

15

*Sesión del día 16 de noviembre de 1971*

## RETENCION AGUDA DE ORINA EN LA MUJER

M. OZONAS, J. SÁENZ DE CABEZÓN

Podemos dividir en dos grupos las afecciones que pueden dar origen a una retención aguda de orina en la mujer.

— Enfermedades intrínsecas de los órganos urinarios a las que no vamos a hacer referencia en esta comunicación.

— Afecciones extrínsecas o de vecindad.

Entre las del segundo grupo vamos a referirnos exclusivamente a aquellas que son debidas a una compresión mecánica de la uretra.

En las retroversiones muy forzadas el cuello uterino se dirige hacia delante, tendiendo a quedar la uretra entre éste y el pubis.

Cuando la vejiga se distiende, se fuerza aún más la retroversión del cuerpo uterino y la compresión uretral por el cuello aumenta, pudiéndose llegar a la retención completa. Suele suceder alrededor del tercer mes de gestación.

Los prolapsos de útero suelen provocar más bien la ectasia de las vías altas y sólo en el caso de que sean totales dan lugar a retenciones de orina, que en general son resueltas por la propia paciente por reposición manual.

Las incarceraciones del útero gestante en baja pelvis dan lugar a procesos de extraordinaria gravedad, debido a que a la retención se añade un factor de isquemia muy importante, que da lugar a la gangrena. Se da en casos de fuertes retroversoflexiones.

El hematocolpos es causa frecuente de trastornos miccionales, pero raramente provoca la retención completa de orina.

Los fibromiomas, y no precisamente los de mayor tamaño, pueden también dar lugar a retenciones completas.

Causas de retención aguda de orina en la mujer.	INTRÍNSECAS	Vesicales	Cuerpos extraños. Litiasis. Coágulos. Tumores próximos al cuello. Enfermedades neurológicas.
		Cervicales	Esclerosis.
	Uretrales	Estenosis, neoplasias.	
	EXTRÍNSECAS	Por inflamación	Infecciones genitales. Desgarros perineales (post-parto). Postoperatorio, intervenciones ginecológicas o abdominales en general.
Por infiltración		Neoplasias genitales (cervix). Otras neoplasias.	
Por compresión		Retroversión uterina + gestación. Prolapsos totales de útero. Incarceraciones uterinas.  Hematocolpos. Fibromiomas. Tumoraciones retrovesicales.	

CASUÍSTICA. — *Primer caso*: Se trata de una mujer de 53 años de edad, que en sus antecedentes consta el haber tenido 3 hijos con embarazos y partos normales. Menarquia a los 12 años, menopausia a los 47. Sin antecedentes patológicos. Desde hace medio año presenta dificultad para iniciar la micción y un discreto aumento de la frecuencia miccional sin escozor. Acude de urgencia porque desde hace 24 horas presenta dificultad progresiva para la micción hasta la retención completa. Ante la gran molestia que presenta es sondada con cateter uretral del n.º 20 sin ninguna dificultad. Una vez eva-

cuados unos 700 c. c. de orina limpia se practica la exploración completa de la enferma que no presenta anomalía alguna, excepto una tumoración en hipogastrio de tamaño algo mayor que una cabeza fetal, móvil redondeada, dura y no dolorosa. Combinada la exploración manual del abdomen con el tacto vaginal se comprueba que la tumoración corresponde a un útero miomatoso que está fuertemente comprimido contra la cara posterior del pubis por lo que se hace difícil pasar el dedo entre éste y la tumoración.

La paciente fue dejada con sonda a permanencia y remitida al Servicio de Ginecología para ser tratada de su afección que era la única causa responsable de su retención.

*Segundo caso:* Se trata de una paciente de 38 años de edad que en sus antecedentes figuran 4 embarazos y partos normales, habiendo presentado en el tercer mes de su tercera gestación una retención aguda de orina que logró resolver con unos días de sonda uretral quedando el resto del embarazo sin problemas de evacuación en la orina. Acude al Servicio de urgencia por presentar una retención completa sin haber tenido en días anteriores ningún trastorno miccional. Presenta amenorrea de dos meses. Al tacto se aprecia un útero correspondiente a una gestación de igual tiempo, que está en retroflexión, el cuello es móvil y está dirigido hacia delante contra la uretra y el pubis. El parametrio derecho está algo empastado y doloroso. Se deja sonda Foley 18 a permanencia que pasa con facilidad. El gravindex practicado es positivo y a los tres días se retira la sonda recuperando la micción aunque con cierta dificultad y molestia. A los nueve días acude con nueva retención de orina, se la sonda de nuevo durante tres días administrándose antiinflamatorios y antisépticos urinarios. Posteriormente no volvió a presentar dificultad miccional.

*Tercer caso:* Se trata de una niña de 13 años de edad, natural de Torralba (provincia de Ciudad Real). Criada en el ambiente rural en contacto con animales domésticos. No menarquía.

