

CORRELATO.

RETENCION DE ORINA EN LA MUJER

Dr. HECTOR SCHENONE

La retención de orina en la mujer no tiene en clínica urológica la jerarquía ni la frecuencia del cuadro similar en el hombre. En éste la retención de orina, fundamentalmente de causa obstructiva, está en relación con procesos patológicos prostáticos o uretrales. En la mujer la independencia del aparato genital de la uretra hace que sólo en contados casos la patología de los órganos genitales pueda provocar retención de orina. La uretra de la mujer, por otra parte, tiene su equivalente embriológico en la uretra supramontanal del hombre y carece como ésta de la patología obstructiva por estrechez residual inflamatoria, tan frecuente en la uretra anterior del hombre. En lo que respecta a la retención de orina (R. de O.) por vejiga neurógena, es muchísimo más frecuente en el hombre que en la mujer, porque si bien los casos de vejiga neurógena, de etiología inflamatoria, degenerativa o tumoral del neuroeje, son más o menos iguales en ambos casos, por lo contrario el número de casos en relación con la patología traumática de la columna y por heridas del neuroeje es muchísimo más frecuente en el hombre que en la mujer, en relación con los accidentes de trabajo o con las heridas de guerra.

A su vez la mujer, en relación con su aparato genital y en forma variable según las edades, puede desarrollar una patología vesical propia y exclusiva de su sexo. Ejemplo de ello son las retenciones de orina por mioma uterino cervical o corporal, por útero grávido en retroversión, por hematocolpos en la imperforación himeneal.

Las afecciones urológicas puras que en la mujer pueden dar R. de O. son fundamentalmente de origen cervical y canalicular. Constituyen una patología que tiene su similar en el hombre, aunque los factores etiopatogénicos son a veces distintos.

La incidencia incluso en los casos urológicos puros es mucho menor en la mujer que en el hombre y es por eso que en general no son de la práctica corriente. Al urólogo corresponde el tratamiento integral de estos casos. La R. de O. en relación con afecciones ginecológicas u obstétricas son de observación también poco frecuente y deben resolverse con la colaboración del especialista respectivo. Constituyen un síndrome asociado a un proceso pelviano patológico que debe ser tratado una vez que la retención ha sido superada. Al urólogo le corresponde el tratamiento sintomático de la retención de orina y al ginecólogo u obstetra el tratamiento etiológico propiamente dicho.

CONCEPTOS ANATOMICOS

Me voy a referir a elementos de relieve en relación con el tema que tratamos. Estudiaremos:

- 1º) Las relaciones de la base de la vejiga y de la cara posterior de la uretra.
- 2º) Unión uretrovesical.
- 3º) Medios de fijación de la vejiga y de la uretra.
- 4º) Constitución anatómica del esfínter del cuello vesical.

1º) RELACIONES DE LA BASE DE LA VEJIGA Y DE LA CARA POSTERIOR DE LA URETRA

La base de la vejiga se extiende desde el cuello vesical hasta el fondo de saco peritoneal vésicouterino donde se continúa con la cara posterior del órgano. La base está en relación, de arriba abajo, con la cara anterior del cuello uterino y después con la pared anterior de la vagina. Del cuello del útero sale una lámina célulofibrosa denominada por algunos autores aponeurosis pubocervical o lámina supravaginal, que rodea la base de la vejiga y solidariza ambos órganos al pubis. Es una

condensación del tejido conjuntivo subperitoneal de origen vascular, formada por el arrastre que provocan las uterinas y por eso ha sido denominado alerón de las uterinas por Jaumandreu. Su inserción en la base de la vejiga marca el límite de la cara posterior con la base y el punto más bajo a que puede llegar el fondo de saco véscouterino. Esta zona de la base vesical es la que se prolapsa en los cistoceles y el límite superior de éstos, está dado por la hoja fibrosa citada. Esta misma hoja debe ser seccionada en el abordaje del fondo de saco véscouterino o de los ángulos pósterolaterales de la vejiga para descubrir el uréter por vía vaginal. Ya veremos más adelante la importancia del alerón de las uterinas en la patogenia de ciertos tipos de retención de orina.

La uretra se relaciona en toda su extensión con la vagina a nivel de su cara posterior. Adherida laxamente en su tercio superior, más abajo forma cuerpo con ella, constituyendo el tabique uretrovaginal. La menor adherencia de la parte superior de la uretra a la vagina está en relación con el libre juego de la micción normal.

