

## EL DIAGNOSTICO URETROGRAFICO DE LA ENFERMEDAD DEL CUELLO VESICAL

Por los Dres. ALBERTO E. GARCIA y JOSE CASAL (\*)

Es muy antigua la observación de enfermos que sin ser portadores de evidentes procesos obstructivos del cuello de la vejiga, tienen acentuados trastornos disúricos que llegan hasta la retención completa de orina y aun más, a provocar la muerte del enfermo por insuficiencia renal.

Este proceso tiene una serie de etapas sucesivas que son la hipertrofia del detrusor, la retención incompleta y la ectasia uréteropielica, fenómenos todos ellos que para los autores antiguos no tenían explicación satisfactoria.

Guthrie, en 1834, fué el primero que describió un obstáculo cervical y lo consideró como el responsable de esta serie de trastornos, pero más tarde Guyon, con su gran autoridad, los atribuyó a la atonía del detrusor y la explicación de la patogenia de este síndrome urinario permaneció de esta manera durante mucho tiempo.

Es Legueu en 1922, que vuelve a relacionar la causa de los disturbios miccionales con una alteración del cuello de la vejiga y le da la designación de enfermedad del cuello vesical: Marion, pocos años después, hace su descripción en forma más amplia y completa, estableciendo al mismo tiempo la terapéutica quirúrgica, con la resección del cuello de la vejiga a cielo abierto, que sigue siendo con algunas variantes la operación de elección.

Los americanos, con Randall, Young y Mc Carthy, contribuyeron en buena manera al mejor conocimiento de esta enfermedad y en nuestro país, Trabucco, con sus investigaciones sobre el músculo propio del cuello vesical, hizo un interesante aporte.

Heckenbach en Alemania, recapituló, basándose en el concepto de enfermedad de sistema creado por von Lichtenberg, la clínica y la patología de esta afección y la repercusión anátomo-funcional que tiene sobre el árbol urinario en su totalidad.

En un trabajo anterior, nos hemos ocupado de las alteraciones anatómicas y funcionales que se pueden poner en evidencia por la urografía de excreción, en el árbol pielocalicilar, como consecuencia de las obstrucciones cervicales en general y en esta comunicación exponemos las imágenes que la uretrografía por relleno permite observar en la enfermedad del cuello vesical.

(\*) Presentado en las Jornadas Argentinas de Urología, Mar del Plata, Nov. 1953.

Sistematizamos una serie de signos radiológicos observados en nuestra práctica diaria, que han sido controlados con el diagnóstico endoscópico y que constituyen a nuestro juicio, un elemento de importancia en el diagnóstico de la afección que nos ocupa.

Todas las uretrografías son obtenidas con la inyección de aceites iodados, que por su viscosidad son más útiles en la obtención de imágenes que la sustancias de contraste muy fluidas. La uretrografía por relleno retrógrado, tiene, en nuestro concepto más ventajas que la uretrografía miccional preconizada desde Haudek, sobre todo si se piensa que se trata, en gran número de oportunidades de enfermos con acentuados trastornos disúricos que impiden la obtención de imágenes demostrativas, por otra parte la inocuidad del procedimiento, así como la posibilidad de demostrar la existencia de otras lesiones asociadas, hacen que este tipo de examen radiográfico, sea muy útil.

Se agrega a ello, que en determinados casos, es muy difícil o casi imposible el paso de instrumentos endoscópicos que permitan hacer el diagnóstico por este medio de investigación, valorándose así aun más el diagnóstico radiográfico.

Creemos oportuno hacer una rápida revisión de la enfermedad del cuello vesical: Marion dice que con el nombre de enfermedad del cuello vesical, deben entenderse los trastornos disúricos semejantes a los producidos por la hipertrofia de la próstata, resultantes de las modificaciones del cuello vesical y que no son dependientes de trastornos de orden neurógeno.

Block, la define como una afección de origen congénito ligada a una disfunción neuromuscular cuya primera expresión es la hipertonia, la hipertrofia muscular después y finalmente la esclerosis del complejo muscular que constituye el cuello de la vejiga: muy semejantes son los conceptos de Heckenbach.

Esta enfermedad tiene sus manifestaciones sintomáticas en individuos jóvenes y aun en los niños la afección se presenta con cierta frecuencia con su sintomatología completa y a veces en estadios avanzados de su evolución tal como lo ha demostrado Campbell en repetidas oportunidades.

El trastorno llamativo es la disuria: el paciente tiene que esforzarse para orinar y para conseguirlo pone en juego los mecanismos auxiliares de la micción como la prensa abdominal, en los estados avanzados, sólo puede orinar sentado.

