente controlado por los centros nerviosos y afirmando que sujetos normales, con los músculos estriados totalmente paralizados por la acción de drogas curarizantes, pueden orinar voluntariamente, detener la micción cuando lo desean y vaciar totalmente sus vejigas, lo que naturalmente obligará a modificar muchas de las bases fisiopatológicas que actualmente aceptamos para la explicación de los trastornos miccionales.

Por otra parte, intervienen todavía en el desarrollo integral del acto miccional factores psíquicos que sólo citamos por carecer de la preparación respectiva para encararlos sensatamente, pero de indiscutible existencia y capaces de plantear serios problemas que fundamentalmente se diagnosticarán por la falta de elementos neurológicos orgánicos y por la ausencia de toda causa urológica. La anormal influencia psíquica sobre la función vesical se demuestra por la existencia de las retenciones y las polaquiurias emocionales y por las inhibiciones psicógenas de observación diaria y corriente.

De acuerdo a lo dicho estudiaremos dos grupos de retenciones de orina, aquéllas debidas a la disminución de la fuerza expulsiva de la vejiga, que a su vez pueden deberse a factores neurológicos o a factores miógenos y las debidas a un aumento de las resistencias uretrales.

RETENCIONES DE ORINA PROVOCADAS POR DISMINUCION DE LA ENERGIA VESICAL

1) RETENCIONES DE CAUSA NEUROLOGICA

Las causas neurológicas de las retenciones de orina pueden, tener una diferente topografía y un diferente motivo.

Esos motivos y esas topografías serán estudiados con detalle en el relato sobre retenciones neurogénicas, pero nosotros debemos decir brevemente, para completar nuestra disertación, que ellas pueden localizarse:

a) *Sobre las raíces y los nervios periféricos*

Las grandes intervenciones abdominoperineales sobre el recto y el sigmoide y la cirugía de exéresis de la época actual provocan trastornos que merecen estudios especializados. Luzes y Furtado mencionan también en este grupo a las polineuritis diabéticas, alcohólicas o infecciosas.

b) *En la cola de caballo o en el cono terminal*

Estas tienen desde el punto de vista clínico la misma fisonomía que las retenciones provocadas por las causas del grupo anterior y, como se comprende, se caracterizan por una alteración del arco reflejo y una pérdida de la sensibilidad vesical que impide en general la contracción refleja del músculo.

A la alteración neurológica la acompañan los trastornos provocados por la distensión vesical y por la infección, que es su complicación casi habitual. En las etapas ulteriores la modificación de la estructura vesical provoca una disminución de la capacidad del órgano que llega a una incontinencia verdadera por falta de capacidad vesical. Antes de que se produzca la retracción vesical el residuo es importante y la retención tiene, desde el punto de vista clínico, las características de una retención incompleta. En estos casos la retención de orina es constante aun en las vejigas que tienden al automatismo. Pueden ser provocadas por causas congénitas, como la espina bífida o la agenesia del sacro y a causas adquiridas.

Entre éstas citaremos las compresiones extrínsecas de la médula o sus raíces, como en el mal de Pott o en la equinococosis vertebral y las lesiones traumáticas; las lesiones intrínsecas de la médula terminal, como los tumores y las infecciones, mielitis diversas y poliomielitis, que se inician frecuentemente con una retención de orina generalmente de carácter temporario.

c) *Sobre la neurona motora superior*

Dicen Luzes y Furtado que el complejo sistema reflejo que controla la retención de orina y su evacuación está a su vez bajo contralor superior. Debe añadirse que en este segmento medu-

lar supranuclear sólo se considerarán las lesiones situadas a nivel de la médula dorsal o cervical, ya que el segmento lumbar mismo superior implica siempre un compromiso de los elementos nucleares a los cuales está confiada la reflektividad vesical, así como deberá precisarse si la lesión es una lesión total o parcial de la médula. No entramos en la diferenciación de los tipos que serán estudiados en el relato de las vejigas neurogénicas, pero debemos establecer como concepto, que en el caso de las lesiones medulares altas, la perturbación miccional es de menor jerarquía que las que tienen como centro la mécula baja, donde la recuperación funcional es más difícil de producirse por varias razones.

d) A nivel de los centros superiores

En estos casos la perturbación es un trastorno pasajero que se parece en su forma al que acompaña a las agresiones medulares agudas que dan lugar al cuadro de shock medular. En todas estas situaciones la vejiga se paraliza transitoriamente, pero es capaz de recuperarse luego si las complicaciones infecciosas son combatidas y si la distensión vesical no se deja permanecer hasta que altere las características normales del músculo vesical.

e) Causas psíquicas de las retenciones de orina

Las retenciones de orina pueden encontrarse en las psicosis o en el grupo de los procesos psicósomáticos, que naturalmente salen de la esfera de este relato, y que se caracterizan en su producción por mecanismos diferentes a los expuestos más arriba.

2) RETENCIONES DE CAUSA MUSCULAR

Entre las causas musculares de la retención de orina deben mencionarse en primer lugar aquéllas que alteran el músculo vesical por factores funcionales de este músculo, que pueden luego llegar a constituir verdaderas alteraciones orgánicas del mismo. Es lo que sucede con las distensiones vesicales que se pro-

ducen en el curso de una anestesia prolongada sin haber vaciado previamente la vejiga o en el caso de la embriaguez o en el caso de sueños artificiales de orden diverso.

En esas situaciones el músculo vesical es distendido y una anoxia del mismo tiene lugar, lo que dificulta luego su actividad normal y por lo tanto su contracción eficaz. Si la distensión vesical es corregida y el músculo prontamente es colocado en situaciones de normalidad de irrigación, recuperará sus funciones y la retención de orina desaparecerá; pero si la distensión se mantiene y la vejiga permanece totalmente llena, una modificación de la estructura normal del músculo con fibrosis tendrá lugar y como consecuencia de la misma una perturbación definitiva de carácter orgánico se producirá.

En los casos en que un proceso infeccioso pelvipерineal se desarrolla, el músculo liso debajo de la serosa inflamada se paraliza y se constituye de ese modo un cuadro de retención de orina de causa miógena secundaria a un proceso infeccioso peritoneal. Mejorada la causa, el músculo recuperará su función y la retención desaparecerá.