29) UNION URETROVESICAL

En razón de la mayor inclinación de la pelvis femenina y de su mayor amplitud, la vejiga se dispone en la posición erecta casi en un plano horizontal, apoyando su cara anterior sobre la cara posterior de la sínfisis púbica; la uretra tiene una inclinación marcada de atrás a adelante y de arriba a abajo al par que cierta concavidad hacia adelante. Resulta así una marcada angulación uretrovesical que produce un efecto de válvula a nivel del cuello vesical. Como lo han demostrado Muellner y Fleischner, con estudios fluoroscópicos de la micción normal y patológica, es precisamente el hecho de encontrarse lo más alto posible el cuello vesical y la uretra inicial el principal hecho de mecanismo de cierre normal. Por lo contrario la eliminación del efecto de válvula por el descenso de la base vesical y de la uretra es imprescindible para el comienzo de la micción. Este descenso se ve favorecido por la falta de adherencias firmes de la uretra a la vagina en el tercio superior de la vía escretora uretral, como lo destacamos anteriormente.

3º) MEDIOS DE FIJACION DE LA VEJIGA Y DE LA URETRA

Estos dos órganos forman una unidad anatómica. El peso de los mismos, especialmente con vejiga llena, y la contracción muscular de la pared abdominal anterior y del diafragma, tienden a hacerla descender. El principal medio de sustentación es: 1º) el diafragma pelviano constituido por el elevador hacia adelante y completado hacia atrás por los músculos isquiococcígeos y sus fascias de recubrimiento; y 2º) como complemento el diafragma urogenital, que situado por debajo del anterior completa el soporte pélvico.

La vejiga reposa así en la línea media sobre la pared abdominal anterior y cara posterior de sínfisis púbica y lateralmente contacta con los elevadores. La parte fija corresponde al cuello y segmento inicial de uretra, ligados al pubis por los ligamentos pubovesicales. La uretra, excepto en su parte superior pared posterior, adhiere íntimamente a la vagina y participa de sus medios de sustentación, en especial su adherencia al piso pelviano.

La importancia de la integridad del piso pelviano es fundamental para la micción normal y sus alteraciones pueden repercutir con opuestas consecuencias: retención o incontinencia de orina. Ya vimos, de acuerdo a los trabajos de Muellner y Fleischer, que para el cierre perfecto vesical y el ejercicio de la micción normal se necesitan un cuello vesical altamente situado y un descenso del mismo al comienzo de la micción. Cuando hay relajamiento del piso pelviano de diversas causas: traumáticas, postpartos, por atrofia muscular, etc., el descenso de la base vesical y de la uretra hace perder el mecanismo valvular citado anteriormente, siendo factor patogénico decisivo de la incontinencia de esfuerzo, como ha sido señalado por Hutchins y otros autores. La suspensión véscouretral suprapúbica, según técnica de Marshall y Marchetti, restaurando las condiciones anatómicas a la normalidad, corrige estos tipos de incontinencia, confirmando lo dicho anteriormente.

Pero si el descenso de la base vesical no es acompañado por descenso uretral, se producen en la parte alta o media de la uretra diversos tipos de acodamiento que pueden ser origen de diversas formas de retención completa o incompleta de orina.

4º) CONSTITUCION ANATOMICA DEL CUELLO VESICAL Y SUS ESFINTERES

La constitución anatómica del cuello vesical en la mujer es en casi todo similar al hombre, pero menos desarrollada, como lo es toda la musculatura vesical. La musculatura del cuello y de la uretra se continúan sin límite de demarcación constituyendo una unidad anatomofuncional.

Esquemáticamente, siguiendo a Gil Vernet en sus descripciones anatómicas, consideraremos el cuello vesical como la zona que comprende por arriba la mitad anterior del trigono y porciones adyacentes al orificio véscouretral y por abajo hasta la unión del tercio medio con el tercio superior del conducto uretral.

El cuello anatómico macroscópico tiene así la forma de un embudo. A este nivel se agrupan formaciones musculares que forman el sistema esfinteriano del cuello vesical y las fibras dilatadoras del mismo. El sistema esfinteriano comprende, en primer lugar, el esfínter interno circular y potente y en íntimo contacto con la mucosa. Por fuera de él, dos haces de refuerzo dependiendo de las fibras del detrusor: el asa de Heiss o asa del detrusor que contornea por delante y lateralmente de ambos lados el cuello vesical y el asa trigonal que ocupa el labio posterior del cuello y que al unirse a las partes laterales del asa de Heiss completa un anillo muscular que rodea el esfínter interno.

