

9º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

PRIMERA SESION PLENARIA

Martes 9 de diciembre

Ocupan la Mesa los doctores Victor Armand Ugón, Carlos Ottolenghi,
Ricardo Braceras, Fernando Martorell y Aníbal Sanjinés

RELATO:

RETENCION DE ORINA *

RELATOR:

Dr. FERNANDO LUCAS GAFFREE

CORRELATOS *

- “Retención de orina en el niño”: *Dr. Frank A. Hughes.*
- “Retención de orina en la mujer”: *Dr. Héctor A. Schenone.*
- “Retención de orina de causa neurógena”: *Dr. Arturo Durante Barbot.*

CONTRIBUCIONES

- “Retención de orina en la práctica ginecotológica”: *Dr. José A. Aguerre.*
- “Tres causas de retención de orina en el niño”: *Dres. Emilio Bonnacarrère y Claudio Martinicorena.*

DISCUSION:

Dres. Ottolenghi, Hughes y Lucas Gaffrée.

* El relato y los correlatos fueron publicados en el Tomo I, págs. 13 a 96.

RETENCION DE ORINA EN LA PRACTICA GINECOTOCOLOGICA

Dr. JOSE A. AGUERRE

Es éste un tema del que nos hemos ocupado en otras circunstancias, habiendo publicado en "Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica" (T. 9, setiembre 1943, págs. 179-80) las consideraciones que este tema práctico nos sugirieron entonces. Y ha estado bien este Congreso en poner al día un punto práctico en la clínica diaria de todo cirujano.

En lo que es pertinente a nuestra especialidad ginecotocológica, la retención de orina en la mujer, operada o no, es de primer plano. Queremos referirnos a unos pocos puntos, sin agotarlos todos, por supuesto, de cómo encaramos la retención de orina en la mujer que atendemos por afección ginecológica u obstétrica.

PROFILAXIS

Para prevenir la retención de orina operatoria, sea por intervención quirúrgica u obstétrica, comprendiendo entre las primeras la misma operación cesárea, nunca operamos sin sonda a permanencia que continúa en posición las primeras veinticuatro horas. Bastará una sonda pequeña de Nélaton, sujeta por esparadrapo a la cara interna del muslo. En estas mismas circunstancias, Johnson preconiza el mercurocromo, así como Woodruff y Te Linde, los que una vez terminado, el acto operatorio instilan en la vejiga una onza (18 grs.) de mercurocromo en solución al $\frac{1}{2}$ %. De este modo el promedio de micción espontánea asciende a 81 % frente al 47 % de testigos, en una serie respectiva de 114 casos tratados y 93 no tratados. La frecuencia

aumenta, pues es de 5 1/2 horas frente a 8 horas. Esta proporción fue de 87 % frente a 47 % cuando hay plastias vaginales. La cistitis queda reducida a un mínimo.

Bazterrica y Poch, con la hormona estrogénica consiguen excelentes resultados en las grandes intervenciones por epiteloma cervical, dando 60.000 unidades de tres en tres días. Pero el procedimiento que nosotros preconizamos de preferencia tiene otros fundamentos.

De acuerdo a enseñanzas del Prof. Luis Bottaro, que siguen sus discípulos, nunca cerramos una cavidad peritoneal sin que el punto inferior sea "colgado", por decirlo así, a través de los rectos abdominales. De este modo la vejiga queda suspendida y funcionalmente apta para funcionar, lo que ya una dilatada práctica así nos lo demuestra. Hay que tener la precaución de que el punto de pasaje a través de los rectos sea más alto que el que corresponde a la situación normal del vértice vesical, ya que la natural atonía postoperatoria así lo permite. Quitada la sonda a las veinticuatro horas, la reinstalación de la micción se hace con facilidad.

TRATAMIENTO CURATIVO

En casos rebeldes, empleamos toda clase de recursos medicamentosos o físicos antes de proceder al sondaje sistemático cada ocho horas, como tantos preconizan. Creemos y seguimos creyendo que el traumatismo repetido no puede hacerse sin dificultades y por consiguiente queda como último recurso si toda la medicación fracasa.

Esta medicación, que empleamos lo mismo en el postoperatorio ginecológico u obstétrico, incluyendo la tan frecuente retención de orina después de la aplicación de fórceps, que por sí sola es capítulo aparte, pues no es siempre meramente funcional, sino que responde al trauma debido al arrastre instrumental y a las lesiones consiguientes de hemorragia y edema, puede distribuirse en diversas etapas que recorreremos sucesivamente. Desde la perfusión intravenosa de suero glucosado hipertónico, que rara vez empleamos, hasta la pilocarpina preconizada por Cain y Oury en 1923, en uso por mucho tiempo en el Instituto de Cirugía para Graduados del Hospital Pasteur, por indicación de

su director, Prof. Blanco Acevedo, en técnica publicada por el Dr. Roberto Minetti en "Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica" (T. 8, setiembre 1942, págs. 293-97) empleamos de preferencia el Doryl Merck por vía intramuscular o la Urotropina intravenosa al 40 ‰, 3 c.c. Ambos medicamentos, de excelente y constante efecto, nos resuelven en la práctica los pocos casos de retención de orina postoperatoria que el artilugio quirúrgico descrito más arriba no haya podido evitar.

Es cierto que hoy en día, el sondeo vesical, por la medicación antibiótica, no tiene los riesgos que antes tenía, pero de todos modos conviene no olvidar que están al alcance de nuestra mano buenos recursos terapéuticos, cuyo uso oportuno nos será siempre útil.