En las retenciones de orina de causa mecánica, en que la distensión vesical se produce, una participación miógena interviene también. la que se deberá tener en cuenta antes de formular un pronóstico del todo favorable, si sólo se tiene en cuenta al factor obstructivo que puede ser suprimido.

Otras causas musculares de retenciones de orina

Lockhart ha insistido, de acuerdo a la opinión de Muellner, en la participación miccional de la pared abdominal, del diafragma y del piso pélvico. En los diversos procesos en que esas estructuras pueden verse modificadas, una retención de orina de causa miógena ahora distinta y de músculo estriado puede tener lugar.

Debemos todavía, al hablar de las causas musculares de retención de orina mencionar al espasmo del esfínter estriado. Esta, siendo una causa muscular, debería figurar en el capítulo de las retenciones por aumento de las resistencias uretrales, ya que la contractura de este anillo muscular esfinteriano cierra el

canal e impide la evacuación vesical. El espasmo del esfínter estriado de la uretra se produce en las intervenciones que irritan el pudendo o en los procesos inflamatorios o congestivos de las regiones en que dicho nervio se distribuye (crisis hemorroidales, fisuras de ano, celulitis perineales, etc.).

*Retenciones de orina
por aumento de las resistencias uretrales*

Las causas que aumentan la resistencia uretral y capaces de provocar una retención de orina pueden estar situadas desde el cuello vesical hasta el meato uretral y aún hasta más allá del meato, como sucede en los casos de fimosis obstructivas.

El cuello vesical se ve alterado por procesos congénitos, como la esclerosis congénita del cuello vesical, cuya verdadera naturaleza será estudiada en el relato de las retenciones de orina del niño.

El cuello vesical, en otros casos, está modificado por procesos inflamatorios de vecindad, agudos o crónicos, como sucede en las próstatovesiculitis, en la litiasis prostática, en la estrechez uretral complicada de infección y en gran número de procesos canaliculares con repercusión variable sobre el cuello de la vejiga.

En la uretra posterior existen también obstáculos congénitos, como son las valvas de la uretra posterior, de rara observación, pero de indiscutible realidad.

Es clásico decir que en la uretra posterior no existen estenosis de tipo cicatricial inflamatorio, a pesar de lo cual en algunas situaciones se observan uretras posteriores esclerosas, capaces de dar lugar a retenciones de orina.

Estas retenciones se han hecho frecuentes desde la utilización en amplia escala de la resección endoscópica de la próstata y son prácticamente constantes como consecuencia de las lesiones traumáticas de la uretra posterior.

En la uretra anterior la estrechez uretral es la lesión fundamental que provoca retenciones de orina. Ella es casi siempre debida a una infección uretral anterior tratada durante mucho tiempo y en casos menos frecuentes a traumatismos.

La estenosis congénita de la uretra anterior se observa también a veces. El meato estrecho o puntiforme y algunos tipos

de hipospadias con desembocadura anormal de la uretra. son también causa de retenciones de orina por aumento de las resistencias uretrales.

Causas tumorales.— Las causas tumorales que aumentan la resistencia uretral son fundamentalmente de topografía prostática y deben mencionarse el adenoma de la próstata y el cáncer de la glándula. Las retenciones agudas constituyen complicaciones de la enfermedad, siendo en cambio la retención crónica con vaciado incompleto de la vejiga la característica fundamental evolutiva de la enfermedad prostática. Como situaciones de excepción se debe citar los uréteroceles muy procidentes y tumores pediculados del trigono como a los tumores de la glándula de Cowper y los tumores primitivos del canal uretral. que siendo de observación rarísima pueden existir en algunos casos y dar lugar al cuadro de la retención de orina. Los neoplasmas del pene, obstruyendo mecánicamente el orificio de salida y el extremo distal de la uretra. son más frecuentemente causa de retención de orina.

Causas inflamatorias.— Entre las causas inflamatorias deben mencionarse las prostatitis agudas y los abscesos de la próstata, no siendo excepcionales las retenciones de orina provocadas por edema de la uretra o por edema del cuello vesical en los casos de uretritis posterior por infección a Neisser o edema por soluciones irritantes inyectadas en la uretra.

Causas litiasicas.— La litiasis prostática generalmente infectada puede provocar retenciones de orina y la litiasis uretral por impactación de un cálculo que cumple la última etapa de su travesía o cálculos diverticulares gigantes, sobre todo si existe concomitantemente una alteración del calibre uretral, puede igualmente dar lugar a retenciones de orina.

Lo mismo sucede con los cuerpos extraños, que son motivo frecuente de retenciones de orina, como sucede también con los coágulos en las diversas afecciones hemorrágicas del aparato urinario (papilomas, tumores vesicales, cistitis hematóricas, tumores renales, congestiones prostáticas en los adenomatosos, etc.).

Causas extra uretrales de la retención de orina.— En el hombre las infecciones periuretrales, las cowperitis, los traumatismos de la uretra con lesiones del canal o con hematomas periuretrales infectados o no; en la mujer deben mencionarse

algunos procesos ginecológicos: el quiste de ovario incluido, el hematocolpo y los divertículos de la uretra, complicados a menudo con litiasis. Queda por último mencionar el quiste hidático retrovesical que modificando la disposición arquitectónica del cuello vesical y del trigono provoca trastornos obstructivos bajos del tipo de la retención de orina y trastornos obstructivos altos con seria y grave repercusión sobre el funcionalismo renal.

SINTOMAS DE LA RETENCION DE ORINA

Desde el punto de vista de la sintomatología de las retenciones de orina, ellas se dividen en dos grupos que dan lugar a cuadros clínicos totalmente diferentes.

El primero, el de la retención aguda, y el segundo, el de la retención crónica.

RETENCION AGUDA

La retención aguda en una retención completa es aquélla en que el enfermo no puede emitir ni una pequeña cantidad de orina por la uretra.

Síntomas subjetivos.— En enfermo tiene deseos de orinar, pero no puede orinar. Como corresponde a todos los trastornos de evacuación, en órganos de musculatura lisa, esos deseos son paroxísticos y corresponden a cada uno de los paroxismos a contracciones vesicales. Los paroxismos, sin embargo, no permiten entre los mismos calmas absolutas y son además acompañados de dolores que se propagan al perineo y al canal anal. El estado general está profundamente alterado y se va alterando progresivamente mientras la evacuación vesical no se produce. El rostro es pálido y sudoroso, la taquicardia es un fenómeno que le acompaña corrientemente, aun cuando puede observarse bradicardia por estímulo vagal.