El asa trigonal de Gil Vernet corresponde en lineamiento general al músculo de Trabuco. La cara interna del esfínter es cruzada en sentido descendente por numerosos haces musculares dependientes del detrusor, denominados fibras véscocervicales, que van a terminar en la red fibroelástica periuretral. Estas fibras, al contraerse, abren el esfínter externo. Con idéntica función actúa el músculo trigonal constituido por pequeños haces de fibras musculares que van del corion mucoso del trigono al vértice de éste.

La parte inferior de la uretra tiene potentes haces musculares longitudinales que continúan hacia abajo las fibras véscocervicales.

Por fuera de la musculatura lisa cérvicouretral se dispone la estriada, que a la inversa del hombre, tiene forma circular o de raqueta en la uretra superior, donde rodea el esfínter liso en

su totalidad y de arco en la uretra inferior, abrazando la uretra por sus caras anterior y laterales, para insertarse a derecha y a izquierda sobre la pared vaginal.

La hipertrofia o hiperplasia simple de las fibras lisas del cuello vesical, con procesos sobreagregados de tipo inflamatorio, subagudo o crónico, es la responsable del mayor número de retenciones completas de orina en la mujer.

Relacionado con la anatomía cervical está el problema de las glándulas subtrigonales o periuretrales similares a las que existen en el hombre, señaladas por Jores y confirmadas posteriormente por Albarrán y que actualmente llevan su nombre. Folsom emitió la hipótesis de que la obstrucción urinaria en la mujer estaría en relación con la hiperplasia o inflamación de las glándulas uretrales, que consideraba homólogas de la próstata y que llamó próstata femenina. En realidad las glándulas pericervicales son rudimentarias y del mismo modo que en el hombre no tienen casi relación con la hipertrofia prostática, tampoco tienen valor en la patología obstructiva cérvicouretral femenina. Así lo señalan Gil Vernet y numerosos autores norteamericanos. Gil Vernet destaca que además de las glándulas pericervicales en la pared posterior de la uretra femenina, a nivel del tercio medio pueden encontrarse glándulas similares a las prostáticas y homólogas de la porción craneal de la misma en el hombre con textura histológica idéntica e incluso conteniendo cuerpos amiláceos. Son equivalentes en la mujer de la próstata masculina pero su papel en la obstrucción urinaria en la mujer es casi nulo.

CLASIFICACION DE LA RETENCION DE ORINA EN LA MUJER

El juego de la micción normal depende de un balance entre las fuerzas de contención y las de expulsión de la orina. Cuando predominan las de contención sobre las expulsivas resulta la imposibilidad total o parcial de vaciar la vejiga, es decir, la retención de orina. Se orina con la vejiga y no con la uretra, ha señalado Guyon, y la vejiga debe su función de reservorio y de evacuación al músculo vesical gobernado por el sistema nervioso. Por lo tanto la R. de O. en la mujer, igual que en el hombre,

podemos considerarla, como lo hace Hughes, según estén afectados los tres grandes sectores:

- 1º) Retención de orina de causa neurológica: orgánicas o funcionales.
- 2º) Retención de orina de causa vesical.
- 3º) Retención de orina canalicular o cérvicouretral: extrínsecas o intrínsecas.

En cualquiera de estos sectores puede asistirse a tipos de retención de orina agudos o crónicos, completos o incompletos, con o sin distensión, con o sin infección.

1º) RETENCION DE ORINA DE CAUSA NEUROLOGICA

Serán objeto de correlato del Dr. Arturo Durante.

Sin embargo debo referirme, por la importancia que tienen en la mujer, a las retenciones por lesiones funcionales del sistema nervioso.

La R. de O. por espasmo del componente muscular del piso pelviano y quizás del cuello vesical, es de observación frecuente en psicópatas con psicosis agudas con negativismo, esquizofrenia en estado catatónico, en melancólicas y en histéricas.

2º) RETENCION DE ORINA DE CAUSA VESICAL

La vejiga como órgano muscular puede ser factor de retención de orina. Distinguimos dos formas: retención completa aguda y retención crónica completa o incompleta.

La retención completa aguda de causa muscular es por parálisis aguda vesical, tal como se ve en los procesos pelviperitoneales agudos de diverso origen, procesos inflamatorios pelvianos, anexitis, parametritis, etc. La vejiga entra en retención por parálisis de la fibra muscular lisa, de acuerdo a la ley de Stokes y en forma similar al íleo reflejo.

La retención crónica de origen vesical puro por fatiga muscular se puede observar en ancianas con deficiente estado de nutrición y especialmente cuando deben estar confinadas al

lecho. En su patogenia convergen numerosos factores: atonía muscular por hiponutrición, avitaminosis B, congestión pelviana de decúbito, etc. Se asocia frecuentemente a trastornos similares de la esfera intestinal que llevan al fecaloma. Se asiste en estos casos a la retención de orina crónica completa o incompleta con residuo variable pudiendo llegar a la distensión.

