

VEJIGA NEUROGENICA HIPERTONICA POR MIELITIS

Por el Dr. JUAN IRAZU

El problema de la vejiga neurogénica, mantiene para nosotros siempre un gran interés y especialmente si podemos subsanar los penosos cuadros clínicos que ella origina.

Transcribimos en forma exacta la historia de una paciente que a raíz de una mielitis aguda sufría de incontinencia y cuyo relato ella nos proporcionó.

En él, se puede deducir la importancia de este problema urológico que generalmente se abandona a su propia suerte, después de poner a prueba innumerables tratamientos sin un criterio y orientación acertada, declarándolo finalmente incurable.

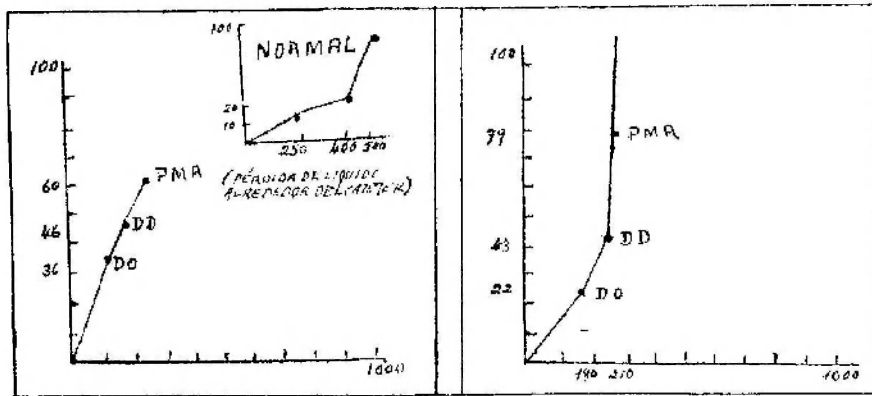
O. B. de G., 43 años, casada, nos consulta por consejo de un neurólogo y refiere que: El 11 de mayo de 1943, después de una temperatura de 40 grados, un fuerte dolor de garganta y espalda, empecé a perder sensibilidad y fuerza de las piernas. Noté que me costaba orinar, entonces el médico me obligó a ir al baño, caminando, pero ayudada y oriné. Después seguí peor y ya no moví más mis piernas, pues quedé parálitica de la cintura para abajo. La vejiga no funcionó más y tuvieron que sondarme. Pase así 20 días, y luego empecé de nuevo a funcionar la vejiga (yo digo a lo loco), pues era a cada rato y en ningún momento pude retener nada. Hasta entonces no sentía el deseo de orinar. Después empecé a recuperarme y a sentir el deseo de orinar y lentamente a mover mis piernas y el deseo de mover el vientre; luego, poco a poco el deseo de orinar se fué espaciando y en noviembre de 1943 empecé a levantarme. Como tratamiento se me hizo Vitamina B₁. En ese entonces no tenía dolores. Empecé el año 1944 en la misma forma y en abril sentí molestias en la vejiga y fuertes dolores en la parte sacro-lumbar. En ese entonces el Dr. X me hizo aplicar 500.000 unidades de penicilina, nada cambió mi estado, ni baños calientes, ni calor, ni Vitaminas B, lo único que calmaba en parte mis dolores era el masaje. Así pasé hasta 1945 que ya caminando como ahora (lo hace ayudada con dos bastones), me fui a Montevideo (la enferma es uruguaya). Allí el Dr. X me hizo tratamiento de parálisis infantil y me aplicó curare, que me empeoró, pues me trajo una rigidez que no podía doblar ni moverme para ningún lado. Ya convencida que no lograría nada (y siempre con mis molestias en la vejiga, pues no podía retener ni 2 minutos), regresé a Buenos Aires. En 1946 y 1947 por indicación del médico seguí con masajes e iontoforesis. Vitamina B₁ pero siempre mis dolores eran lo mismo. En 1948 fui al Dr. X, el que me hizo un tratamiento bloqueo por anestesia de los nervios sacros) que me mejoró mucho, pues me quitó casi por completo los dolores sacro-lumbares y si bien transitoriamente me calmaba los dolores de vejiga, era una tranquilidad de 2 a 3 días, pero después volvían de nuevo; así pasé hasta 1950 en que en el mes de febrero, empecé a sentir unos dolores tan intensos y seguidos que casi no podía aguantarlos y el único alivio era cuando orinaba. Vi por entonces a un especialista de vejiga que me hizo una serie de instilaciones con Gomenol y aceite de bacalao, a la vez hice inyecciones de estreptomocina y tomé aureomicina. No logré con ello ninguna mejora. Así seguía cada vez peor y lo consulté al Dr. X para aliviarme los dolores y así pasó 1951 en que no podía moverme pues el solo hecho de incorporarme

del sillón me daba el dolor e inmediatamente era una lluvia mi vejiga y parecía que de noche los dolores y los ardores fueran más fuertes. En consecuencia vivía con toalla puesta y bombacha de goma día y noche.