Desde hace tres años refiere molestias abdominales difusas, imprecisas y continuas con alguna temporada de mejoría así como prurito en brazos, piernas y genitales. Desde hace tres meses aqueja disuria inicial y en ocasiones escape involuntario de orina, unas veces espontáneo y otras en relación con el esfuerzo. En alguna ocasión dificultad a la deposición. Desde hace tres semanas la dificultad miccional se ha hecho cada vez mayor hasta la retención completa que la hace acudir de urgencia al Servicio. El paso de una sonda del n.º 18 no ofrece dificultad extrayéndose 800 c. c. de orina limpia.

La exploración física arroja como datos de interés los signos de aparición de la pubertad. Existe bello pubiano y axilar así como un desarrollo mamario incipiente. El aspecto de la niña corresponde a una edad más avanzada (16 ó 17 años). A la palpación abdominal se aprecia una tumoración que casi alcanza el nivel del ombligo, algo móvil de consistencia blanda, bordes redondeados y lisos, no dolorosa y que se aprecia también por tacto rectal combinado como blanduzca, abombando mucho en recto, de situación muy baja y de límites no alcanzables con el dedor explorador.

Ante este cuadro se piensa que estamos ante un hematocolpos. Se inspecciona el himen en busca de un abombamiento y el clásico aspecto azulado,

pero se aprecia de aspecto rosado, carnoso y no abomba por lo que se descarta este diagnóstico (fig. 1). Se piensa en la posibilidad de que se trate de un quiste hidátide retrovesical ya que ha vivido en ambiente de posible contagio, tiene desde hace años pruritos bastante intensos y la consistencia al tacto recuerda la de estos procesos siendo también semejante a la de los sarcomas. Se baraja también la posibilidad de que se trate de un quiste de mesenterio.



Fig. 1. — Himen normal a la inspección «superficial».

Se procede a un estudio analítico completo que es absolutamente normal (hemograma, V.S.G. proteinograma). El Weinberg y el Cassoni fueron negativos. La radiografía de tórax fue normal, la de abdomen muestra solamente como digno de mención una sombra muy tenue difuminada en baja pelvis. La pielografía descendente evidencia una morfología y función renal bilateral normal con una discretísima ectasia de ambos lados por encima del cruce ureteral con los vasos ilíacos (fig. 2). A este nivel el uréter derecho queda moldeado por la arteria ilíaca, al parecer comprimido por algo de poca consistencia ya que no le causa obstrucción (fig. 3). La cistografía demuestra una compresión extrínseca de la vejiga en su parte central. El enema opaco practicado no aporta mayor información.

Con estos datos se decide ir a la laparotomía exploradora practicando antes, de nuevo, bajo anestesia, la palpación y el tacto combinado que arroja la misma información y además nos revela la existencia de otra tumoración por encima de la línea umbilical del tamaño de una naranja, muy móvil, dura, redondeada e independiente de la tumoración anteriormente descrita. Se vuelve a explorar la vulva y se aprecia imperforación de himen (fig. 4) a pesar de lo cual, influenciados por el haber descartado con anterioridad el

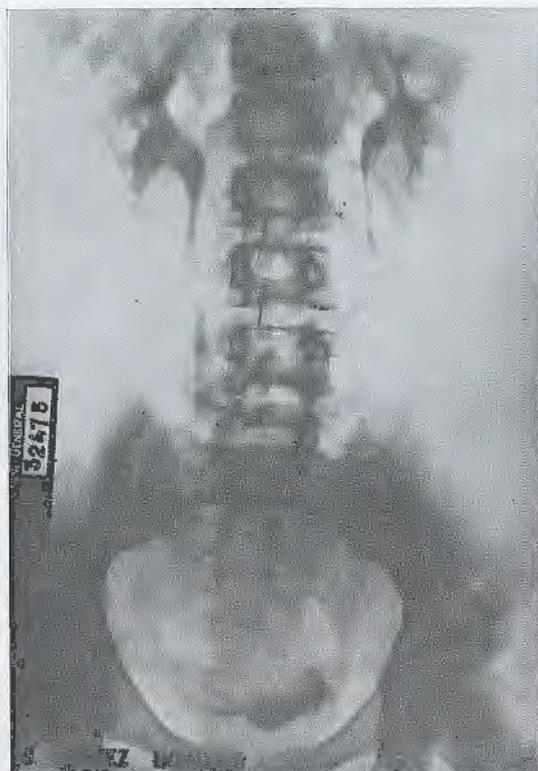


Fig. 2. — Discretísima ectasia de vías urinarias superiores por encima de los vasos ilíacos. Huella vesical.

diagnóstico de hematocolpos y por ahora haber palpado otra tumoración más alta se procede a la laparotomía, hallándose todo el delantal de los epiplones teñido de un color achocolatado y líquido peritoneal oscuro (fig. 5). En baja pelvis se aprecia una gran vagina distendida en sentido transversal y longitudinal por lo que el útero que es de tamaño normal ha sido rechazado hasta casi el hipogastrio. Por las dos trompas se aprecia refluir sangre oscura al comprimirlas (fig. 5). Ambos ovarios son normales.

Se procede a la himenotomía con tijeras ya que por ser muy gruesa, la simple dislaceración con pinzas no es suficiente para lograr la perforación himenal. Se extrajeron unos 400 c. c. de sangre oscura retenida.