3º) RETENCION DE ORINA
POR OBSTACULO CANALICULAR O CERVICOURETRAL

Pueden ser producidas por lesiones intrínsecas del aparato urinario bajo o por lesiones de compresión extrínsecas de las vías excretorias:

1) *Lesiones intrínsecas canaliculares*

Siguiendo a Hock las agruparemos de la manera siguiente:

- A) Lesiones obstructivas cérvicouretrales.
- B) Rigidez del cuello vesical o de la porción adyacente de la uretra que impiden en el juego de la micción normal el descenso adecuado del cuello vesical para corregir el ángulo uretrovesical, suprimiendo la angulación fisiológica del cierre.
- C) Angulación excesiva uretrovesical o en la uretra media

A) *Lesiones obstructivas cérvicouretrales.*

Enumeración etiológica:

I. *Cervicales:*

Enfermedad de cuello vesical:

 congénita,
 traumática,
 inflamatoria.

Por cálculo enclavado:

 postirradiación,
 tumoral.

Por coágulos:

 hiperplásica muscular pura.

II. Uretrales:

Cálculos y cuerpos extraños.

Estrechez uretral y meática.

Hiperplasia glandular.

Tumores uretrales.

Divertículo.

Obstrucción cervical.— Puede verse en niñas y se consideran de origen congénito: serán consideradas en el correlato del Dr. Hughes.

La estrechez cervical de origen traumático puede verse como consecuencia de fracturas de cadera con rotura subperitoneal de vejiga, que interesa el cuello y que al ser englobado en el proceso cicatricial trae aparejado la estrechez consecutiva.

En la obstrucción cervical de origen inflamatorio se agrupa el mayor número de afecciones de esta índole. Puede ser consecuencia de un proceso de cistitis crónica retráctil, como por ejemplo la tuberculosis, donde las lesiones son frecuentemente periorificiales de uréteres y uretra. La enfermedad de cuello en los bacilares urinarios en actividad es excepcional, pues predominan los síntomas de cistitis. Es en las tuberculosis urinarias crónicas o en las nefrectomizadas que han curado con la intervención, que puede verse la retracción cervical con establecimiento de una disectasia con retención crónica incompleta con residuo pequeño en relación con la capacidad vesical, también reducida.

La anatomía patológica de las alteraciones del cuello en las bacilosis no siempre tiene caracteres específicos y si existen son en grado muy ligero. Por eso Cibert, considera que se trata de un espasmo que se ha organizado en contacto de lesiones mucosas tuberculosas. Esta complicación es felizmente poco frecuente en la evolución de la tuberculosis urinaria.

Por lo contrario las obstrucciones cervicales de origen inflamatorio trivial constituyen la inmensa mayoría de las disectasias cervicales.

Para algunos autores, como Emmett y colaboradores, el proceso inflamatorio crónico no específico se encuentra en el 100 % de los casos. Para otros, como Hock, en el 90 % de los casos.

Los hallazgos anatomopatológicos más frecuentemente encontrados son: tejido muscular liso, en mayor o menor grado

de hipertrofia, con hiperplasia conjuntiva con tendencia a la fibrosis; infiltración linfoplasmocitaria y en menor grado polimorfonuclear; formación de tejido de granulación, y en raras instancias folículos linfoides; hiperplasia glandular del tipo de las glándulas de Albarrán, descritas por numerosos autores con el nombre de nidos de von Brunn. La hiperplasia glandular juega, sin embargo, poco rol en el establecimiento de la disectasia. No se han encontrado a nivel del cuello hipertrofias o hiperplasias glandulares similares a la próstata.

No siempre se ha encontrado una relación estricta entre la intensidad de la retención y los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos operatorios. A lesiones mínimas cervicales, pueden corresponder importantes tipos de retención crónica, con o sin distensión. No hay que olvidar además que no solamente al cuello vesical corresponde toda la patología obstructiva de la mujer y que otros mecanismos asociados pueden presentarse.

Los tipos restantes de obstrucción cervical a considerar son la consecutiva a radiaciones y la tumoral.

La obstrucción cervical postirradiación se ve como complicación tardía de la aplicación de radium para el tratamiento del cáncer cervical uterino. Como lesión final cicatricial de la cistitis rádica puede quedar una estrechez cervical con disectasia y retención similar por sus características clínicas a la bacilar.