Fenómenos de irritación digestiva terminal acompañan a la imposibilidad de vaciar la vejiga. Es un cuadro desde el punto de vista subjetivo inconfundible que se acompaña de fenómenos objetivos caracterizados por la vejiga llena y distendida en la parte baja del abdomen que recibe el nombre de globo vesical. El globo vesical se caracteriza por una saliente, tensa y reniten-

te que puede percibirse mejor por la palpación bimanual cuando a la palpación hipogástrica se le acompaña con el tacto rectal. A la inspección existe una saliente en el bajo vientre que nace inmediatamente por encima del pubis y que se levanta entre éste y el ombligo. Es una tumefacción redondeada regular, extraordinariamente dolorosa a la palpación que provoca además deseos imperiosos de orinar. No es raro que este globo vesical pueda presentarse lateralizado hacia uno u otro lado, lo que permite confundirlo en algunas situaciones con una masa quística pelviabdominal.

El globo vesical forma cuerpo con el pubis, lo que diferencia esta tumefacción renitente de ciertas tumefacciones pelvianas las que colocando al enfermo en posición de Trendelenburg se separan del pubis y suben hacia el abdomen. A la percusión la tumoración es mate, existiendo una sonoridad intestinal que la rodea. El cuadro de la retención aguda de orina se acompaña en algunas excepcionales situaciones de la emisión de pequeñas cantidades de orina que salen por rebosamiento, lo que no permite conferirle al hecho la denominación de retención incompleta, que es un cuadro clínico esencialmente diferente.

RETENCION CRONICA

La retención crónica es, a diferencia de la retención aguda, un estado definitivo, con modificaciones definitivas del funcionamiento vesical que se ha ido adaptando a una situación especialísima y que sólo cesa cuando la causa puede ser suprimida. Se dice que la retención aguda es síntoma que complica numerosas afecciones, mientras que la retención crónica es un síndrome al que se suman un conjunto de síntomas urinarios y síntomas extraurinarios provocada por causas diversas.

Es clásico dividir la sintomatología clínica de la retención de orina en tres períodos: el de la retención crónica incompleta, sin distensión; el de la retención crónica incompleta con distensión, y el de la retención completa crónica. Estos períodos de la retención crónica de orina corresponden más que nada a la evolución de la hipertrofia de la próstata típica, pero pueden servir como esquema de lo que es la característica evolutiva de la alteración funcional crónica de la vejiga frente a un obstáculo.

La retención crónica incompleta, sin distensión. es un tipo de retención que tiene como carácter fundamental la evacuación incompleta de la vejiga con residuo y como síntoma específico la frecuencia mayor que lo normal en las micciones.

Es una retención puesto que el enfermo no vacía la vejiga y es incompleta porque el enfermo puede orinar.

Este tipo de perturbación se debe a que la energía vesical no es suficiente para vencer totalmente las resistencias uretrales y traduce, como se comprende, un estado funcional de fatiga muscular. Al cuadro urinario caracterizado por la frecuencia aumentada y por el residuo, le acompañan una serie de síntomas que varían con la afección causal, en el prostático la predominancia nocturna de la polaquiuria y los síntomas de congestión genital y renal (erecciones sin deseo y poliuria); en el estrechado uretral la frecuencia diurna y la dificultad para orinar, que también es diferente en el prostático y en el estrechado.

En el estrechado uretral la micción debe realizarse con esfuerzo durante todo el acto miccional, mientras que la dificultad para orinar del prostático se acentúa al iniciar la micción. La vejiga se encuentra congestionada por el vaciado vesical y esa congestión vesical se traduce por dolor al terminar la micción, o por lo menos por una sensación dolorosa, y es ella la causante, junto al vaciado vesical incompleto, de la frecuencia miccional aumentada.

Las modificaciones del chorro acompañan también, por lo general, a la retención crónica incompleta, sobre todo cuando ella es producida por una estrechez uretral. El neoplasma de la próstata provoca a veces este tipo de retención, pero se diferencia de la retención del prostático adenomatoso fundamentalmente por su evolución, totalmente bizarra e irregular, en lo que ha insistido Surraco (11).

Las diversas afecciones que provocan este tipo de retención agregan sus propios síntomas a los de la retención y naturalmente, el tacto rectal, el examen ginecológico y los diversos métodos de exploración de que hablaremos en el capítulo del diagnóstico son indispensables para completar el cuadro sintomatológico del paciente que no es sólo un retencionista sino un enfermo con una retención y una enfermedad que la produce.

La retención crónica incompleta evoluciona hacia la retención incompleta con distensión, a medida que el residuo aumenta hasta llegar a ocupar la totalidad de la vejiga. Es también indiscutible que en el curso evolutivo de la retención incompleta crónica pueden producirse accidentes de retención completa aguda que en nada modifican el carácter esencial y la fisiopatología de ese cuadro.

Retención crónica incompleta, con distensión — La retención crónica con distensión se diferencia fundamentalmente del cuadro anterior desde el punto de vista conceptual, porque el residuo llena totalmente el reservorio que por ese motivo altera su anatomía y su fisiología y desde el punto de vista clínico urinario por la existencia de un síntoma que es la incontinencia de orina por rebosamiento. Esta incontinencia es en general, al principio de la evolución, nocturna, y el enfermo se moja durante la noche con el sueño profundo. A medida que el tiempo progresa la incontinencia se va haciendo también diurna y el enfermo prácticamente no percibe los deseos de orinar, aun cuando existen todas las etapas intermedias que caracterizan la micción voluntaria posible, acompañada de la incontinencia por rebosamiento.

Desde el punto de vista clínico objetivo se comprueba la existencia de una tumoración hipogástrica con todos los caracteres de una vejiga llena, sobre los cuales no insistimos.

Debe señalarse que a esta sintomatología urinaria, caracterizada fundamentalmente por los síntomas de incontinencia y por el globo vesical, se agregan síntomas generales debidos aquí a la retención misma, que tienen una jerarquía fundamental y que son los que frecuentemente motivan la consulta del enfermo. Los trastornos digestivos caracterizados por anorexia, digestiones lentas y una pérdida absoluta del gusto, especialmente acentuado para las cosas que en otras épocas de la vida eran las que gustaban más al enfermo. Vómitos frecuentes, constipación y meteorismo, anemias que al principio son discretas, con hemoglobina especialmente baja, tinte especial de la piel que hace confundir a estos enfermos con neoplásicos y que cuando llegan al último estado constituyen el cuadro clínico tan característico de la llamada caquexia urinaria.

