

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA MASCULINA

---

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y RAUL J. BORZONE

La adenomectomía prostática suprapúbica ocasiona, afortunadamente, muy raros casos de incontinencia urinaria postoperatoria; pero cuando ella ocurre, sea por errores de técnica al enuclear el adenoma, sea por la situación o crecimiento muy bajo del mismo o por trastornos del proceso cicatricial de la loge por fibrosis o infección, acarrea un achaque obsesionante para el paciente que la sufre y para el médico que debe remediarla. Una vez agotados los medios habituales que corrigen sólo la incontinencia temporaria: dilataciones a beniqué, instilaciones de nitrato de plata, inyecciones de vitamina B<sub>1</sub> y estriquina, se ve el médico tratante abocado al problema realmente serio de una situación peor tolerada por el paciente, que la retención preoperatoria. Creemos que por consiguiente ha de ser de interés para los colegas el conocimiento de una técnica que hemos planeado luego de repetidas disecciones anatómicas de la región perineal, para dar control muscular a la uretra incontinente y que nos ha dado resultados buenos en los pocos casos que hemos debido tratar con este fastidioso problema.

La técnica que luego describiremos en detalle, utiliza grupos musculares perineales, músculos voluntarios estriados, a saber isquiocavernosos y elevadores del ano. Por consiguiente han de ser condiciones necesarias para su aplicación: 1) integridad anatómica y funcional de la musculatura perineal; 2) ausencia de lesiones neurológicas que paralicen o dejen hipotónicos dichos grupos musculares. En otras palabras, no existir deformación inflamatoria o cicatricial de la zona perineal, ni trastornos nerviosos, centrales o periféricos, que afecten dicha zona, los cuales deben descartarse, previo cuidadoso examen neurológico y si es necesario, del líquido céfalorraquídeo. Además debe asegurarse la perfecta permeabilidad de la uretra desde el cuello hasta el meato, corrigiendo previamente las alteraciones existentes: espolones cicatriciales de la loge, estrecheces de uretra y tratand<sup>o</sup> con antibióticos los focos inflamatorios uretrales o parauretrales.

*Técnica quirúrgica.* — Anestesia: raquídea baja con novocaína al 5 %, epidural con xilocaína al 2 % o bien anestesia general.

Posición del paciente: la de talla perineal, con muslos flexionados sobre abdomen y perineo prociendente.

Sonda uretral de calibre 20-22, durante el acto quirúrgico para reparar bien la uretra.

Incisión perineal en Y invertida, de piel y tejido celular. (Fig. 1).

Incisión y disección de la fascia perineal superficial, con exposición del triángulo isquiobulbar y de sus elementos, especialmente los dos músculos isquiocavernosos. (Figs. 2 y 3).

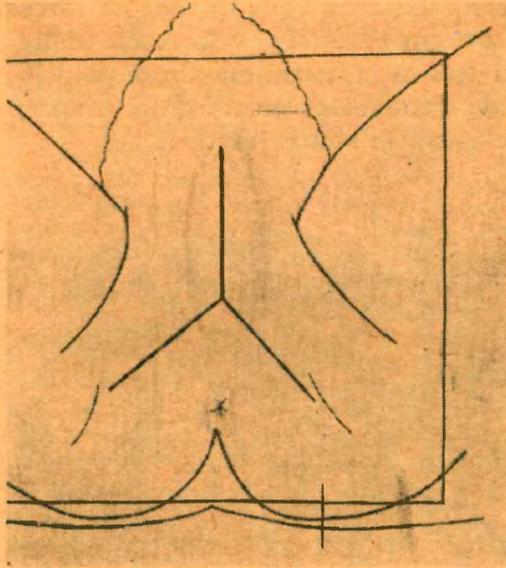


Figura 1

Separación roma del ángulo diedro existente entre ambas raíces de los cuerpos cavernosos, al unirse para formar el pene, y el bulbo uretral por delante

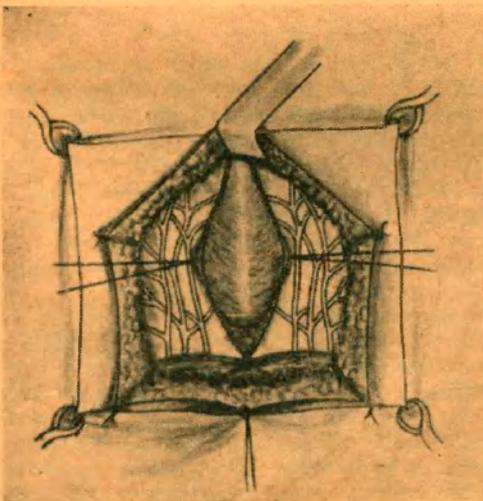


Figura 2

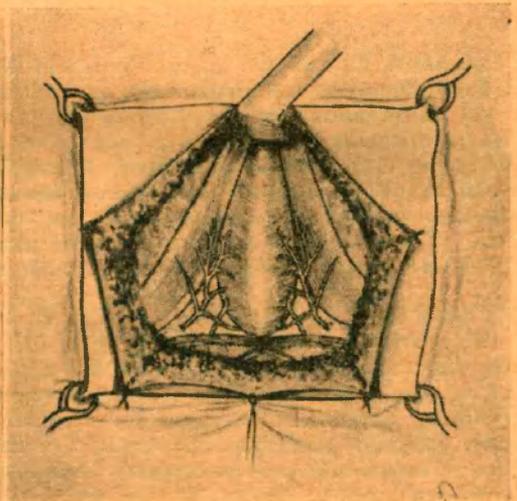


Figura 3

de la uretra membranosa. Se labra así un túnel, por encima de la uretra bulbar y por debajo de la unión de ambas raíces de los cuerpos cavernosos; por dicho túnel se pasan dos puntos en U que unen un isquiocavernoso al del lado opuesto,

