

## CUADRO CLINICO DEL SINDROME LESIONAL DEL NERVIIO PELVICO

Comienza con una retención de orina que cede parcialmente al cabo de un mes o dos, para transformarse en una retención crónica incompleta que tiene una duración de tres a cuatro meses, para ir cediendo paulatinamente y transformarse en una incon-



Fig. 4.

tinencia de orina, con vejiga vacía, la cual persiste en el tiempo en algunos casos indefinidamente y, en otros, retrocede parcialmente para constituirse una incontinencia de orina nocturna. La impotencia genital es definitiva. El examen endoscópico permite la observación del signo de Schwran, idéntico al que se observa en las vejigas tabéticas, permitiendo observar la uretra posterior en el examen citoscópico corriente. Se acompaña en la uretro-

cistografía de una imagen muy particular en la cual se observa el relleno amplio de la uretra posterior y del cuello vesical (figuras 4 y 5).

Desde el punto de vista cistométrico se comprueba el trazado típico de las vejigas neurógenas (fig. 6).

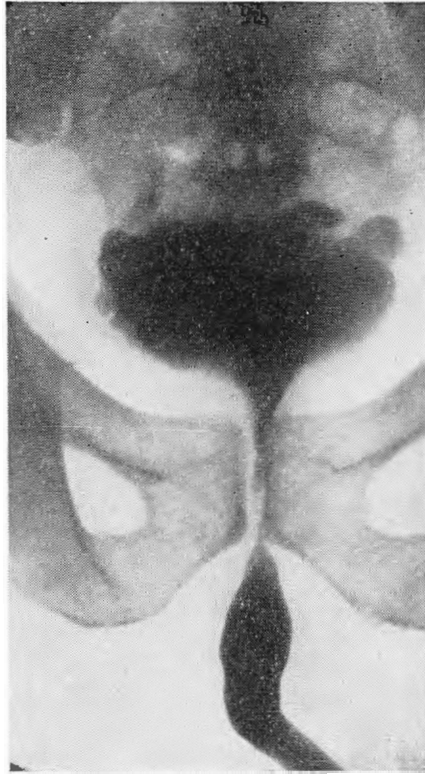
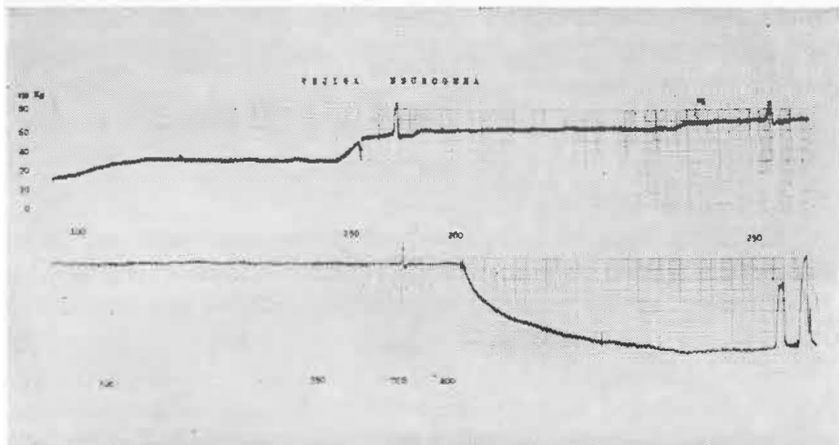


Fig. 5.

La etiología de este síndrome se asocia a la lesión bilateral del alerón lateral vesical en el cual corren las fibras parasimpáticas provenientes de las raíces anteriores del segundo, tercer y cuarto par sacro. Estas fibras, llamadas también nervios erectores, deben ser lesionadas bilateralmente para que se produzca este síndrome. Las maniobras de liberación y tironeamiento en el tiempo perineal, son las causantes de la injuria nerviosa de



Figs. 6

estas fibras parasimpáticas, ya que solamente se observa en las amputaciones de recot por vía abdominoperineal o perineales puras.

### IMPOTENCIA GENITAL

Este cuadro se observa, en nuestros casos, en un ochenta y cuatro por ciento, lo cual coincide con las estadísticas de William, de Watson (18), de Goligher, pero difieren fundamentalmente de lo observado por Bruch, Dennis y Stahlgren, los cuales la observan en un doce por ciento de casos; lamentablemente, en estos casos no se especifica si son observaciones por amputaciones de recto por neoplasma o por colitis ulcerosa, en las cuales nosotros tampoco hemos encontrado impotencia genital. La etiología de este cuadro está en relación con la lesión de algunas fibras parasimpáticas o nervios erectores de Eckhard, y también por la lesión de algunas fibras simpáticas destinadas a la próstata. No se conoce aún exactamente la fisiología de la erección para poder determinar la etiología de la impotencia, pues se ha observado ésta, en algunos casos de abordaje simple de la próstata por vía perineal, en algunas punciones prostáticas con fines biópsicos, en

las cuales es difícil explicar la etiología de la impotencia. En dos oportunidades hemos encontrado que el enfermo presenta eyaculación, sin erección.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la retención de orina está dado por la solución quirúrgica o endoscópica del problema obstructivo del cuello vesical y es del resorte del urólogo. El tratamiento de la incontinencia por síndrome lesional de las fibras parasimpáticas, aún no se ha llegado a una solución definitiva. Se han propuesto plastias del cuello vesical; aumento de la angulación del complejo próstatovesical, por medio de la técnica de Marshall en el hombre; ampliar la capacidad vesical por medio de la implantación de un ansa intestinal delgada en el domo vesical y efectuar su vaciado por medio de maniobras de compresión abdominal. Ninguna de estas soluciones ha dado resultados positivos (14). El tratamiento de la impotencia genital aún no tiene solución adecuada.