Lo importante de esta situación es que es una sintomatología que se va instalando lentamente, poco ruidosa, y en la cual

dos síntomas nuevos le asignan un significado de pronóstico especialmente sombrío: son la poliuria acentuada que traduce la insuficiencia renal y la somnolencia durante el día, acompañada frecuentemente de noches inquietas, con sueño que se desarrolla en malas condiciones generales, que tiene el significado de intoxicación nitrogenada ya no compensada con la poliuria.

El estado particular de la mucosa digestiva da lugar a una lengua de tipo especial, que se llama la lengua del urinario, caracterizada por una sequedad de la misma, rebelde a la hidratación por cualquier vía.

Creemos importante insistir sobre el carácter eminentemente lento de este tipo de retención, parcialmente reversible en algunas situaciones, pero que no es raro pueda llegar a la irreversibilidad total de la insuficiencia renal definitiva con todo su cuadro humoral. La urea alta, la baja densidad de la orina, el potasio elevado, los cloruros bajos, la disminución de las proteínas de la sangre y todos los síntomas que traducen una agresión protoplasmática severa por un cuadro agresivo tóxico de evolución lenta, pero inexorable. Este tipo de retención crónica incompleta con distensión, a menudo pasa inadvertido para el enfermo que va perdiendo con la evolución del cuadro su lucidez intelectual, pero que corrientemente es puesto de manifiesto por los familiares que notan una modificación apreciable del carácter y de todos los elementos que han constituido la personalidad del paciente.

El drenaje urinario detiene en algunos casos la evolución del proceso y hace recuperar al enfermo su estado general y la lucidez del espíritu. Naturalmente que este cuadro de retención puede deberse a causas diversas, pero es la última etapa del prostatismo adenomatoso, la causa más frecuente del mismo. Las otras causas urinarias que provocan este tipo de distensión en el hombre no son frecuentes en la clínica, pero en cambio en el niño los trastornos obstructivos capaces de provocarla, son frecuentes.

La distensión vesical acompañada de fenómenos altos tiene aquí una traducción especial, que se conoce con el nombre de nanismo renal y que constituye una entidad nosológica, sobre la cual no insistimos porque será motivo de estudio en la comunicación que trata las retenciones de orina crónicas del niño. Debemos, sin embargo, hacer notar que la agresión tóxica a las fun-

ciones vitales fundamentales en el niño, frecuentemente puede pasar también inadvertida y únicamente la sagacidad clínica de algunos pediatras, permite a veces pesquisarla en una etapa en la que las lesiones no son todavía definitivas y sin solución.

La retención crónica completa es el último estado de la retención urinaria crónica. Se caracteriza por la imposibilidad definitiva y permanente que tiene el enfermo para vaciar la vejiga. Es un cuadro al que en general no llega el distendido urinario, porque éste ha visto vencida la tonicidad de sus esfínteres por la retención lenta y progresiva, pero es en cambio la situación frecuente del retencionista crónico incompleto, sin distensión o con distensión discreta, y la del retencionista agudo que por un motivo accidental no puede ver reiniciado el acto miccional o es también el caso de las vejigas neurológicas o de las vejigas que por aumento de las resistencias uretrales están definitivamente agotadas y no pueden vencer más ninguna resistencia a causa de la pérdida de su tonicidad y de su fuerza.

Este caso es un cuadro que exige una solución definitiva suprimiendo la causa de la retención permanente o condenando a los enfermos a un drenaje vesical definitivo, por sonda uretral o por cistostomía.

CONSECUENCIAS DE LA RETENCION DE ORINA

En la retención aguda.— El cuadro agudo de la retención de orina no provoca en general trastornos de jerarquía. El dolor, en los enfermos vasculares puede desencadenar una obstrucción coronaria o un déficit circulatorio cerebral, pero esas complicaciones no deben considerarse como debidas al cuadro de la retención urinaria, sino que pueden ser provocadas también por cualquier dolor de distensión visceral.

Desde el punto de vista urinario es indiscutible que el estado de plenitud vesical exagerado inhibe la secreción renal, pero esta inhibición en los casos agudos no plantea por lo general problemas, ya que la inhibición cesa en cuanto la retención vesical desaparece. Son conocidas las experiencias que tienden a demostrar la repercusión sobre la secreción urinaria de los estados de vacuidad o de llenado de la vejiga.

En las retenciones crónicas.— Ya hemos visto que la retención crónica es un estado definitivo que, si bien se inicia por la vejiga, prontamente se complica con la participación de anomalías en los otros segmentos del aparato urinario y fundamentalmente en las vías urinarias superiores.

La retención de orina crónica, provoca en la vejiga hipertrofia de la capa muscular y luego lesiones de esclerosis que se traducen en el primer estadio por la vejiga trabecular y en el segundo por la vejiga cada vez más pequeña de contornos irregulares, por la existencia de celdas y de divertículos que podrán plantear luego dificultades para la solución definitiva del problema que no termina, cuando estas lesiones se han producido, con la simple supresión del obstáculo.

Es interesante señalar que el mismo tipo de lesiones se observa en la retención de orina crónica, provocada por aumento de la resistencia uretral, como en aquellas retenciones permanentes debidas a la disminución de la energía vesical de causa miógena o neurógena.

Dicen García, Casal y Rocchi (12), refiriéndose a la repercusión alta de las obstrucciones urinarias bajas, que la urografía de excreción constituye el procedimiento que permite como ninguno el estudio de esta repercusión.