de tal modo, que la uretra membranosa queda estrechada por delante por esa reunión muscular. Dichos puntos en U se realizan con catgut 3 simple o cromado. (Fig. 4).

Se secciona el rafe anobulbar, separando uretra membranosa y parte de próstata del recto, hasta exponer bien los bordes internos de ambos elevadores del ano, los que se suturan entonces en la línea media, creando así una cincha muscular posterior, detrás de la uretra membranosa. (Fig. 5).

Refección del rafe anobulbar, sutura de la fascia perineal superficial y piel sin dejar drenaje. Se retira la sonda uretral.

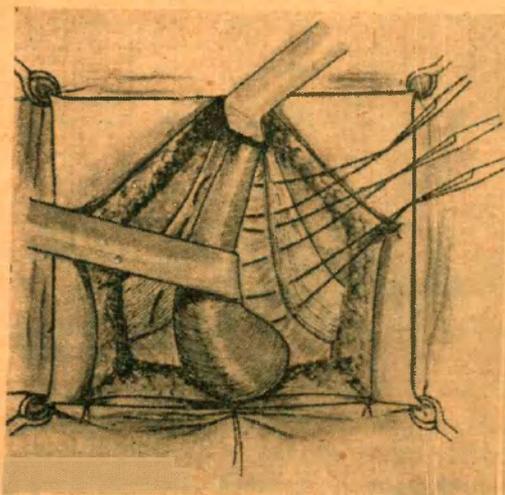


Figura 4

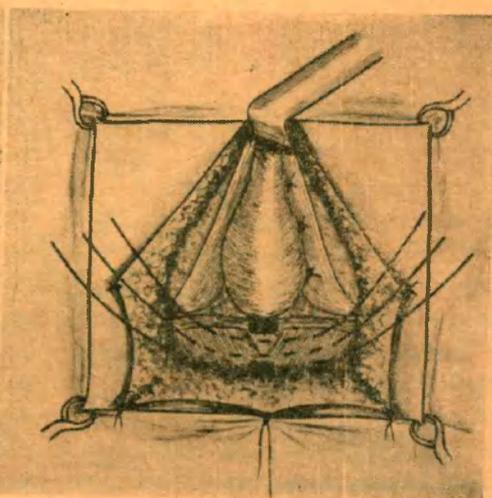


Figura 5

**CASOS CLINICOS:** *Caso 1.* - H. N° 2015. G. S., 55 años, argentino. Consulta el 2-9-48 Operado dos meses antes en un policlínico de la Capital de adenoma prostático por vía suprapúbica en un tiempo Queda con incontinencia total de orina, que gotea en forma continua, lo cual evita con un lazo que se ata al pene. Estado actual: pobre estado general y psíquico. Cicatriz operatoria suprapúbica. Incontinencia total de orina con maceración cutánea del pene. Orinas turbias, alcalinas Urea: 0.40 g o/oo. Líquido cefalorraquídeo normal. Uretrocistografía: no cálculos. Loge prostática amplia, cuello vesical abierto. Tratamiento preoperatorio: antibióticos, estriquina y tónicos generales. Operado el 21-10-48, según técnica descrita. Resultado anatómico y funcional, muy bueno.

*Caso 2.* - H. N° 2415. P. D., 63 años, argentino. Consulta el 4-4-51. Operado tres años atrás en un hospital privado de la Capital, prostatectomía suprapúbica en un tiempo con drenaje perineal. Luego de la operación, queda con incontinencia total ortostática y parcial en decúbito, que no se modifica a pesar de los tratamientos efectuados: dilataciones, estriquina, vitamina B, vitamina K y Calcio. Estado actual: orinas limpias, micción acostado o sentado con disuria y chorro fino. Incontinencia total ortostática gota a gota. Cuatro micciones nocturnas. Uretra libre al explorador N° 20 con irregularidad y esclerosis en uretra posterior. Dermatitis de maceración de prepucio y glande. Panendoscopia: esclerosis de uretra posterior con resalto al pasar el aparato, por dos bridas supramontanales en V. Uretrocistografía: confirma la imagen. Análisis de sangre y orina, normales. El 19-4-51 se practica una resección endoscópica a cuchillito diatérmico de las bridas de uretra posterior Sonda permanente y antibióticos. Al retirar la sonda permanente, persiste la incontinencia, aunque las micciones acostado son fáciles. El 3-5-51 se lo opera con la técnica descrita. La continencia inmediata es de tal grado, que debe ser sondado los dos primeros días. Al recuperar la micción, ella es imperiosa y no controla las primeras gotas. Resultado: bueno, se corrigió la incontinencia total ortostática y sólo hay escape de las primeras gotas, al iniciar la micción.