## BIBLIOGRAFIA

1. GARCIA RUSSICH, W.—Problemas urinarios en la amputación abdominoperineal de recto. "Sociedad de Cirugía del Uruguay", tomo XXIX, N° 6, págs. 352-364; 1958.
2. DELGER, J. R.—Semiología de las alteraciones vesicales después de la exéresis del recto canceroso. "Sociedad de Cirugía del Uruguay", tomo XXIX, N° 6, págs. 414-428; 1958.
3. LEADBETTER, G. W. et LEADBETTER, W. F.—"S. G. O.", 107, 333: 338; set. 1958.
4. GRAHAM, J. W. and GOLGHER, J. C.—"British Journal of Surgery", 40, 151: 160; 1952-1953.
5. GRUNE and STRATTON.—"Surgical Treatment of Cancer of the Cervix", 1954.
6. McCREA, L. E. and KIMMEL, D. L.—The importance of nerver supply of the urinary bladder in surgery of the rectosigmoid. "J. Internat. Coll. Surgeons", 17: 651; 1952.
7. McCREA, L. E. and KIMMEL, D. L.—A new concept of vesical innervation and its relationship to bladder management following abdominoperineal proctosigmoidectomy. "Am. J. Surg.", 84: 518; 1952.
8. McCREA, L. E. and KIMMEL, D. L.—A new concept of vesical innervation. Its relationship to bladder management following abdominoperineal proctosigmoidectomy. "Arch. Surg.", 66: 84; 1953.

9. CURTIS, A. H.; ANSON, B. J.; ASHLEY, F. L. and JONES, T.—The anatomy of the pelvic autonomic nerves in relation to gynecology. "Surg. Gyn. Obst.", 75: 743; 1952.
10. KIMMEL, D. L. and MOYER, E. K.—The course of visceral branches of sacral nerves to the urinary bladder in human fetuses. "Anat. Rec.", 109: 50; 1951.
11. SUAREZ, I. D.; COTTINI, G. F. y QUIROS, R. S.—Cáncer de recto y colon sigmoideo. La invasión directa del tracto urinario inferior. "Sociedad Argentina de Cirujanos", XX (10): 208; 1959.
12. MARSHALL, V. F.; POLLACK, R. S. and MILLER, C.—Observation on Urinary Dysfunction After Excision of Tectum. "J. Urol.", 55: 409-416 (Apr.); 1946.
13. BAUMRUCKER et SHAW.—"A. M. A. Arch. Surgery", 67: 502-513; 1953.
14. CIBERT, J.—"Urol.", 61: 837-844; 1955.
15. WATSON, P. C. et INNES WILLIAMS, D.—"Brit. of Surgery", 40: 19-22; 1952-1953.
16. BACON, H. E. et CREA, M. C.—"J. Am. M. Ass.", 134: 523-526; 1947.
17. BISQUERTT et EMMETT.—"Jour. of Urol.", 57: 771-778; 1947.
18. COLLER, F. A. and EASTMAN, P. F.—Urinary Retention Following the Combined Abdominoperineal Resection. "Surgery", 14: 223-228 (Aug.) 1943.
19. EMMETT, J. L. et CRISTOL, D. S.—"J. Am. M. Ass.", 126: 1077-1079; 1944.
20. EMMETT, J. L.—"Surg. Clin. N. America", 1009; 1947.
21. GOLIGHER, J. C.—"Proc. R. Soc. Med.", 44: 824; 1951.
22. HILL, M. R.; BARNES, R. W. and COURVILLE, C. B.—Vesical Dysfunction Following Abdominoperineal Resection: For Carcinoma of the Rectum. "J. A. M. A.", 109: 1184-1188 (Oct. 9) 1937.
23. MARSHALL, V. F.—"J. Urol.", 55: 409-416; 1946.

INDICE DEL TOMO I  
DEL 11º CONGRESO URUGUAYO  
DE CIRUGIA

	Pág.
Comité Ejecutivo del 11º Congreso Uruguayo de Cirugía .....	3
Sociedad de Cirugía del Uruguay. Comisión Directiva año 1960 .	5-
Comité de Honor .....	7`
Miembros Honorarios de los Congresos Uruguayos de Cirugía ...	8^
Tribunal de Honor del 11º Congreso Uruguayo de Cirugía .....	8´
Presidentes de los Congresos Uruguayos de Cirugía	9-
Tratamiento quirúrgico de los cánceres de recto. <i>Prof. Dr. Abel</i> <i>Chifflet</i> .....	13-
Caracteres anatómicos del cáncer del recto y ano en relación con el tratamiento. <i>Dr. Alberto R. Aguiar</i> .....	95´
Radioterapia y quimioterapia del cáncer de recto. Radioterapia del cáncer anal. <i>Dr. Helmut Kasdorf</i> .....	130,
Aspectos urogenitales del tratamiento quirúrgico de los cánceres del recto. <i>Dr. Julio C. Viola Peluffo</i> .....	151

SE TERMINO DE IMPRIMIR EL DIA  
29 DE NOVIEMBRE DE 1960, EN LA  
"IMP. ROSGAL-HILARIO ROSILLO",  
CALE EJIDO. 1624 - MONTEVIDEO  
(URUGUAY)