Ellos, refiriéndose al problema, distinguen dos tipos fundamentales de alteraciones:

- a) Los trastornos de la evacuación.
- b) La existencia de lesiones anatómicas pieloureterales.

a) *Los trastornos de evacuación* son señalados por el retardo de la imagen inicial, por el relleno defectuoso y tardío de las cavidades pieloureterales y por el relleno progresivo del uréter desde arriba hacia abajo, en los urogramas obtenidos mucho tiempo después de la inyección del medio de contraste.

b) *Las lesiones anatómicas* se observan con mayor frecuencia al nivel del tercio inferior del uréter y la progresión de ellas se hacen desde abajo hacia arriba, al mismo tiempo que se van produciendo alteraciones funcionales renales que son debidas a la estasis y al aumento de la presión dentro de la luz canalicular. Debemos precisar, sin embargo, para que se tenga

noción de la complejidad de este problema en cuanto a su exacta interpretación, que Boemingahaus (13) considera que la dilatación del tercio inferior del uréter con integridad morfológica de los segmentos altos es una característica de los megauréteres congénitos primitivos, lo que los diferencia de las dilataciones ureterales secundarias a una estasis como es el caso de la retención de orina.

A la uroectasia le acompañan luego los trastornos circulatorios renales y la infección, que dan lugar a un cuadro final de pielonefritis crónica atrófica con cavidades dilatadas y parénquima reducido de evolución inexorable.

Los autores dividen las repercusiones altas mencionadas, de acuerdo a la urografía de excreción, en:

- 1º) Enfermos con retenciones y urogramas normales que caracterizan la falta de repercusión alta de la retención.
- 2º) Alteraciones ureterales, que traducen el esfuerzo de la musculatura ureteral para acomodarse a la nueva dinámica y dentro de las cuales pueden observarse:
 - a) Dilatación en el extremo inferior del uréter.
 - b) Alargamiento del uréter inferior.
 - c) Acodadura de la porción final dando la imagen en anzuelo de Krestschmer o la, en jota, de Oliveri.
- 3º) Ectasia ureteral bilateral sin compromiso de las cavidades parenquimatosas.
- 4º) Estasis total de toda la vía de excreción y de las cavidades altas. Imágenes en "boule" de Couvelaire.
- 5º) Exclusión funcional uni o bilateral, que cuando es unilateral adquiere, para Couvelaire, un significado de diagnóstico especial.

PATOGENIA DE LA REPERCUSION ALTA EN LAS RETENCIONES CRONICAS DE ORINA

Es concepto aceptado por la mayor parte de los investigadores que el aumento de presión dentro de la vejiga es el factor responsable del aumento de la presión dentro del uréter, causa

fundamental de la estasis, primero y de la dilatación, después. Este mecanismo es indiscutible y su existencia se afirma en aquellos casos todavía reversibles en que el drenaje por vía suprapúbica o uretral de la vejiga provoca la desaparición de los elementos clínicos y humorales que de la estasis dependen y la mejoría urográfica de la dilatación. Sin embargo Zuckerkandl y Krauss, citados por García, etc., conceden importancia a la compresión y al alargamiento de la porción intramural del uréter por la hipertrofia, la esclerosis o la infiltración de la pared vesical, y Krischler y Hills, también citados por García, creen que el fascículo longitudinal del ureter que llega a la porción supramontanal de la uretra, al hipertrofiarse por la retención, reducirá su luz, creando así las condiciones necesarias para el desarrollo de los fenómenos de repercusión alta.

Debe señalarse también, de acuerdo a los mismos autores, que Tandler y Zuckerkandl, estudiando las retenciones provocadas por el adenoma prostático desarrollado en la porción pre y supraespermática de la próstata, sostienen que el tumor provoca una elevación del trígono con luxación hacia atrás del plano espermático constituido por las vesículas y el deferente, que traccionarían así del uréter, que iniciaría de ese modo su dilatación y que Fuchs piensa que en la génesis de la dilatación ureteral deben buscarse trastornos nerviosos provocados por la infección y por las alteraciones vesicales que explicarían las lesiones predominantes del segmento ureteral inferior que tiene análoga inervación a la vejiga.

Cuáles son de estos conceptos los que explican las perturbaciones funcionales primero y anatómicas después, del uréter, consecutivos a los trastornos de la evacuación vesical, no es posible precisarlo; pero parece lógico que existiendo mejorías no sólo funcionales sino también anatómicas del canal y de la pelvis con el simple drenaje vesical suprapúbico o uretral, es lógico pensar que el aumento de la presión vesical constituye un elemento de real preponderancia entre los máximos responsables, aun cuando deban aceptarse también como capaces de intervenir las lesiones de la musculatura vesical cuando ellas han llegado al grado de lesiones irreversibles capaces de comprimir la terminación del uréter.

Debemos agregar, todavía, que los estudios actuales de cinnerradiología de la micción, hechos posibles gracias a los amplificadores de imágenes, demuestran en los casos de retenciones crónicas de orina, que no existen contracciones vesicales y que, al contrario de lo que sucede en la micción normal, en que los músculos abdominales anteriores, el elevador del ano y el diafragma sólo se contraen para iniciar la micción en el caso de las retenciones, los músculos mencionados deben continuar contraídos para obtener aún así vaciados vesicales incompletos.

Una vez suprimido el obstáculo, la contracción vesical reaparece

Este mismo sistema de diagnóstico radiológico pone de manifiesto la producción, por obstáculo, de divertículos vesicales que se vacían o no junto con la vejiga y permite diferenciar nítidamente las dilataciones ureterales primitivas de las secundarias a retenciones de orina, observándose en estas últimas la falta de contracciones ureterales o contracciones ureterales de muy pequeña amplitud, así como también contracciones inversas que devuelven el bolo opacificado de orina hacia la pelvis renal. Muestra, además, el cine radiológico, que la dilatación ureteral de las obstrucciones cervicales se comportan desde el punto de vista de la dinámica, exactamente igual a aquellas dilataciones canaliculares de las vejigas neurogénicas congénitas.

DIAGNOSTICO DE LA RETENCION DE ORINA

El problema diagnóstico de la retención de orina se plantea en dos etapas:

Diagnóstico de retención.

Diagnóstico de la causa.

1º) DIAGNOSTICO DE LA RETENCION

El diagnóstico de la retención en los casos agudos no plantea, por lo general, dificultades. El cuadro clínico es claro y únicamente la cistitis, que puede acompañar a los tumores diversos del hipogastrio, pueden plantear dudas, porque existen al mismo tiempo tumor hipogástrico (no vesical) y síntomas dolorosos vesicales. Las pericistitis de causa séptica grave y los hematomas

del espacio prevesical que se acompañan de tumoración también y de dificultades miccionales pueden, en situaciones de excepción, dar lugar a confusiones que se aclaran con el cateterismo vesical, que pone de manifiesto persistencia de la tumoración con la vejiga vaciada.