En febrero de 1952 tuve una pérdida menstrual que continuó cerca de un mes. Fui a ver al Dr. X y me aconsejó un raspaje. Lo consulté por mi vejiga y empezó a tratarla con instilaciones sin conseguir nada, después de eso tuve sonda abierta y permanente 2 meses y no tenía dolores. Retiramos la sonda y a las 2 horas empecé de nuevo con fuertes dolores. Tomé entonces Aureomicina y Terramicina. Volví entonces al Dr. X y me dijo que lo único que podía aliviarme era la sonda permanente durante mi vida y si no la talla.

Antecedentes personales: Enfermedades de niñez: sarampión, paperas, extirpación de amígdalas. A los 18 años reuma de 3 meses de duración.

Antecedentes familiares: Mi padre falleció a los 42 años de síncope cardíaco, era reumático. Mi madre es sana, vive. Mis 3 hermanos son sanos. E. Act.: Buen estado general. Desarrollo somático normal. Ex. Urol.: Orina limpia. Ex. físico: reno ureteral, negativo. Capacidad vesical reducida a 100 cc. Panendoscopia: Uretra libre, los esfínteres externo



Figuras 1 y 2 -- Cistogramas antes y después del tratamiento.

interno débiles y cuello vesical, pólipo inflamatorio. Meatos ureterales normales; vejiga libre mucosa sana. Cistometría: 18-7-52. D. O. con 100 cc. 36 cm. D. D. con 150 cc 46 cm. P. M. R. con 170 cc. 60 cm., hay expulsión del contenido vesical alrededor del catter. P. M. V. carece de valor por esa circunstancia. Diagnóstico: Vejiga hipertónica.

En estas condiciones nos hacemos cargo de la paciente y su tratamiento el (18-7-52). Trat.: Pusimos sonda cerrada (sonda permanente Foley tapada). Los primeros días debí abrirla muy seguido, cada $\frac{1}{4}$ de hora, después se espaciaba, luego volvía al $\frac{1}{4}$ de hora. Empecé en agosto a tomar Escopolamina en gotas, comencé con 1 hasta 10 gotas diarias y también comenzamos con el tratamiento de irrigación (Tidal drainage: drenaje en marea) con ácido bórico. Me dolía mucho y hubo que bajar el codo del sifón para que tolerase mayor cantidad y así seguí hasta el 18 de agosto, en que se expulsa la sonda y se me cambió por una más gruesa, mantuve la sonda cerrada durante el día, lo más que podía aguantar las ganas de orinar y de noche aplicaba la irrigación. Los primeros días la sonda molestó, después menos y menos. Toleraba también la irrigación que se fué elevando el codo del sifón del aparato, de 17 cm. (del manómetro) al 38, y estando sentada aguantaba hasta 40 cm. En la cama solamente 38 cm. El 9-9-52 se midió la capacidad (cistometría) y se había ganado en capacidad. (Hoy (27-9-52) continúo con el tratamiento anterior y tomo Combex. Puedo tener la sonda cerrada 2 horas y media y la altura del codo del sifón ha llegado a 42 cm. Evolución: Después del tratamiento del aparato de irrigación, la vejiga ha quedado más tranquila. Duermo mejor, no pierdo y paso en algunas oportunidades de 3 a 5 horas sin orinar. Claro que, hay días que si me acuerdo del pasado se porta mal, pero confieso que son las menos. Hoy he podido ir al cine.

Después de 4 meses de tratamiento, se efectúa un nuevo control cistonométrico y comprobamos que después de la irrigación y medicación, aumenta la capacidad vesical, disminuyendo la hipertonia. Cistometría: (9-9-52) D. O. con 180 cc. 22 cm. D. D. con 210 cc 43 cm. P. M. R. con 210 cc. 79 cm. P. M. V. con 210 cc. 100 cm. Dado el resultado favorable en la evolución funcional de la vejiga, se suspende la irrigación (15-10-52), y se le da de alta en observación.