La obstrucción cervical tumoral es originada por los tumores vesicales malignos pericervicales, sobre todo de trigono y paredes laterales que invaden el cuello. Dan retención en las etapas avanzadas de la enfermedad y se acompañan a veces de pérdidas de orina por rigidez cérvicouretral.

En algunos casos la resección, endoscópica o quirúrgica, del cuello vesical en la mujer, no ha dado otro resultado que *tejido muscular liso hiperplásico*, sin signos inflamatorios. Constituyen una excepción.

Otro tipo de retención de orina, poco frecuente, es *por cálculo vesical impactado en el cuello*, que junto con el meato uretral, constituyen los dos puntos estrechos de la vía excretora baja y sitios de detención de cálculos. A nivel del cuello las lesiones disectasiantes anteriormente estudiadas, pueden favorecer la impactación.

La retención de orina por coágulos se puede ver en la mujer en ocasión de grandes hematurias, por ejemplo, por pólipo vesical sangrante y después de exploraciones endoscópicas, agregándose en estos casos el espasmo cervical por dolor.

Obstrucciones uretrales.— *Cálculos:* La detención de cálculos uretrales de la mujer es poco frecuente en relación con la poca longitud de la uretra. La impactación es posible a nivel del meato, punto estrecho de la uretra femenina.

Cuerpos extraños: Introducidos voluntariamente en la uretra, han sido observados en niñas y en psicópatas.

Estrechez uretral y meática: De causa inflamatoria, es excepcional en la mujer a nivel de la uretra. Más frecuentes son las postraumáticas o postquirúrgicas. La meática es de frecuente observación en ancianas afectadas de craurosis vulvar o en diabéticas que han tenido lesiones de vulvitis reiteradamente. La estrechez meática puede llegar a ser filiforme. También puede verse como complicación tardía de extirpación de carúnculas o prolapsos de mucosa uretral por retracción cicatricial.

Hiperplasia glandular: Como vimos anteriormente, en el tercio medio de la pared posterior uretral, se encuentran islotes glandulares de estructura similar a la próstata, pero rudimentaria. Folsom y O'Brien, establecieron que la hiperplasia de dichas glándulas, que denominaron próstata femenina, puede dar fenómenos de retención.

No hemos observado en nuestro medio ningún caso de este tipo de uropatía obstructiva.

Tumores uretrales: Los tumores benignos, pólipos o carúnculas, dan manifestaciones disúricas, pero no llevan a la retención sino por excepción. El epiteloma de uretra, por su carácter invasor y destructivo, es quizás la forma más grave de todas las uropatías obstructivas bajas de la mujer.

Divertículos de uretra: En la diverticulosis de uretra complicada de inflamación, con o sin litiasis, por el edema inflamatorio propagado a la uretra, puede verse la retención de orina.

B) *Rigidez del cuello vesical y de la porción adyacente de la uretra.*

Impiden la micción por interferencia del mecanismo fisiológico del descenso adecuado del cuello y rectificación del ángulo véscouretral.

Puede observarse como consecuencia de procesos inflamatorios, tumorales o por involución senil del aparato genital. Este tipo de retención es frecuente en ancianas por simples lesiones de fibrosis.

C) *Angulación excesiva uretrovesical o en la uretra media.*

Hutchins ha señalado la importancia de este mecanismo de retención. Comprende la retención crónica incompleta, habitual de los cistocelos en los cuales el acodamiento véscouretral o en la uretra se produce por el descenso de la base vesical, o de ésta y parte de la uretra, mientras el cuello o el resto de la uretra permanecen en su posición.

En estos casos la dislocación del piso perineal, elevador y diafragma urogenital de cualquier etiología: quirúrgica, traumática, postparto o por simple involución y atrofia tisular, fibromuscular del periné, es más considerable que la falla de los medios de suspensión cérvicouretrales. El cuello y la uretra superior permanecen en su posición, mientras la base cervical desciende, constituyendo el cistocelo. El acodamiento producido trae aparejada la disuria y la retención crónica incompleta habitual en los cistocelos. El acodamiento puede producirse más abajo, e nel tercio superior o medio de la uretra o en casos extremos en el tercio inferior, dependiendo del arrastre de la base de la vejiga sobre el cuello y segmentos sucesivos de uretra, que este hecho se produzca de distintas formas de dislocación creciente.

Estos tipos de retención de orina se acompañan a menudo de lesiones inflamatorias cervicales crónicas que pueden dar, por sí solos, fenómenos disectasiantes.

También la incontinencia de esfuerzo se combina a menudo con este tipo de retención crónica incompleta.