Los neoplasmas extendidos de vejiga, especialmente los de topografía alta, también en raras situaciones pueden ofrecer dificultades de diagnóstico que son sin embargo fáciles de aclarar.

El problema de diagnóstico frente a las retenciones crónicas es diferente, fundamentalmente frente a las retenciones incompletas, ya que éstas pueden plantear dificultades diagnósticas con todos los sufrimientos vesicales de orden variado y en especial en aquellos casos en que la retención está infectada y el cuadro de la retención está disimulado por los síntomas de infección vesical.

En realidad el diagnóstico de la retención incompleta exige para su etiquetación segura el cateterismo vesical después de la micción, poniendo de manifiesto la existencia de un residuo. Es generalmente imposible, por los datos clínicos, llegar a un diagnóstico de retención incompleta sin el cateterismo y únicamente en aquellos enfermos delgados en que la palpación abdominal combinada al tacto rectal es muy complaciente, se puede sospechar clínicamente una retención incompleta.

En el caso de las retenciones crónicas con distensión el globo vesical plantea a veces dificultades de diagnóstico y no es raro confundirlo cuando está lateralizado en un tumor abdominal, así como también es posible que los síntomas generales de la alteración del estado general, de anemia o los trastornos digestivos, puedan permitir relacionar el tumor abdominal con una causa extraurinaria que no es en realidad la verdadera responsable.

En esos casos el tumor que forma cuerpo con el pubis y su desaparición con el cateterismo vesical hacen el diagnóstico.

En situaciones más raras, el diagnóstico de retención de orina se hace casualmente, con motivo de un estudio radiológico de abdomen efectuado con otro objeto que el estudio urológico y en la placa simple se ve en la zona de hipogastrio una ausencia completa de gases intestinales desplazados por la tumoración vesical.

En los casos de duda, para saber si la tumoración abdominal que se palpa es la vejiga, la colocación del enfermo en la posición de Trendelenburg, separa la tumoración del pubis cuando no es vejiga, aclara la situación.

En el hombre el diagnóstico más dificultoso de una retención con distensión es la que se plantea con el quiste hidático retrovesical que hace saliente en el hipogástrico y aunque el quiste hidático en la posición de Trendelenburg se separa algo del pubis, como los tumores pelviabdominales, únicamente el cateterismo vesical que no hace desaparecer la tumoración también lisa y renitente como la vejiga, hace el diagnóstico.

29) DIAGNOSTICO DE LA CAUSA DE LA RETENCION

Hecho el diagnóstico de la retención, interesa establecer la segunda etapa del diagnóstico que es la referente a la causa de la misma.

Surraco lo decía siempre en sus clases, y sigue repitiendo, que en ningún capítulo urológico el factor edad tiene una importancia mayor que en el caso de las retenciones de orina para sospechar la causa de la misma.

En el niño las retenciones de orina agudas son excepcionales y se deben a procesos dolorosos que impiden la micción por contractura y espasmo del esfínter estriado. Un meato estrecho ulcerado, una balanitis consecutiva a una fimosis y en casos excepcionales un cálculo enclavado o un cuerpo extraño introducido en la uretra puede motivarla.

El examen de los genitales y los datos de la historia hacen el diagnóstico, así como el cese de la retención cuando el niño se duerme y el espasmo del esfínter estriado también cesa.

En el caso de las retenciones crónicas el problema es mucho más complejo y adquiere en el niño una real jerarquía. Las retenciones crónicas del niño se deben a procesos variados de orden neurogénico o del cuello vesical congénito, capaces de plantear problemas de alto significado pronóstico, acompañados por lo general de síntomas en otras esferas que serán estudiadas en el tema referente al relato de las retenciones de orina en el niño y que por eso dejamos de lado aquí, pero que hacen el diagnóstico particularmente complejo y reservado.

En el viejo. Las causas de la retención son casi siempre las afecciones tumorales de la próstata, el adenoma o el cáncer, con síntomas propios de cada una y en cuyo estudio no podemos entrar, pero que requieren como exámenes fundamentales el tacto rectal, el estudio del periné, y como veremos luego, la exploración uretral.

En el adulto. En el hombre las causas de la retención del adulto son variadas y diversas. En el joven las complicaciones blenorragicas deben sospecharse y en el hombre maduro la estrechez uretral con su larga historia de uretritis a repetición y antecedentes neisserianos alejados constituyen por lo general los factores responsables, aunque deben también descartarse las causas litiásicas, traumáticas o hemorrágicas, capaces de obstruir el canal urinario de salida. En la mujer las retenciones de orina se vinculan por lo general a procesos ginecológicos que hacen de obligatoriedad el examen ginecológico completo. Debe establecerse categóricamente que antes de pensarse, para explicar una retención de orina en la mujer, en factores urinarios intrínsecos, deberán descartarse en forma terminante las anormalidades del aparato genital.

El modo de establecer el diagnóstico en todos los casos comienza por un examen clínico general que debe tener una especial orientación al segmento próstato-vésico-uretral del aparato urinario.

El examen de los genitales, el tacto rectal, el examen cuidadoso del meato uretral y de la uretra con sus envolturas, son imprescindibles.

Si la causa no es aparente el examen neurológico es el que debe seguir a las exploraciones clínicas urológicas y genitales, pero si nada aparece, el cateterismo como exploración, se impone.

Es clásico describir en los libros de urología los detalles de la técnica urológica de la exploración uretral con el explorador a bola de Guyón.

El médico general no recurre, sin embargo, por lo general, a esa exploración ya del dominio especializado y menos puede hacerlo el médico del interior frente a un cuadro que corrientemente necesita una solución rápida y urgente. Es conveniente utilizar entonces la sonda menos traumática, menos agresiva, menos riesgosa y generalmente más eficaz para la solución del pro-

blema, que es la sonda "bequille", ahora de fabricación plástica (que permite su esterilización y su ablandamiento por la ebullición) y que puede emplearse con sustancias de utilización corriente que son a la vez antisépticas y lubricantes (Espadol o Cetavión diluidos).

Cómo debe emplearse, cuándo y por qué, motivan comentarios que más que al capítulo del diagnóstico pertenecen al capítulo del tratamiento de la retención de orina, pero antes de referirnos a ese último capítulo de nuestro relato queremos anotar que frente a algunos cuadros de retención de orina pueden ser necesarios, además de los exámenes clínicos y urológicos mencionados, exploraciones más completas.