**Caso 3.** - H. N° 2494. S. C. 55 años, argentino. Entrada: 18-8-51. Tres meses antes, operado en Rufino de adenoma prostático por vía suprapúbica en un tiempo. Queda con incontinencia ortostática total y disuria en sus micciones en decúbito. Orinas turbias. La panendoscopia muestra uretra posterior rígida, en tubo, con ausencia de verumontanum. La uretrocistografía confirma la imagen. Previo tratamiento con antibióticos se le efectúa la plástica correctora el 16-6-51. Resultado: bueno; se corrigió la incontinencia ortostática y sólo ocasionalmente escapan unas gotas de orina.

**Caso 4.** - H. N° 3978. R. A., 71 años, argentino. Entrada: 2-4-54. Fue operado en Paraná hace cinco meses, de adenoma prostático, por vía suprapúbica en dos tiempos. Concorre con talla suprapúbica, pues, según dice, luego de la prostatectomía no han podido pasarle sonda por la uretra. Efectivamente, el examen del paciente, aparte de su cistostomía, muestra estenosis de la uretra peneana a un centímetro por detrás del meato. Forzada con una pinza de Kocher, se comprueba que ella es perfectamente localizada y deja pasar una bujía N° 18. La uretrocistografía muestra total permeabilidad uretral, pequeña loge prostática y cuello vesical amplio. Los exámenes de laboratorio, lo mismo que el examen neurológico son normales. Se procede entonces a colocar sonda uretral permanente para dejar cerrar la vejiga, lo cual tarda un mes aproximadamente. Una vez cerrada la vejiga y retirada la sonda, se observa incontinencia ortostática total. Dilatación a beniques hasta el 52 y circuncisión, pues el prepucio está macerado y lardáceo por la humedad permanente. El 15 de julio de 1954 se opera (plástica perineal) con nuestra técnica. En el postoperatorio inmediato hace una pequeña fístula uretroperineal, que cierra espontáneamente. Un mes después el resultado es bueno, con sólo escape ocasional de algunas gotas y micción sin disuria.

**Caso 5.** - H. N° 3835. E. C., de 60 años, argentino. Primera entrada: 29-12-53. En retención aguda completa de orina desde el día anterior. No recupera la micción luego del sondaje y queda con retención crónica completa, a pesar de un largo período de sonda en permanencia. Operado por vía suprapúbica transvesical a lo Fuller-Freyer, el 18-2-54, se enuclea un adenoma bilobulado, tamaño ciruela, adherido a la cápsula en la mitad derecha. La microscopia demuestra que se trata de un adenoma con infección. Luego de al operación, evoluciona sin incidentes, aunque el cierre vesical se logra a los 20 días. Egresá con incontinencia parcial de orina y disuria leve. En el consultorio externo se lo trata con dilatación a beniqué, pues hay irregularidades en uretra posterior, rígida; estricnina y vitamina B. La incontinencia se hace prácticamente total, especialmente en posición de pie, la uretra posterior, permeable al beniqué 50 sigue rígida y hay lesiones de maceración prepucial, que está edematoso y lardáceo. Reingresa el 14-7-54 y se le practica circuncisión, antibióticos y A. C. T. H., dejando sonda permanente para ablandar la uretra. La uretrocistografía muestra pequeña loge que llega a la zona membranosa, irregular con cuello amplio. El 7-9-54 se efectúa la plástica perineal con nuestra técnica, que determina en los primeros días del postoperatorio la necesidad de sondarlo cada 12 horas. Se establece luego una pequeña fístula uretroperineal, que cierra espontáneamente al cicatrizar la incisión; pero terminado el proceso cicatrizal, la incontinencia persiste en iguales condiciones que antes de operarse. El resultado, pues, malo, debe achacarse a la infección que acompañando al adenoma, ha perturbado la cicatrización de la loge. El paciente continúa aún internado en el servicio y la uretra posterior es permeable pero rígida.

Creemos que la técnica presentada es racional en su fundamento anatómico y fisiológico y permite encarar un problema, que si bien no es frecuente, por fortuna, cuando se presenta es de difícil solución o mejor dicho, hasta ahora no la tenía, ya que las técnicas descritas tienen en su haber más fracasos que éxitos.

Los pocos casos tratados que aquí se presentan, muestran resultados realmente halagadores, ya que 4 resultados buenos contra un solo fracaso, nos obligan a perseverar en la aplicación de nuestra técnica y esperamos que quienes la ensayen, obtengan igual éxito.

Se presenta una nueva técnica de corrección plástica de la incontinencia urinaria postadenomectomía suprapúbica.

Dicha plástica utiliza la vía perineal y crea una doble cincha alrededor de la uretra membranosa; por delante los músculos isquiocavernosos suturados en la línea media y por detrás, en la misma forma, los elevadores del ano.

Se presentan 5 casos tratados, con 4 resultados buenos y 1 fracaso.