Los fenómenos infecciosos larvados o ruidosos son de regla en este tipo de retención, especialmente los primeros.

2) *Retención de orina por factores extrínsecos*

Constituyen un síndrome en relación con una afección o estado fisiológico propio de la mujer. Las estudiaremos en dos grupos: A) en relación con afecciones ginecológicas, y B) en relación con la gravidez, estudiándolas por separado en el embarazo, parto y puerperio.

A) *Afecciones ginecológicas.*

Son las responsables de la mayor parte de las retenciones de orina en la mujer. Las afecciones ginecológicas que pueden complicarse de R. de O. podemos dividir las en dos grupos: I) afecciones que actúan sobre la vía canalicular por englobamiento, infiltración y obstrucción. Comprende las afecciones malignas epiteliales de vulva, vagina y cuello de útero, que en las etapas finales de su evolución pueden englobar uretra, o ésta y el cuello vesical; II) afecciones que provocan dislocaciones de la unión véscouretral o de la uretra e imposibilidad miccional. Las más frecuentes son: a) Vaginales: hematocolpos por imperforación himeneal; J. Nande publicó en nuestro medio una observación al respecto; miomas uterinos submucosos procidentes en vagina y encarcelados. También hemos observado R. de O. después de la colocación de pesarios. b) Cervicales: miomas intramurales del conducto cervical uterino. En su crecimiento progresivo ascendente intrapélvico producen una gran elongación del cuello uterino y un engrosamiento del alerón de las uterinas que describimos en páginas anteriores. La tracción de esta fascia sobre la base vesical por la inserción inferior de esta formación en el borde posterior de ella, trae aparejada la deformación de la vejiga con levantamiento de la misma y tracción sobre la uretra, imposibilitando el descenso del cuello y trayendo aparejada la imposibilidad miccional (J. Jaumandreu). Este mecanismo patogénico, que está de acuerdo con los conceptos actuales del mecanismo de la micción, se confirma por la ausencia de dificultad en el cateterismo vesical. El examen genital demuestra que la tumoración está lejos del cuello vesical, situada bastante más alta. Son pues las dislocaciones producidas por el tumor sobre la base vesical las responsables de la retención. c) Uterinas: los miomas de la cara posterior que pueden producir por su peso una retroversión marcada han sido observados como responsables de R. de O. d) Tumores del ligamento ancho o tumoraciones anexiales de gran tamaño y de etiología variada pueden producir retención de orina en razón de dislocaciones viscerales.

B) *Retención de orina en relación con el embarazo, parto y puerperio.*

Desde los estudios cistométricos de Muellner, en 1939, se sabe que *la vejiga durante el embarazo* y el puerperio tiene su capacidad aumentada y una disminución del tono. El retorno a la normalidad aparece alrededor de la sexta semana después del parto, según Bennetts y Judd. En el postparto la retención incompleta con gran residuo es habitual. En los primeros meses de la gestación, puede verse retención de orina por otro mecanismo que estudiaremos a continuación.

Retención de orina por útero en retroversoflexión con encarcelamiento del órgano.— Se ve poco esta complicación por la mayor vigilancia actual de la embarazada. Se observa en el tercero o cuarto mes del embarazo que se ha desarrollado en un útero retrovertido o retroflexionado fijo. Los trastornos producidos por la gravidez patológica son todos de la vejiga, nada del útero, como decía Pinard.

La disuria y la retención son de regla si el desenclavamiento del útero no se produce espontáneamente o por maniobras. Ha llamado la atención la gravedad de las lesiones vesicales acompañando la retención, cuando ésta es muy evolucionada: cistitis aguda exfoliatrix, necrosante, a veces gangrenosa, llegando incluso a la perforación espontánea de la vejiga con peritonitis (excepcional). La explicación de estos hechos está en la sobredistensión vesical con isquemia del órgano, unida a procesos sépticos microbianos y al déficit de la evacuación venosa producida por la retroversión.

Complicaciones mediatas o tardías después de la reducción de la retroversión son la incontinencia transitoria y la cistitis retráctil cuando ha habido exfoliación de la mucosa (E. Blum).

Desde Bar se sabe que la patogenia de este tipo de R. de O. no tiene explicación en la compresión directa de la uretra, como lo muestra el cateterismo fácil y el examen genital que permite introducir los dedos en el fondo de saco anterior entre el útero y la sínfisis. El mecanismo es similar al de los miomas cervicales. El elevamiento del cuello uterino por basculación arrastra la base vesical y elonga la uretra a cifras dos a tres veces por encima de lo normal, suprimiendo el mecanismo fisiológico de descenso vesical de la micción, trayendo aparejada la R. de O.