Es así que los procedimientos de laboratorio, ciertas exploraciones radiológicas especializadas, el estudio de la presión vesical por medio de la cistometría y del esfínter, por medio de la esfínterometría, la endoscopia y la electromiografía vesical son procedimientos a los que deberá recurrirse en algunos casos para llegar al diagnóstico preciso de la causa de la retención, pero a los cuales no podemos referirnos en un relato de orden general.

TRATAMIENTO DE LA RETENCION DE ORINA

El tratamiento de la retención de orina se plantea en dos situaciones:

- 1º) El tratamiento de la retención aguda.
- 2º) El tratamiento de la retención crónica.

1º) TRATAMIENTO DE LA RETENCION AGUDA

En el tratamiento de la retención aguda se trata la retención en sí, a diferencia de lo que sucede con la retención crónica, en que debe tratarse la causa de la retención, ya que en esta segunda situación nada se soluciona con el vaciado transitorio de una vejiga que se vacía incompletamente, ya esté ella parcial o totalmente ocupada.

El tratamiento de la retención aguda de orina se plantea en situaciones diversas.

a) *En el niño.*— En el niño retención aguda se debe a factores congestivos y espasmódicos que deben tratarse, pues son

ellos los que, agregados a causas orgánicas que a veces son de escaso significado, motivan la retención.

Los baños calientes, los sedantes y el esperar a que el niño se duerma, con lo que frecuentemente el espasmo cede, son las directivas que deben orientar la terapéutica.

Cuando un problema infeccioso provoca micciones dolorosas, los antibióticos de amplio espectro de acción deben agregarse, los que por otra parte deberán ser indicados en todos los casos en que debe recurrirse al cateterismo o a cualquier maniobra instrumental.

Si el cateterismo debe realizarse, se utilizarán sondas blandas o sondas del tipo "bequille" de material plástico, a las que se les haya hecho perder la rigidez por el calentamiento y del calibre adecuado al canal del niño.

Los cuerpos extraños o los cálculos enclavados en la uretra deben ser eliminados por uretrotomía externa, pero el vaciado previo de la vejiga puede ser necesario si el sondaje no puede ser realizado por el obstáculo mencionado, creemos que la solución ideal será la punción vesical hipogástrica, mientras las medidas para realizar la uretrotomía son tomadas con el tiempo, la precaución y las condiciones necesarias. No creemos que una talla deba plantearse como solución única y urgente, como se sostiene a menudo, ya que la punción hipogástrica con vaciado de la vejiga soluciona transitoriamente el problema de esta época en que los antibióticos le confieren a la maniobra riesgos pequeños y permite realizar luego la terapéutica correcta de la causa de la retención.

b) *En el adulto.*— Las retenciones agudas son también provocadas por la participación de factores congestivos y espasmódicos agregados a factores orgánicos obstructivos. Las mismas indicaciones que en el niño le caben desde el punto de vista general, pero existen algunas situaciones que por su frecuencia deben analizarse.

Las retenciones de las infecciones prostáticas o periuretrales, las retenciones de los estrechados uretrales y las retenciones de los traumatismos uretrales.

Las prostatitis agudas o los abscesos de la próstata ceden en general a los baños calientes, a los antibióticos, a la proteínoterapia no específica con producción de fiebre artificial, pero a veces deben ser solucionadas con el cateterismo. Este debe ser

efectuado además de la indicación de antibióticos no siendo conveniente dejar el catéter a permanencia. En los abscesos prostáticos o en las periuretritis colectadas o difusas, el drenaje transrectal o perineal de la colección debe realizarse, como deberá hacerse frente a todo proceso infeccioso que comprima el canal uretral. La supresión de la tensión que compromete la uretra deja por lo general que la micción se restablezca.

En el caso de la estrechez uretral el cateterismo es imprescindible y la introducción en la práctica de las sondas de Philips ha simplificado el problema. Es un axioma en urología que donde ha pasado la orina pasa la sonda, por lo cual la introducción de una filiforme es en general factible. Sin embargo, no siempre el problema es así y en la práctica, sobre todo lejos de los centros especializados donde el material de que se dispone no es satisfactorio, el problema puede ofrecer serias dificultades de solución.

Si la filiforme de Philips pasa con relativa facilidad se le agregará una sonda de calibre delgado N^o 8, que solucionará el cuadro y que deberá dejarse a permanencia hasta que el canal pueda ser calibrado lo suficientemente como para permitir una micción satisfactoria. Lógicamente los antibióticos serán de necesidad.

Si la filiforme no pasa, el problema es de mayor jerarquía y si las condiciones generales del enfermo son precarias, la cistostomía debe efectuarse.

Es sin embargo frecuente y en el interior eso puede suceder, como hemos dicho, por las condiciones particulares en que los llamados son efectuados y por no disponer del material apropiado, que la filiforme no pasa o que no se disponga de ella. Entonces el problema debe posponerse hasta colocarse en las condiciones de realizar correctamente el intento de pasar la filiforme. Creemos que aquí también la punción hipogástrica soluciona transitoriamente el problema con riesgos mínimos.

Si la filiforme pasa, ésta puede dejarse a permanencia y la orina se irá evacuando lentamente, gota a gota, entre la sonda y la pared uretral. Si la introducción de la filiforme no fue difícil, se le adaptará una sonda de Philips de mínimo calibre que se introducirá guiada por la filiforme y que se dejará a permanencia.

Las dilataciones uretrales y excepcionalmente la uretrotomía interna, se efectuarán luego para tratamiento de la causa

de la retención. En los traumatismos uretrales con retención, si existe hematoma perineal o fractura concomitante de la pelvis, la conducta más sensata es la cistostomía, debiendo en los casos de lesión uretral por encima del ligamento triangular aprovechar ese momento para la colocación de una sonda delgada desde el meato hasta la vejiga guiada por el dedo vesical. Sucede a veces que el catéter hace su aparición no dentro de la vejiga sino en el espacio prevesical a través de la efracción de la uretra. En ese caso la colocación de un conductor en el cuello vesical desde la vejiga hasta la citada efracción permite la introducción luego del catéter correctamente dentro de la vejiga.

c) *En el viejo.*— En el viejo el problema de la retención aguda se plantea por lo general como complicación de un cuadro de prostatismo y debe solucionarse con las sondas “bequilles”, que son las únicas capaces de evitar el obstáculo del cuello de la vejiga provocado por el tumor prostático. La sonda debe tener cierta rigidez, porque las sondas “bequilles” demasiado blandas a menudo traumatizan más la uretra posterior que una sonda semirrígida. Si el enfermo tiene una retención con una vejiga distendida, será conveniente vaciar lentamente la vejiga con cualquier dispositivo para evitar la llamada hematuria “ex vacuo”. Es nuestra costumbre colocar un intermediario de goma entre la sonda y el recipiente que recoge la orina y una pinza de Kocher que comprime el tubo permitiendo el vaciado periódico de 100 c.c. de orina cada 60 a 90 minutos, hasta lograr el vaciado total de la vejiga.

