

## RETENCION DE ORINA

### Discusión

Dr. CARLOS OTTOLENGHI. - Empiezo por expresar mi completa satisfacción por los interesantes trabajos que se han presentado, y en especial quisiera preguntarle al Dr. Hughes, que tiene una gran experiencia en urología infantil, si en esos casos de retención crónica de orina por lesión del cuello vesical, ha encontrado muchas complicaciones óseas, es decir, del así llamado raquitismo renal.

Dr. FRANK A. HUGHES.- Le agradezco al Dr. Ottolenghi la amabilidad que tuvo al hacerse esta pregunta. La respuesta es que dos de los casos de retención crónica que hemos tenido son, justamente, casos de enanismo renal; pero como naturalmente las lesiones óseas radiológicas no pertenecen a mi conocimiento, no puedo establecer sus caracteres.

Pero en dos de los casos el estudio urológico se debió, exactamente, a ese proceso, a tal punto que en el momento actual en el Servicio del Hospital de Niños en casi todos los chicos que presentan alteraciones de crecimiento, se están haciendo urografías de excreción.

El Prof. Ramón Guerra, en una conversación que dio hace poco a propósito del tema, y en trabajos presentados en la Sociedad de Pediatría, llegó a aceptar casi como una conclusión precisa, que dada la facilidad con que en el momento actual se hace la urografía de excreción, en todo chico que presente la menor anomalía de crecimiento, se la debe realizar.

Y nosotros que estamos un poco entusiasmados con este aspecto del proceso, podríamos agregar que ya que es un método de diagnóstico que nunca da en la práctica inconvenientes de ningún orden, y que en el momento actual se puede hacer con los productos más purificados por vía intramuscular, la utilización de esta urografía, en forma casi sistemática en los chicos que presentan alteraciones del crecimiento, en los chicos que presentan trastornos de orden metabólico, o en los chicos que presentan anemias de diverso tipo, no precisadas, la urografía de excreción debe ser una exploración casi de rutina.

Esa es la impresión que se tiene en los Servicios de Pediatría en este momento.

Nada más.

## CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. FERNANDO LUCAS GAFFREE. — En primer término quiero agradecer a los miembros del Congreso que me designaron para este relato sobre retención de orina, y también deseo agradecer la contribución de los correlatores, Prof. Hughes, Prof. Schenone y Prof. Durante Barbot, y al mismo tiempo las contribuciones del Dr. Aguerre y del Prof. Bonuecarrere.

Todas las contribuciones y correlatos han añadido elementos importantísimos a tener en cuenta, y que significan, un aporte valiosísimo al modesto relato realizado por el autor.

La premura del tiempo me impidió extenderme en algunos puntos del tratamiento de la retención de orina, y sobre algunos elementos interesantes que deben ser puestos en práctica en algunos procesos de fibrosis.

La terapéutica moderna ha contribuido con medicamentos de acción anti-inflamatoria muy importantes, como son los esteroides.

Quisiera relatar un caso de fibrosis postoperatoria, en un enfermo prostático, operado de acuerdo con la técnica de Rinschak con cierre de la logia prostática. Este enfermo hace, en el postoperatorio inmediato, una estenosis de la logia prostática, que obliga a una reintervención. En la misma, que se hizo después de la extracción de la sonda, cuando se intentó un nuevo sondaje por los fenómenos disúricos, el enfermo tenía un orificio puntiforme en el cuello vesical. Se amplía ese orificio vesical, se hace una ampliación muy buena, se coloca una sonda de Foley para mayor tranquilidad. El enfermo hace un postoperatorio inmediato satisfactorio, pero al mes, aproximadamente, de haber sido dado de alta, vuelve con trastornos disúricos. Es imposible sondarlo. Existe, desde luego, la estenosis del cuello vesical, a pesar de la precaución tomada, y tiene, a su vez, una pequeña eventración.

Este enfermo, con trastornos disúricos, se reinterviene nuevamente, y se encuentra el mismo orificio puntiforme; fibrosis muy intensa, muy marcada. El problema era bastante complejo, por cierto. Se trataba de la tercera intervención. Se procede a la sección de la brida, a la ampliación del orificio vesical, con electrorresección, y en el postoperatorio inmediato procedo a la administración de esteroides a altas dosis, que luego se mantienen alrededor de un mes.

