

INCONTINENCIA DE ORINA

Es la salida involuntaria e inconsciente de la orina fuera de la vejiga por la uretra. Puede ser en masa sin que el enfermo tenga la sensación ni posibilidad de detenerla en un cierto momento del día y las otras micciones normales. Tal la incontinencia esencial de los niños. O bien las orinas salen continuamente o en ocasión de esfuerzos de risa y tos. Otros pierden la orina gota a gota.

El diagnóstico es siempre fácil. Las fistulas vesico-vaginales por los antecedentes, el examen físico, la inyección de sustancias coloreadas, el tapón vaginal quedan muy en claro. Las uretro-vaginales por la ausencia de lesiones vesicales, el control vaginal, la no salida por la vagina de sustancia coloreada, la eliminación de azul de metileno por la vagina al tomarlo el paciente, la imposibilidad de hacer penetrar al uréter un catéter la despistan.

La pérdida de orina debida a implantación anormal de un uréter en la uretra no se confundiría con la incontinencia por la presencia de micciones normales y por encontrarse a la cistoscopia un solo orificio ureteral. El examen vaginal en la mujer y la uretroscopia en el hombre confirman el diagnóstico.

Las micciones imperiosas se diferencian de la incontinencia en que son concientes, aunque involuntarias.

En el uretrocele la bolsa se vacía inconsciente e involuntaria-

mente después de la micción; se diagnostica por la tumefacción situada en el tabique uretro-vaginal inmediatamente atrás del meato. La penetración por la vía uretral a la bolsa y otra a la vejiga al mismo tiempo descartan el **cistocele** afirmando el uretrocele. La presión da lugar a salida de orina por la uretra. Una radiografía previa inyección de colargol en la bolsa resuelve la cuestión.

La incontinencia es debida a lesiones nerviosas, lesiones de las vías urinarias, insuficiencia primitiva del esfínter, incapacidad vesical, distensión vesical y sin lesión aparente: incontinencia esencial.

Incontinencia por lesiones **nerviosas**: paraplegia, hemiplejía, tabes, traumatismos de la médula, sea por parálisis de los esfínteres o parálisis de la vejiga que produce una distensión después incontinencia por rebalsamiento. En la epilepsia existe incontinencia involuntaria e inconsciente de orina por atonía pasajera del esfínter.

La incontinencia por lesiones de las vías urinarias son debidas a una insuficiencia esfinteriana primitiva o secundaria de diversos orígenes. Primitiva: consecutiva a destrucción de los esfínteres, en la mujer por la tuberculosis vesico-uretra; en el hombre estallidos de proyectiles; deformación considerable del cuello vesical que impide el cierre del esfínter como en el adenoma prostático, después de la operación se debe a bridas;

cuerpos extraños, cálculos en particular, y tumores vesicales incluidos en el cuello; en el cistócele hay incontinencia por dislocamiento de los esfínteres debido a la tracción ejercida sobre ellos; la tuberculosis renal sin lesiones vesicales por medio de un reflejo crea la hipotonía del esfínter comprobándose por la desaparición al practicarse la nefrectomía. Se explica ese reflejo por la continuación de fibras musculares en el triángulo de Lietaud y la uretra intrincándose con las fibras del cuello hecho demostrado por los cortes histológicos.

La incontinencia por incapacidad vesical es generalmente precedida por micciones imperiosas, poco a poco la vejiga fuerza las fibras del cuello por hiperpresión.

Las cistitis, en especial la tuberculosa, los tumores malignos de la vejiga, los cálculos vesicales, sobre todo en los niños.

La incontinencia por distensión vesical se debe a un adenoma peri-uretral o a un cáncer de la próstata. En el primer caso por distensión debida a retención crónica que conduce al rebalsamiento. En el segundo sigue a la retención aguda completa; la contracción vesical vence los esfínteres que se relajan y dejan pasar la orina por el pequeño conducto que deja la estrechez, la vejiga se evacúa completamente al revés del prostático, tal sucede en los estrechos de la uretra.

La incontinencia esencial se llama también infantil; consiste en una verdadera micción involuntaria e inconciente; la ori-

na se elimina con fuerza, en bloc, se hace a menudo por la noche, excepcionalmente por el día. Abandonada a su evolución cesa generalmente a los 20 años. Un examen riguroso del niño permite a veces encontrar la causa: epilepsia durante el sueño, mordidas de la lengua; hipertrofia de las amígdalas, vegetaciones adenoides, hernia inguinal, tuberculosis renal, cálculo vesical, fimosis, adherencias del clitoris, estrechez congénita de la uretra, hiperacidez de la orina, adherencias sacras a una espina bífida oculta. Cuando es perfectamente imposible establecer la causa merece el calificativo de incontinencia esencial para mientras los progresos de la ciencia la aclaran.

Ha incontinencia es uno de los síntomas más importantes y frecuentes en urología. Para el enfermo enfermedad espantosa. Para llegar a darle la verdadera significación semiológica se hará un examen minucioso del enfermo; la orina se llevará al laboratorio; especial atención ha de prestarse al examen de la uretra, vejiga, próstata y riñones como al sistema nervioso.

DISURIA

Es la dificultad que siente un individuo para orinar. Si es durante toda la micción se llama total; si al principio inicial y si al fin de la micción, terminal.

Gran valor semiológico tiene tal clasificación de disurias, como se verá.