Si la sonda “bequille” no pasa, deberá aumentarse la rigidez de la sonda misma, lo que se consigue con el conductor curvo de Guyón que facilita el cateterismo a pesar de constituir una maniobra más agresiva.

Es frecuente que la retención de orina del prostático se complique, a consecuencia de maniobras instrumentales infructuosas o por el simple sondaje de una hemorragia vesical más o menos abundante que agrega a la retención el problema de los coágulos. En esas condiciones el lavado de la vejiga con suero caliente y aspiración de los coágulos deberá completar la maniobra del cateterismo. No debe olvidarse que en los casos en que la causa de la retención sea un neoplasma prostático, el obstáculo mecánico al cateterismo a veces es importante y el no estar en

condiciones de efectuarlo puede exigir transitoriamente la punción hipogástrica.

En todos los casos de retenciones agudas, y en especial en las retenciones agudas que tienen lugar en las afecciones neurológicas, el cateterismo es de necesidad, debiendo fundamentalmente evitar, como lo hemos dicho en el capítulo de la patogenia, la distensión vesical y la anoxia del músculo que crearán problemas ulteriores de gran significado.

Como la lesión neurológica generalmente no puede precisarse en el primer momento en su verdadera magnitud, la sonda uretral permanente es la solución ideal con vaciados periódicos de la vejiga de acuerdo a la diuresis. En los centros especializados la colocación de un drenaje en marea automático, para conservar las condiciones de funcionamiento vesical, constituye la solución más correcta.

En todos los demás casos de retenciones agudas el cateterismo periódico o la sonda permanente constituyen la indicación precisa.

2º) TRATAMIENTO DE LA RETENCION CRONICA

En la retención crónica debe tratarse, como lo hemos dicho, la causa de la retención y es imposible dictar normas precisas para solucionar todos los problemas. El tratamiento debe dirigirse a la afección causal y no constituye por eso el tratamiento de la retención de orina sino el tratamiento de la causa de la retención.

En el niño el problema es complejo y únicamente en los centros especializados los estudios ordenados y adecuados de los diferentes elementos que perturban la micción pueden plantear y orientar la terapéutica. En el adulto el tratamiento de la estrechez uretral indilatable hasta un calibre útil o elástica, que vuelve rápidamente al período estenosante, está en el momento actual en plena evolución. Ultimamente nos hemos decidido, ya sea por la uretrotomía externa o por la resección de la estenosis, si ésta es limitada, con movilización de la uretra y anastomosis cabo a cabo, de la cual tenemos ya varias observaciones con excelentes y definitivos resultados. Los autores suecos preconizan la técnica de convertir la estrechez uretral en una hipospadias, para luego solucionar el problema con las técnicas plásticas corrientes. No tenemos experiencia de este procedimiento, pero

sabemos que el Prof. Hughes, que lo realiza, está ampliamente satisfecho de sus resultados y lo considera el tratamiento ideal. En el hombre viejo prostático el tratamiento hormonal en el caso del neoplasma, completado a veces por resección endoscópica canalizadora y la cirugía en el caso del adenoma, constituyen las directivas fundamentales del tratamiento de la retención.

En las afecciones neurológicas el problema es complejo y será tratado con exactitud en el correlato correspondiente.

Queremos agregar, sin embargo, para terminar y a modo de resumen, que en todos los casos en las retenciones crónicas, cuando el residuo es pequeño, no exige maniobras de cateterismo que son más riesgosas que eficaces y cuando la distensión existe es imprescindible la supresión definitiva del obstáculo para restablecer el drenaje normal del aparato urinario.

Cuando la supresión del obstáculo no puede obtenerse será indispensable suprimir la estasis urinaria por drenaje uretral permanente o por cistostomía definitiva.

En la retención completa crónica, cuando la causa de la misma no puede eliminarse, también el drenaje uretral permanente o la cistostomía definitiva cumplen con la directiva de drenaje del aparato urinario en retención.

BIBLIOGRAFIA

1. EDWARDS, D.—“Brit. of Urol.”, 29: 410; 1957.
2. KÜSS, R. et MATHIEU, F.—“XLIX Cong. Franç. d'Urol.”, Paris, 1955.
3. BAND, D.—“XI Congres. de la Soc. Int. d'Urol.”, Stockholm, 1: 95; 1958.
4. NESBIT, R. y LAPIDES, J.—“XI Congres. de la Soc. Int. d'Urol.”, Stockholm, 1: 106; 1958.
5. GIERZY, L. y FRANKSSON, C.—“XI Congres. de la Soc. Int. d'Urol.”, Stockholm, 1: 117; 1958.
6. LOCKHART, J.—“XI Congres. de la Soc. Int. d'Urol.”, Stockholm, 1: 145; 1958.
7. MINGAZZINI, E. y ARDUINI, M. “XI Congres. de la Soc. Int. d'Urol.”, Stockholm, 1: 181; 1958.
8. LUZÉS, A. y FURTADO, D.—“XI Congres. de la Soc. Int. d'Urol.”, Stockholm, 1: 217; 1958.
9. BORS, E.—“Urological Surgery”, 17: 177; 1957.
10. LAPIDES, J.; SWEET, R. y LEWIS, L.—“J. of Urol.”, 77: 247; 1957.
11. SURRACO, L.—“El cáncer de la próstata”. El Siglo Ilustrado, 1930.
12. GARCIA, A.; CASAL, J. y ROCCIII, A.—“Rev. Arg. de Urol.”, 17: 409; 1948.
13. BOENINGHAUS.—“Urologia Internationalis”, 4: 157; 1957.