COMENTARIOS

El caso relatado, se trataba de una vejiga medular por mielitis extensa de los segmentos cervico-dorsales con paraplejia y lesión vesical. No fué posible al neurólogo precisar la intensidad de la lesión, pero la sintomatología hace pensar en una mielitis transversa.

Las lesiones medulares producen alteraciones funcionales de la vejiga. Ello se debe a la existencia en la médula sacra de los centros que gobiernan la micción y de sus vías de inhibición cerebral.

Las lesiones severas de la médula producen como en nuestra enferma: 1) retención completa y 2º) micciones periódicas por actividad automática (incontinencia activa por reducción de la capacidad vesical).

El presente caso corresponde a la variedad de vejiga medular de la clasificación de Mac Lellan.

Según (Hughes) en este tipo de vejiga falta el control alto o encefálico de la micción y alterada la inhibición central por lesión de las vías medulares de conducción centripeta.

La vejiga refleja es normal en el niño menor del año de edad; en el mayor y en el adulto, se la observa en lesiones medulares por encima del cono.

La vejiga se paraliza primero por el shock medular, hay pérdida del deseo de orinar y retención. Pasadas las 24 horas, hay que sondar al paciente que sólo suele sentir sensación de plenitud abdominal.

Después de 2 ó 4 semanas a veces meses, aparecen las contracciones del detrusor y su aparición es más lenta en las lesiones próximas al cono medular. En este caso la aparición tardó 2 semanas y media pues se trataba de una lesión cervico-dorsal y la enferma pudo orinar por automatismo reflejo.

Como consecuencia de la falta de inhibición cerebral, la vejiga se ha ido reduciendo en capacidad, al producirse la contracción evacuadora más precozmente que en la vejiga normal.

Esta disfunción, a menudo se complica de infección ya sea por los cateterismos o por el residuo vesical que en este caso era pequeño. La capacidad tiende a disminuir aún más y la vejiga se contrae con pequeñas cantidades de orina dando el falso cuadro de una incontinencia.

Ante un caso semejante, había que orientar el tratamiento ya que los anteriores habían fracasado por desacertados o insuficientes.

Nuestro criterio se orientó: 1º) A restaurar la capacidad vesical. 2º) Evitar que la paciente se moje, restableciendo una micción eficiente. 3º) Establecer una vigilancia periódica para evitar las complicaciones litiasicas, etc.

Instituímos pues como tratamiento primero, cateterismo permanente con sonda Foley ocluida y abierta cada 4 horas. Luego continuamos con la irrigación continua Tidal (drenaje en marea) día y noche con dispositivo de Munro.

Reforzamos la irrigación con escopolamina por vía oral para frenar el parasimpático del detrusor y agregamos altas dosis de Vitamina B.

Con estas medicaciones la enferma recuperó la capacidad vesical y desapareció su incontinencia, hasta considerarla casi curada.

RESUMEN

Se presenta un caso de vejiga neurogénica hipertónica como secuela de una lesión transversa de la médula por mielitis. Se hace destacar la desorientación en el tratamiento de sus fenómenos vesicales cistalgia e incontinencia, que constituían para la enferma una invalidez mayor que su paraplejia. Se emplean la cistotonometría como control diagnóstico y pronóstico. El tratamiento efectuado con la irrigación en marea (Tidal), las drogas que frenan el parasimpático y la vitamina antineurítica, permiten a la enferma olvidar su invalidez vesical y decir que su mejora ha sido extraordinaria. Se espera que en la evolución alejada, se mantenga este resultado y en caso de recidiva deberíamos proceder a neurectomía de los nervios erectores del parasimpático y de los nervios hipogástricos según la técnica de Richer citado en la nota bibliográfica.

BIBLIOGRAFIA

- Acle E.* — *Día Médico*, Nº 75, 1980, Nov. 1952.
Bors J. B. — *J. Urol.*, Vol. 60, 2, 1948.
Galazzi W. — *Arch. Ital. Urol.*, Vol., 24 Fasc. 6. 407, 1950.
Hughes F. A. — *Urol. Práct.*, Montevideo 1949.
Mc Lellan F. C. — *Neurg. Bladder-Springfield* 3, 1939.
Richer. — *Journal D'Urologie* 50, 197, 1942.
Ritter J. S. — *Sporer A. J. Urol.*, Vol. 61, 3, 1949.