

CIRUGÍA GENERAL

NOTAS SOBRE LA OPERACIÓN DE MARSHALL Y MARCHETTI

Dr. WILLIAM T. GALLAHER

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina para Postgraduados,
Universidad de Nueva York, N. Y.

DESPUÉS de los procedimientos operatorios originales de KENNEDY y de ALDRIDGE, basados en la plicatura del esfínter vesical para la corrección de la incontinencia, MARSHALL y MARCHETTI presentaron en 1949 nuevos conceptos que han servido para corregir este trastorno. El primero de estos autores encontró que muchas de las pacientes sufrían incontinencia y retención por destrucción del soporte del cuello vesical a consecuencia de las maniobras de determinado acto operatorio previo. Se notó también que el soporte perineal podía evitar la incontinencia o, por lo menos, aliviarla, fuera aquél interno o externo. De acuerdo con estos supuestos, planeó un método de elevar la base de la vejiga y de angular la uretra, todo lo cual se verifica en el espacio de Retzius por medio de cuatro grupos de suturas paralelas a través de las paredes laterales de la uretra, con extensión desde cerca del meato hasta la unión de la uretra y la vejiga. Estas suturas se fijan al periostio de la superficie vesical de la sínfisis del pubis; al anudar dichas suturas se eleva y angula la uretra bajo la sínfisis. Pueden insertarse suturas de refuerzo desde el cuello de la vejiga a los músculos rectos.

Para poder apreciar por adelantado el probable buen resultado de la operación, se ha propuesto la siguiente prueba preoperatoria, fácil de llevar a cabo. Se llena la vejiga con 250 c.c. de solución salina, después de lo cual se pide a la paciente que haga fuerza en las posiciones prona y erecta. Se observa entonces el grado de la incontinencia. Seguidamente se levanta una ampolla con novocaína en la costura interuretral de la mucosa vaginal. Se aplica una pinza de Allis sobre esta ampolla a cada lado de la uretra. Entonces, con presión firme hacia arriba sobre la pinza, la paciente hace fuerza también en ambas posiciones. Si la prueba es positiva, esto es, si la orina no escapa a pesar del esfuerzo, se puede esperar buen resultado de la operación.

MARCHETTI ha modificado la operación original con suturas ente-

ramente periuretrales. Las ventajas, según este autor, son: (1) la técnica resulta más fácil; (2) hay más campo operatorio; (3) puede combinarse con la laparotomía; (4) no se contraíndica en las pacientes de edad avanzada ni en el período de la gestación; (5) es ideal después de fracasos con otros procedimientos operatorios.

Casos operados. — El grupo que presentamos está formado de 11 pacientes de incontinencia de esfuerzo. Se excluyeron aquellos casos de disfunción neurógena, de “urgencia” urinaria y de estados inflamatorios de la vejiga. En las pacientes seleccionadas, la duración de la incontinencia era de 1 a 25 años. El grado de la misma variaba, siendo intenso en algunos casos. Cinco pacientes habían sido operadas antes a causa de la incontinencia. La más joven contaba 37 años; la más vieja, 78. Con una excepción, todas habían tenido hijos (6 una de ellas). No hubo muchos casos que relataran dificultades en el parto, así como tampoco se observó particular frecuencia de partos instrumentales.

La intervención se practicó según el tipo descrito por MARSHALL y MARCHETTI. La única diferencia en las 4 últimas fué que se fijó la uretra, previamente disecada, por medio de una pinza de Babcock sostenida por un ayudante. Así se inmoviliza de manera que se pueden insertar perfectamente las suturas. La presión de la pinza comprende el completo diámetro de la uretra, lo que apenas causa traumatismo.

Las dificultades operatorias han sido mínimas en nuestro grupo de pacientes. La única digna de mención fué la excesiva hemorragia originada en las venas que forman el plexo en los espacios periuretrales y perivesicales; en los casos en que ocurrió, empezó al disecarse el tejido graso alrededor de la uretra en el primer tiempo de la intervención. No obstante lo copioso de estas hemorragias, la simple presión las domina; por el contrario, el intento de ligar y pinzar aumenta la tendencia hemorrágica.

El curso postoperatorio se ha hecho notable por su ausencia de complicaciones. En nuestro grupo sólo registramos un caso único de hematuria. La retención urinaria ocurrió en todos los casos durante 2 a 8 días, la cual se corrigió, según los casos, por medio de la sonda permanente o temporal. A título profiláctico, se administraron sulfamidas a pequeñas dosis (sulfadiazina o gantrisin). El dolor de la incisión fué moderado. La permanencia más prolongada en el hospital fué de 15 días; la más corta, de 10 días.

Todas las pacientes dejaron el hospital con buenos resultados, es decir, continentes. También fueron buenos los resultados obtenidos después de transcurrido bastante tiempo a partir de la intervención. El único mal resultado lo tuvimos que lamentar en una paciente, posiblemente debido a un criterio de selección erróneo, más que a fracaso operatorio;

parte de su sintomatología era psíquica, además de que se quejaba de varias molestias ginecológicas al mismo tiempo que de la incontinencia. A pesar de que la consideramos como fracaso, mantuvo su continencia durante 6 meses después de intervenida, y aun después, la incontinencia no ha sido tan intensa como antes de la operación.

Añadimos que ninguna de las operadas presentaba cistocele. Todas ellas dieron resultado positivo a la prueba que hemos mencionado antes. A pesar de que pueda parecer arriesgado sentar conclusiones de un grupo de sólo 11 pacientes, la uniformidad de los resultados inclinan a recomendar este procedimiento operatorio, en consonancia con las recomendaciones de MARSHALL y MARCHETTI.

LABORATORIO

ESTUDIO DE LAS ALBUMINURIAS BENIGNAS Y PATOLÓGICAS

Dr. S. EDWARD KING y colaboradores

Del Servicio Médico del "U.S Army Hospital", Fort Jay, N. Y.

EL descubrimiento de albuminuria en ciertos sujetos que no han sufrido enfermedades renales previas, es un problema que no puede resolverse si no se plantea sistemáticamente. Este tipo de albuminuria es el primero que se debe averiguar.

Albuminuria benigna

Esta entidad clínica se aplica a todas las variedades de albuminuria que no se deben a enfermedad grave o de evolución progresiva. Se estima su frecuencia en más del 3 % y se describen las siguientes variedades.

A. *Albuminuria transitoria*. — Esta variedad, que representa un 75 % de las albuminurias benignas, se caracteriza porque es difícil de comprobar dos veces en un mismo sujeto. Puede ser debida a la contaminación urinaria por las secreciones seminales, prostáticas o uretrales. Ciertos estados tóxicos, determinadas infecciones generales y la hipertermia elevada, pueden ser motivo de la llamada "albuminuria febril". Los