Se trataba pues de un hematocolpometra con hematosalpinx y hemoperitoneo.

Hemos querido presentar este caso por creer que con el error en que hemos incurrido nos ha grabado más profundamente las enseñanzas que de él se derivan.



Fig. 3. — Uréter izquierdo moldeado por la arteria ilíaca.

El hematocolpos en sí no constituye una afección muy rara, pues ya TOMPKINS, en 1939, recoge 123 casos de la Literatura. Sin embargo, el que dé lugar a una retención aguda resulta mucho más infrecuente. Y así SNODGRASS describe en 1931 un caso revisando la literatura mundial sin hallar un solo caso descrito. Desde entonces han sido descritos varios casos aislados.



Fig. 4. — Hímen imperforado bien evidente, con una exploración más meticulosa.



FIG. 5. — En la parte superior delantal de los epiflonos teñido por sangre oscura. Sobre la gasa, trompa de la cual refluye sangre al comprimirla.

*Síntomas:* Dolor abdominal difuso y, en general, de localización baja. Dolor lumbodorsal.

Está descrito clásicamente por muchos autores (LÓPEZ BUENO: urología, ginecología) el dolor hipogástrico periódico correspondiente a las menstruaciones retenidas y que al final se hace insostenible; sin embargo, ni nosotros ni en otras publicaciones lo hemos hallado descrito en los casos clínicos presentados.

Calambres en abdomen y piernas.

Dolor en los muslos.

Síntomas urinarios: disuria, polaquiuria, imperiosidad miccional, pseudoincontinencia (micción por rebosamiento) y retención completa.

*Exploración física:* Tumoración abdominal baja, blanduzca, redondeada, poco o nada dolorosa.

Tumoración por encima del ombligo muy móvil, dura, no dolorosa, de pequeño tamaño, redondeada y lisa que corresponde al útero desplazado. No hemos hallado descrito este dato de la exploración en la literatura revisada e incluso en un caso de hematocolpos, desconociendo este hecho, citan al útero poco responsable de la compresión uretral en la retención aguda, lo cual nos parece imposible teniendo en cuenta el desplazamiento que sufre.

El himen puede aparecer abombado entre los labios menores y de un color azulado en el caso de tratarse de una membrana delgada, pero no es forzoso que así sea, y de hecho está descrito en un elevado por-

centaje de los casos publicados, en los cuales es frecuente que no se hagan el diagnóstico preoperatorio.

La imperforación del himen debe ser explorada minuciosamente con un estilete o sonda fina.

Existen signos de aparición de la pubertad.

*Exploraciones complementarias:* La cistoscopia demuestra la elevación del suelo vesical, y la cistografía una compresión extrínseca retrovesical.

La existencia de una verdadera hidronefrosis en la pielografía descendente es muy rara a esta edad, siendo sin embargo la regla en los hidrocolpos de las niñas recién nacidas, lo cual le confiere un carácter de especial gravedad.

*Tratamiento:* La himenotomía que no ofrece mayor dificultad puede practicarse con incisiones longitudinales, en espiral o en forma de cruz, tomando como punto de referencia el de una aguja introducida previamente a través de la cual se ha aspirado la sangre retenida, como para confirmar el diagnóstico. Se desaconsejan las maniobras de expresión de los órganos distendidos que podrían dar lugar a infecciones por creación del vacío en su interior.

**RESUMEN.** — Se presentan tres casos de retención aguda de orina en la mujer por compresión extrínseca de la uretra debido, a un mioma, una gestación y un hematocolpos, con especial mención de este último, del cual se resalta los hechos que indujeron a la falta de diagnóstico preoperatorio:

- 1.º No existencia de dolores periódicos.
- 2.º Ausencia del abombamiento himenal.
- 3.º Presencia de una segunda tumoración alta correspondiente al útero.

Es asimismo de destacar el hallazgo de un hemoperitoneo de larga duración por reflujo tubárico que puede explicar el dolor abdominal difuso de largo tiempo de evolución.

*Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social  
«Francisco Franco», de Barcelona.  
Servicio de Urología. Dr. F. Solé-Balcells.*

#### BIBLIOGRAFIA

- CALVIN, J., NICHAMIN, S.J.: Hematocolpos por imperforación de himenes. *Am. J. Dis Child.*, 51, 832, 1936.
- CAMPBELL, M. F.: *Urology*, 1963.
- COOK, U. R.: Hidrocolpos causando obstrucción urinaria. *J. Urol.*, 92-127, agosto 1964.
- GANDIN, M. L.: Síntomas urinarios causados por imperforación de himen. *J. Urol.*, 86-665, noviembre 1961.
- LÓPEZ BUENO: *Urología ginecología*, 1965.
- SNODGRASS, M. R.: Retención aguda de orina por hematocolpometra. *J.A.M.A.*, 97-777, 1931.
- TOMPKINS: Tratamiento del himen imperforado con hematocolpos. Revisión de 117 y aparición de 5 casos. *J.A.M.A.*, 119-913, 1939.
- YOUSEFF, A. L.: *Gynecological Urology* Springfield, 111. Charles C. Tomas, 1960.