En este tipo de retención, como en las producidas por mio-mas cervicales o tumores dislocantes, la retención voluntaria prolongada de orina, puede desencadenar la retención, porque al distenderse la vejiga por encima de la tumoración se apoya sobre la misma y se aleja cada vez más del piso perineal. dificultándose la micción hasta llegar a la retención.

Retención de orina en el parto.— En el trabajo de parto es frecuente que la parturienta no orine. La vejiga puede llegar a distenderse considerablemente y la presencia de un globo vesical, con su surco de separación con el cuerpo uterino, ha sido confundido con un anillo de Bandl. Se debe practicar sondaje periódico durante el trabajo de parto, sobre todo previo al período expulsivo.

Retención de orina en el puerperio — Las cistoscopias inmediatas al parto evidencian edema del cuello y del triángulo, hipe-remia difusa y extravasaciones hemorrágicas submucosas. La cistometría muestra gran hipotonía vesical. No es de extrañarse que con estas alteraciones sea muy frecuente la retención de orina en el puerperio. Se la imputa a numerosos mecanismos etiopatogénicos: a) distensión excesiva en el parto, b) hipotonía muscular vesical, c) lesiones traumáticas de cuello y esfínteres en el parto, d) lesiones de los plexos de inervación por el parto mismo, e) espasmos reflejos por zonas dolorosas de reparación perineal, f) hipotonía muscular abdominal anterior.

La retención de orina en el puerperio facilita la retroversión uterina y es causal de ciertos tipos de hemorragias del puerperio que curan con el tratamiento de la retención de orina.

DIAGNOSTICO

Comprende: primero, el diagnóstico del síndrome de R. de O., que lo dejaremos de lado por razones obvias, y segundo, diagnóstico etiológico; en la mujer, en primer lugar, hay que descartar las causas extrínsecas de retención de orina. Couvelaire dice muy bien: “toda micción imposible en la mujer impone el examen de la pelvis por el tacto vaginal y rectal”. Se puede descartar así desde la imperforación himeneal, hasta los procesos dislocantes pelvianos estudiados anteriormente. Luego viene

la segunda etapa, de exploración urológica, clínica, instrumental y radiológica. Estudio clínico del tipo de retención y su repercusión sobre el aparato urinario alto. Uretrocistoscopia y estudio radiológico complementario. Uretrocistografía excretoria en las retenciones incompletas y retrógrada en las completas, según las técnicas habituales de estudio radiológico, con enfoques laterales de uretra y vejiga. Estudio humoral de rutina y estudio de la orina, citológico, químico y bacteriológico, con cultivos para identificación microbiana y antibiogramas.

TRATAMIENTO

1º) *Sintomático*.— Cateterismo vesical. En las retenciones agudas y recientes no hay inconveniente en el vaciado rápido de la vejiga. En las crónicas con distensión vaciado vesical lento para evitar las hemorragias “ex vacuo”. Se deben usar sondas largas de goma o plástico en relación con el alargamiento de la uretra en algunos tipos de retención. En la mujer grávida usar siempre sondas blandas.

Para los cateterismo vesicales a permanencia, sonda Foley de balón pequeño o Malecot.

2º) *Etiológico*.— *Lesiones extrínsecas ginecológicas*: Tratamiento quirúrgico de los complejos patológicos de acuerdo a cada caso clínico.

Retenciones de orina en relación con la gravidez: Utero retroflexionado encarcelado. En primer lugar cateterismo vesical con sonda blanda; recordar que la uretra está muy elongada. Después sonda Foley a permanencia, antibióticos. Segundo, reducción manual en posición genupectoral del útero encarcelado; si no se tiene éxito, mechado progresivo de la vagina presionando sobre el fondo de saco posterior. Puede efectuarse la reducción rápida bajo anestesia general y en algunos casos es necesario llegar al tratamiento quirúrgico con reducción de la retroversión y corrección de los elementos causales de la misma.

Retención de orina en el parto: Sondajes periódicos.

Retención de orina en el puerperio: Sondajes periódicos, calmar el dolor, estimulación vesical con drogas parasimpaticotóni-

cas, prostigmine o doryl. Antibióticos si la retención de orina se prolonga y es necesario repetir los cateterismos.

Lesiones intrínsecas.— Vasculares: Retención aguda, cateterismos a repetición y tratamiento etiológico del proceso peritoneal. Retención crónica, por fatiga muscular, mejorar el estado general. Vitamina B₁, estroscina a dosis progresiva y estimulación vesical con prostigmine y doryl.