La total resulta de un trastorno de la contractilidad de la ve-

jiga o de un obstáculo uretral permanente. Los primeros tienen por causa un desorden de inervación, funcional a veces, como en la neurastenia, físico en otros: lesiones medulares, traumáticas, tabéticas; disminución del flujo nervioso por neuritis alcohólicas o sifilíticas. El obstáculo uretral más frecuente es la estrechez. En el adenoma prostático la disuria es rara vez total, salvo cuando la deformación del cuello sea muy marcada; en los tumores o cuerpos extraños de la uretra la disuria es total.

Cuando hallemos una disuria inicial habrá de buscarse la causa en una hipertrofia de la próstata siendo más marcada a medida que la congestión es más intensa. El paciente hace esfuerzo para que su orina franquee la eminencia creada por el adenoma, pero tan luego como lo consigue el resto se evacúa fácilmente. Se observa también la disuria inicial en individuos nerviosos que no pueden orinar en público.

La disuria terminal se observa en las cistitis agudas y subagudas, en los cálculos vesicales; su volumen produce una sensación de plenitud vesical que obliga al paciente a hacer un nuevo esfuerzo al final de la micción.

RETENCIÓN DE ORINA

Es un síndrome caracterizado por la imposibilidad de evacuar naturalmente la totalidad o parte de la orina contenida en la vejiga.

Retención completa es cuando no se emite una gota de orina; es aguda y crónica. Aguda cuando aparece bruscamente; crónica cuando se instala a continuación de una aguda. La necesidad de orinar se hace dolorosa y subintrante, el hipogastrio se distiende y vuelve doloroso; si el paciente no consulta al médico, la vejiga evacúa por rebalsamiento, caso no observado jamás cuando la retención es debida a hipertrofia de la próstata antes se rompe que evacuar. La palpación hipogástrica muestra una masa mediana suprapúbica renitente, dolorosa, que es la vejiga; el sondaje lo comprueba. No confundir la retención aguda con la anuria; esta no muestra globo vesical y la sonda nada evacúa.

Causas.—De origen nervioso: psicopático, cerebro-medular, reflejo: histeria, estados ataxo-adinámicos, fiebre tifoidea, apoplejía y coma, meningo-encefalitis y meningomielitis, compresiones medulares, tabes, esclerosis en placas, operaciones, chok, raquianestesia, fisuras anales y hemorroides, apendicitis, etc.

Por reflejo reno-vesical: tuberculosis renal, pielo-nefritis del embarazo.

Por modificaciones patológicas del músculo vesical: traumatismos de la vejiga, cistitis, divertículos de la vejiga, después del parto.

Por modificaciones patológicas de la uretra: hematoma perineal, compresión por fragmentos óseos, tumores uterinos enclavados, cálculos, coágulo, cuerpos extraños de la uretra, tumo-

res de la uretra, estrecheces, prostatitis aguda, cáncer, adenoma periuretral rigidez del cuello vesical, por esclerosis o hipertrofia muscular, espasmo del cuello después de una exploración.

Todas las causas pueden reducirse a dos: fuera de toda lesión urinaria y bajo la dependencia de las lesiones de las vías urinarias. El diagnóstico es fácil de establecer cuando la imposibilidad de evacuar la vejiga aparece en el curso de una afección extraña a las vías urinarias.

Reconocer en un traumatizado una herida o ruptura de la vejiga por medio del cateterismo. Es imposible el cateterismo de la uretra en las rupturas de la misma, pero cuando se llega a realizar la orina no es sanguinolenta como en las lesiones de la vejiga, hay uretrorragia. Pero si ninguna de esas afecciones existe, deberá pensarse en la médula espinal o bien en retención refleja por shock traumático.

Excluyendo traumatismo, afecciones urinarias el médico buscará en toda retención urinaria aguda establecer si es de menos de 48 años o de más. En un joven será una estrechez de la uretra o prostatitis; el tacto rectal y los beniqués resuelvan. Siendo negativos estos exámenes pensar en afección renal o divertículo vesical. Tuberculosis y pielonefritis gravídicas; examen de orina, antecedentes del enfermo, pielografías, embarazo, hallazgo del bacilo de Koch dirán el resto.

En el divertículo existe micción en dos tiempos, piuria, la cistoscopia y cistoradiografía lo muestran claramente.

Después de 45 años pensar en hipertrofia de la próstata y en el cáncer cerciorándose por el tacto rectal. No olvidar en ausencia de estas enfermedades la rigidez del cuello vesical por esclerosis o por hipertrofia de las fibras musculares del esfínter.

La retención se llama incompleta cuando la vejiga en vez de vaciarse en su totalidad deja un residuo perpetuo. Si esta no llena la vejiga se denomina retención incompleta sin distensión y si la llena con distensión. Como síntoma no tiene sino la polaquiuria. Se demuestra la retención por el cateterismo vesical después de la micción. El retencionista incompleto con distensión se queja de una de estas tres cosas: polaquiuria muy intensa, con deseos imperiosos cada 5 a 10 minutos; escurrimiento de orina. continuamente; los últimos son trastornos digestivos: anorexia, sequedad de la garganta, náuseas, constipación, diarreas, meteorismo, vejiga distendida, renitente y mate. En los operados bastará con pensar en la retención.

Pensar también en el adenoma prostático, la prostatitis y trastornos nerviosos. Si ninguna de esas enfermedades existe buscar el riñón y principalmente la tuberculosis, la barra interureteral, los divertículos y en último caso la cistitis.

O. M.