

VEJIGA ATONICA MIOGENICA POR BARRA OBSTRUCTIVA DEL CUELLO. 2 casos

Por los Dres. JUAN IRAZU y R. SANCHEZ

En nuestra práctica urológica diaria se presenta de tanto en tanto una retención de orina de evolución crónica, casi asintomática que establece la duda, de si se trata de una lesión neurógena o miógena.

Los dos casos que relataremos encuadran dentro de ese tipo de pacientes y son de las tantas que habreis encontrado en vuestros exámenes clínicos instrumentales pero cuyo tratamiento de la obstrucción no siempre es suficiente para su curación.

En la revista bibliográfica habíamos hallado citas de casos aislados como los nuestros pero el reciente trabajo de Houtappel H.C.E. nos induce presentarlos como casos de casuística a la consideración de los distinguidos consocios.

Observación (1). — V. R., 77 H. C. del S. Urología. P. Argerich. Ingresó 19-2-48 E. A. Comienza hace 5 años con piuria de emisión, no experimentó síntomas agregados Consultó en otro hospital y se le encontró 800 cc. de residuo. Fue diagnosticado como esclerosis e hipertrofia de cuello vesical y reseado por vía endoscópica. No obstante la retención no disminuyó. Ha seguido bien sin molestias subjetivas, haciendo lavajes vesicales periódicos. Las orinas son permanentemente turbias. En estas condiciones consulta y como la panendoscopia muestra que la hipertrofia cervical subsiste se lo interna para retocarlo. A. H. y P.: sin importancia. Excelente estado a pesar de la edad, orina piúrica, micciones cada 3 o 4 horas pequeñas. Uretra amplia. Residua 800 cc. Próstata al tacto; chata, lisa, elástica. Ex. somático general, nada de particular. Presión arterial Mx. 12 Mm. 8. Reflejos nerviosos conservados. Ex. Complementarios: Eritrosedimentación J. K., 55. Panendoscopia: Vejiga nada de particular. Vertiente inferior sumamente elevada y rígida. No hay lóbulos adenomatosos Diag.: Atonia vesical miogénica por hipertrofia y esclerosis del cuello vesical. R. W. y K. negativa. Pielograma normal. Trat.: Dilataciones uretrales. Resección endoscópica que mejora su residuo reduciéndolo a 300 cc. Es dado de alta en observación y continúa sus lavajes vesicales hasta aclarar la orina. Visto hasta la fecha, el paciente continuó con excelente estado general. El residuo se midió periódicamente y ha ido en aumento siendo en la actualidad de 600 a 800 cc. piúrico. Se le propone una 3ª resección o la cistectomía subtotal, pero el paciente no acepta. El examen radiográfico (Cistografía): Vejiga de contorno regular muy aumentada de tamaño sin reflujos de la sustancia de contraste a los uréteres. Cistotonometría: D. O. (Deseo Orinar) con 1.000 cc.: Presión vesical = 0; D. D. (Deseo Doloroso) con 1.200 cc. = Ocm.; P. M. R. (Presión Máxima Refleja); con 1.600 = Ocm.; P. M. V. (Presión Máxima Voluntaria) con 1.600 cc. = 41 cm. Ex. Neurológico: Reflejos tendinosos vivos, no hay alteración sensitiva. Hipertonía piramidal izq. y fenómenos extrapiramidales. Sigue en observación.

Observación (2). — V. G., 43 años, argentino, casado, H. C. 1905. Ingresó 26-9-52. E. A.: Hace 12 años comienzan sus trastornos miccionales consistentes en disuria, polaquiuria,

micturia. A pesar de tales molestias no se hace examinar y continúa con ese estado, que por supuesto fué en aumento. hasta que hace 2 años se decide consultarnos, por una retención aguda de orina. Se la interna en este Servicio donde se le efectúa el diagnóstico de esclerosis de cuello de vejiga. E. Act.: Enfermo desmejorado por un cuadro de intoxicación urinaria. Al examen se constata la existencia de un globo vesical, se efectúa sondaje y se extraen 3.000 cc. de orina, piúrica, se le deja sonda permanente ya que no puede orinar espontáneamente. Posteriormente, internado en la Sala se le efectúa endoscopia comprobándose una vejiga trabecular, con celdas y columnas y esclerosis de cuello vesical. Próstata al tacto de tamaño y caracteres normales. Estudio Cistotonométrico: 1º) Ex. con cantidades normales de líquido en vejiga. 26-9-52. D. O. con 750 cc., 8½ cms. P. M. V. con 1.350 cc., más de 100 cms. 6-10-52 Ligadura de deferentes. Sonda a permanencia. 10-10-52 Drenaje en Marea. 17-10-52. Se le efectúa cistotonometría no modificándose la curva. 22-10-52. Se lo efectúa una resección endoscópica de cuello de vejiga. 24-10-52. Se le retira la sonda permanente; ya que no ha dado hematuria y el enfermo orina espontáneamente, si bien orina piúrica. 26-10-52: Se vuelve a colocar drenaje en marea con Sol. G. 30-10-52: Se retira el drenaje, enfermo orina espontáneamente: orinas claras, residuo 50 cc. Se le da de alta, debiendo volver para efectuar nuevo estudio del tono vesical y la vigilancia de su evolución.