Uretrales: Tratamiento en relación con la afección causal; estrechez: dilataciones progresivas; divertículos: diverticulectomía; cáncer de uretra: cirugía amplia de exéresis vulvo-vagino-uretrovesical (Lockhart) con histerectomía total.

Cuello vesical: Dejando de lado los tumores malignos que sólo pueden beneficiar de la cirugía amplia de exéresis vesical, con derivación de la orina, todas las demás obstrucciones cervicales se tratan por la resección endoscópica, salvo que haya lesiones endovesicales que necesiten tratamiento por vía transvesical, como ser cálculo vesical grande, papiloma, divertículo, etc.

La resección endoscópica debe ser prudente y si es necesario podrá ser repetida en dos o tres ocasiones sucesivas. Es preferible realizar una resección sin éxito inmediato que pecar por exceso dejando incontinente a la enferma. Todos los autores que se han ocupado del problema están de acuerdo en que con la primera resección se debe ser económico y esperar la evolución, dejando para nuevas sesiones endoscópicas el tratamiento de los casos que no han tenido éxito de entrada.

Los resultados de la resección endoscópica de cuello son buenos, aun cuando la obstrucción cervical no sea el único factor obstructivo. La explicación está en que al disminuir las fuerzas de contención vesical se favorece la expulsión de la orina.

Para las rigideces del cuello y de la porción superior de la uretra por procesos fibrosos o residuales inflamatorios, que no mejoran con la resección, se indica la liberación de la uretra y del cuello de la adherencias que lo rodean, por abordaje por vía vaginal (Hock).

La angulación excesiva uretrovesical o de la uretra media que se observa en los cistocelos y que se acompaña a menudo de incontinencia de esfuerzo, se corrige con los procedimientos plásticos por vía vaginal, de los cuales el que ha dado mejores resultados es el Fothergill.

BIBLIOGRAFIA

- ALBARRAN.—“Les Tumeurs de la vessie”, pág. 494; 1892.
- BENNETTS and JUDD.—Studies in the post partum bladder. “Am. Journ. Obst. and Gynec.”, 42: 419; 1941.
- BAR, P.—“La pratique de l'art des accouchements”, II; 1909
- BLUM.—“Bulletin de la Federation des Societes de Gynecologie e d'Obstetrique”, 8: 229-230; 1956.
- CIBERT.—“La tuberculosis renal”, pág. 108; 1946.
- EMMETT; HUTCHINS, J. and McDONALD, J.—The treatment of urinary retention in women by transurethral resection. “The Journal of Urology”, 63: 1081; 1950.
- EVERETT, H.—“Gynecological and Obstetrical Urology”, 1947.
- FOLSOM, A.—The female urethra. “J. A. M. A.”, 97: 1345; 1931.
- FOLSOM, A. and O'BRIEN.—The female obstructing prostate. “J. A. M. A.”, 121: 573; 1943.
- GIL VERNET.—“Patología Urogenital”, T. II, Vol. I, pág. 331.
- HOCK, E.—Vesical Neck obstruction in the female. “The Journal of Urology”, 72: 657; 1954.
- HUTCHINS.—Vesical neck obstruction in woman. “The Journal of Urology”, Vol. 69, pag. 102.
- MARSHALL and MARCHETTI, A.—“Surg. Gynec. and Obst.”, 88: 509; 1949.
- MUELLNER, S.—Physiological Bladder changes during pregnancy and the puerperium. “Journal of Urology”, 41: 691; 1939.
- MUELLNER, S. and FLEISCHNER, F.—Normal and abnormal micturition. “The Journal of Urology”, 61: 233; 1949.
- TRABUCCO, A.—“Journal d'Urol.”, 41: 307; 1936.
- ULLERY, J.—“Stress Incontinence in the female”, 1953.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

- HUGHES, F.—“Urología práctica”, 1949.
- JAUMANDREU, C.—Miomatosis uterina cervical. “Anales de Ginecotoecología”, II-III: 202-239; 1954-1955.
- LOCKHART, J.—Cáncer de uretra femenina. “Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay”.
- LOCKHART, J.—Divertículos de uretra femenina. “Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay”.
- LOCKHART, J.—“Operación de Mashall Marchetti”. Presentado a la Sociedad de Urología. (Inédito.)
- NANDE ARAMBURU, J.—“Retención de orina por hematoocolpos por imperforación himeneal”.
- SURRACO, L. A.—El elevador del ano. “Anales de la Facultad de Medicina”, 34: 563; 1949.