Este enfermo, que hace ya seis meses que ha sido reintervenido, curó perfectamente bien. En el momento actual el cateterismo es perfecto, no hay la menor estenosis, y la micción normal, evacúa completamente su vejiga.

Creo que es importante añadir el elemento medicamentoso en los casos en que se pueda sospechar una fibrosis del cuello vesical, que son relativamente frecuentes, con las técnicas nuevas. La misma operación de prostatectomía retropúbica, y, fundamentalmente, la operación de Rinschak, en la que se hace la hemostasia por la sutura anterior de los bordes de la sección del tabique vesicoprostático, es posible, entonces, tener esa complicación en el postoperatorio.

Creo que es un elemento a tener muy en cuenta, y que debe ser utilizado en las condiciones debidas.

De los correlatos quiero señalar —ya que algo me corresponde— la observación del Prof. Hughes, en la que yo intervine, para indicar la importancia enorme que tiene en los niños los trastornos ya sean disúricos o de enanismo general, que hagan sospechar una lesión de su aparato urinario.

Este caso que ví en Salto, que presentó el Dr. Hughes en este Congreso, fue un caso desgraciado. Este chico, que tenía 3 años y medio o 4 de edad, pasó alrededor de dos años en tratamiento por una nefritis. Lógicamente, tenía pus en la orina, era un infectado, y cuando lo ví ya tenía un gran residuo, 300 ó 400 centímetros cúbicos de orina, con una urea muy alta, y a pesar de todos los cuidados suministrados, no fue posible salvar su vida: ya que la insuficiencia renal progresiva había recorrido todas las etapas.

Con respecto a la retención de orina, en general, quiero señalar también la escasa preparación o el escaso conocimiento que tienen los médicos generales, sobre todo en el interior del país, en estos procesos, ya que pasan muy rápidamente por las clínicas urológicas. Es muy frecuente observar los tratamientos intempestivos de toda naturaleza, a que se procede frente a retenciones de orina.

Creo que los actuales métodos de diagnóstico han modificado fundamentalmente el tratamiento, especialmente de las retenciones crónicas, incompletas o completas. Antes de utilizar una sonda en estos enfermos donde no hay una extrema urgencia, es necesario proceder a los exámenes urográficos siempre que —lógicamente— las dosificaciones de urea no sobrepasen en mucho el gramo por litro. Y generalmente estos enfermos se resuelven con un acto quirúrgico definitivo, sin necesidad de maniobras instrumentales que frecuentemente son más perjudiciales que beneficiosas. Una sonda es muy útil en manos, no ya experimentadas, pero que sepan perfectamente bien qué buscan; pero una sonda es un elemento sumamente peligroso en manos de quienes no utilizan los elementos de asepsia indispensables, o que no tienen la práctica total del cateterismo.

En el Hospital donde actúo, que es un Hospital Regional, donde concurren muchísimos enfermos prostáticos, he conseguido que en la puerta de entrada no se sonde a los enfermos, salvo casos de extrema urgencia, casos verdaderamente agudos, y que todos los enfermos crónicos pasen directamente al Servicio, para evitar entonces las maniobras de enfermeros, que desean utilizar frecuentemente las sondas cuando un enfermo se encuentra en la imposibilidad de orinar.

Todos estos enfermos van, generalmente, vírgenes de infección al Servicio, y allí se procede de una manera razonable. Ello es profundamente beneficioso y evita males que generalmente el que asiste ulteriormente al enfermo los aprecia y conoce las complicaciones a que da lugar.

Por ese motivo he adoptado esa norma general, que ha resultado muy satisfactoria. Al mismo tiempo, tengo la ventaja de operar, cada vez más, enfermos que no son tocados bajo ningún concepto por el Servicio de Guardia, enfermos no infectados, en los cuales las actuales técnicas de prostatectomía, dan excelentes resultados ya que se actúa sobre un aparato urinario completamente virgen de infección.

Agradezco los correlatos, agradezco la atención amable de los congresales, que a un modesto urólogo del interior satisface ampliamente, dado que su relato solamente ha podido hacerse efectivo y tener alguna trascendencia, por la colaboración que me han prestado distinguidos colegas, profesores de nuestra Facultad, siempre dispuestos a contribuir con su saber y con su experiencia a la mejor presentación de estos temas.

Nada más.