COMENTARIOS

Se entiende por vejiga atónica miogénica la pérdida del tono vesical por distensión crónica de origen mecánico sin alteración de la inervación del órgano.

Esta vejiga se origina por lesiones obstructivas a) Congénitas: Enfermedad de Marion (esclerosis hipertrofia del cuello vesical), válvulas, estrechez de uretra, b) Adquiridos: por barra del cuello y adenoma prostático.

Conocemos la disposición de la inervación vesical, sensitiva y motora del detrusor que se controla por acción de los parasimpáticos cuyo arco reflejo tiene su centro en los segmentos sacros de la médula. Estos se comunican por vías ascendentes al encéfalo donde están los centros voluntarios de inhibición.

La sección patológica del arco reflejo más comúnmente por lesiones de las raíces posteriores como ocurre en la tabes, da lugar a la vejiga atónica neurogénica con cual debemos establecer el diagnóstico diferencial.

En la vejiga atónica miogénica existen pocos trastornos miccionales o pasan desapercibidos, sólo existe cierta dificultad urinaria desde la infancia o aparecen en la edad adulta en nuestros casos 2 hombres de 74 y 34 años respectivamente, suele observarse en mujeres y niños también.

El examen físico permitió palpar un gran tumor abdominal suprapúbico. La panendoscopia demostró la barra esclerosa. La sensibilidad estaba conservada.

La cistotonometría fué útil en estos casos pues el cistograma obtenido muestra una curva hipotónica con reflejo de contracción del detrusor débil, pero la onda retardada (Ver esquema). La resección endoscópica en uno fracasó y curó el otro, momentáneamente.

Houtappel en su reciente trabajo refiere haber tratado 13 observaciones de vejiga atónica miogénica sobre un total de 1380 operaciones por prostatismo. Algunos pacientes mejoraron con la simple extirpación de la obstrucción del cuello de vejiga pero otros fueron tratados por la cistectomía subtotal pues continuaba la retención de orina, en algunos de ellos se repitieron varias resecciones, persistiendo la retención.

Refiere este autor que Orr en 1947, la practicó por primera vez y en 1948 Cabtree y Muelner, publicaron 8 casos exitosamente tratados con la escisión de 2/3 de músculo vesical.

La técnica de la cistectomía subtotal es simple, se debe extirpar lo más posible de la pared. La vejiga debe ser totalmente suturada, dejando drenaje uretral.

Los resultados fueron buenos en lo que se refiere a la orina residual, pero la mayoría de los pacientes se quejaron de incontinencia transitoria, que desapareció casi en todos.

El examen histológico de la pared vesical, demostró los siguientes cambios: aumento del tejido fibroso existente que rodea normalmente las fibras musculares; como para producir tabiques considerablemente más espesos y también nuevas áreas de tejido conectivo que reemplazan todo el músculo o parte.

RESUMEN

La vejiga atónica miogénica puede ser congénita o adquirida, del hombre la mujer y el niño. Es una afección de larga evolución casi asintomática. Su etiopatología reside en las lesiones obstructivas del cuello vesical y uretra. Su diagnóstico diferencial se establece con la vejiga atónica neurogénica por medio de la cistotonometría. El tratamiento consiste en la extirpación de la lesión obstructiva y cuando persiste el residuo con la cistectomía subtotal de 2/3 de pared. La observación futura, dirá si este tratamiento es suficientemente curativo. La anatomía patológica demuestra la desaparición del tejido muscular por el conectivo.

BIBLIOGRAFIA

- Cabtree, E. G. y Muellner S. R.* — (1948) *J. Urol.*, 60, 593.
Fish, G. W. — (1950) *J. Urol.*, 63, 802.
Houlappel, H. C. E. M. — *British J. Urol.*, Vol. 24, N° 3, 1952.
Orr, L. M. — Jun. (1947). *Southern med. J.*, 30, 519.