

COMPLICACIONES OBSTRUCTIVAS DE LA ADENOMECTOMIA TRANSVESICAL

Por los Dres. L. SANCHEZ SAÑUDO, F. MARQUEZ, L. PONTE, M. OCARIZ
y J. BARTOLUCCI

En el lapso de cinco meses hemos tenido oportunidad de observar siete casos de complicaciones estenóticas vésicouretrales post adenomectomías que al mismo tiempo de llamarnos la atención, nos han alarmado intensamente y creemos que es motivo para su presentación y de esta forma evitar o por lo menos disminuir su frecuencia.

De los siete casos citados uno pertenece a nuestro servicio, los demás provenientes de los más disímiles puntos de la República, ocupando prácticamente toda ella.

En todos la sintomatología fue idéntica polaquiuria, disuria y hemato-piuria, a los que en algunos casos se agregaron fistula vésicoabdominal.

En el caso de nuestro Servicio se trató de la presencia de un diafragma vésicouretral que hubo necesidad de intervenir quirúrgicamente por vía transvesical, ante la imposibilidad de un cateterismo.

Los demás pudieron ser cateterizados por la uretra por medio de control visual con el panendoscopio de Mc. Carthy y una vez dilatadas efectuamos la resección endoscópica con el resector de Mc. Carthy - Stern, previa larga y molesta calibración de la uretra posterior. En tres de estos casos se agregaron litiasis en la loge prostática. En dos de ellos se rechazó el cálculo a vejiga, se practicó la litotricia y posteriormente se efectuó la resección endoscópica. En el caso restante ante la imposibilidad de rechazar el cálculo a vejiga el tratamiento se hizo por vía suprapúbica.

Los exámenes anatomopatológicos de estas estenosis nos revelaron: en un caso la presencia de un adenocarcinoma no diagnosticable clínica ni radiológicamente, y en los otros solamente la esclerosis de la zona vésicouretral operada; uno en que el núcleo calculoso estaba constituido por dos gruesos hilos no absorbibles, con los que suponemos se efectuó la hemostasia en la loge.

En este paciente, por el largo del hilo utilizado y por ser uno ed gran longitud y el otro corto suponemos se efectuó la técnica de Hryntshak. Es necesario recordar que cualquiera fuera la técnica quirúrgica utilizada la sutura de la loge debe ser efectuada:

- 1º) Con hilos absorbibles a corto plazo.
- 2º) Dejar amplitud del nuevo cuello para evitar la formación de una prevejiga que provocará:
 - a) Disuria total.
 - b) Incontinencia post-miccional.
 - c) Retención crónica incompleta.
 - d) Infección consecutiva a ésta, con
 - e) Formación de núcleo litiásico.

Además mantener en el postoperatorio, por lo menos, hasta un mes la desinfección correcta de la loge residual, si acordamos que los exámenes anatomopatológicos de los adenomas extraídos, muestran en un 86 %, una profunda infección, principalmente en aquellos enfermos que llegaron a la reten-

ción aguda completa y que obligaron al uso de sonda uretral permanente durante lapsos a veces prolongados.

Por último la acidificación urinaria que ayudará a mantener un medio en donde el proteus y el aerobacter, no puedan proliferar, y con ello evitar la incrustación de la pared de la loge, la litiasis, o la esclerosis consecutiva.

De la observación de estos casos en tan breve lapso, se nos plantea el interrogante, sin respuesta aun pero a investigar, si esta patología no podría deberse a la exageración de suturas hemostáticas o al uso catgut de mayor calibre que el conveniente.

Tal vez de ello resultara el desarrollo, por medios altamente sépticos, de granulomas que ulteriormente darían lugar a esclerosis y estrechez correspondiente.