El estudio uretrográfico que aquí efectuamos excluye todas las causas adquiridas capaces de provocar una disectasia cervical, nos referimos a todos los procesos inflamatorios de origen prostático o periprostático y de las vesículas seminales, así como las neoplasias capaces de obstruir el cuello de la vejiga.

Como ya hemos establecido, utilizamos exclusivamente la uretrografía retrógrada con aceites iodados y obtuvimos así una serie de signos que esquematizamos en el siguiente cuadro:

#### *Signos directos*

- a) Estenosis del orificio cervical.
- b) Alargamiento moderado de la porción supramontanal de la uretra.
- c) Angulación de la porción cervical.
- d) Deformación cupuliforme de la foseta supramontanal.
- e) "Gota suspendida".

*Signos indirectos*

- f) Hipertrofia del ligamento interuretérico.
- g) Hipertrofia trigonal.
- h) Deformaciones de la imagen vesical.

Estos signos radiográficos se encuentran muchas veces asociados en el mismo "film" haciendo indudable el diagnóstico de la enfermedad, otras veces sólo uno de ellos, como el de la "gota suspendida", es suficiente para establecerlo, pues a nuestro juicio es patognómico (fig. 6 y 7).

Existen además (fig. 12), enfermos con disuria moderada de muchos años de evolución que al avanzar su edad, padecen de un pequeño adenoma prostático. Constituyen un grupo de pacientes que nosotros denominamos "prostáticos mixtos" porque a su enfermedad del cuello vesical, se agrega una hipertrofia de la próstata.

Su diagnóstico uretrográfico es perfectamente realizable y se pueden ver en el uretrograma los dos factores que provocan su disuria.

Exponemos a continuación, las imágenes uretrográficas resumidas en el cuadro anterior.



FIG. 1. — a) Estenosis del orificio cervical, por enjambamiento del veru, sin alargamiento de la porción supramontana de la uretra.



FIG. 2. — a) Estenosis del orificio cervical y d) discreta deformación cupuliforme de la porción supramontana de la uretra.



FIG. 3. — b) Alargamiento moderado de la porción supramontanal de la uretra y c) angulación de la porción cervical.

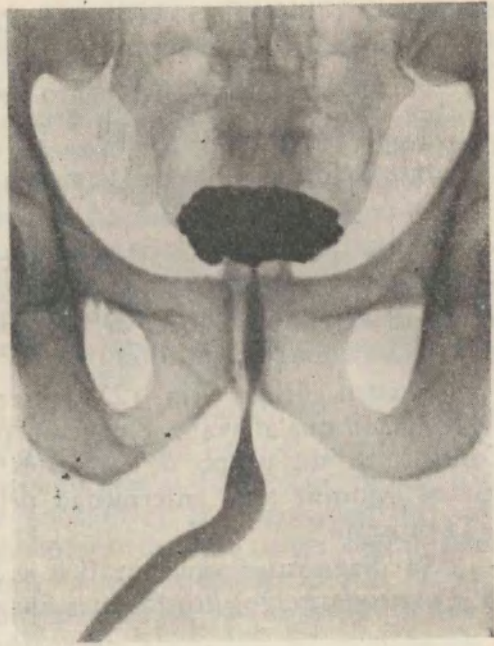


FIG. 4. — a) Estenosis del orificio cervical y d) deformación cupuliforme de la porción supramontanal de la uretra, moderado ensanchamiento transversal en "playa".

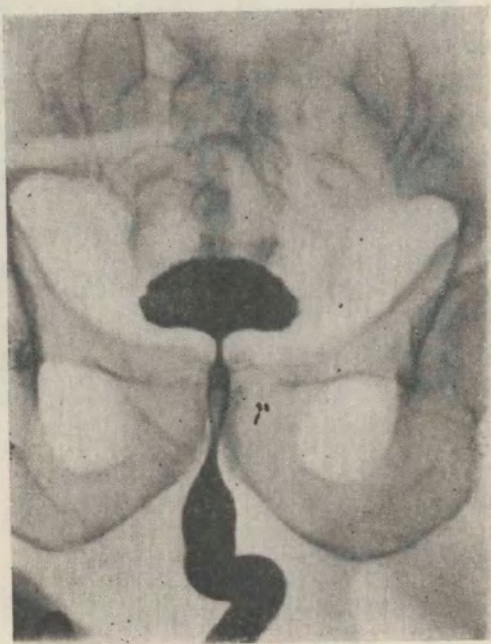


FIG. 5. — a) Estenosis del orificio cervical, d) deformación cupuliforme de la uretra posterior y g) hipertrofia trigonal.

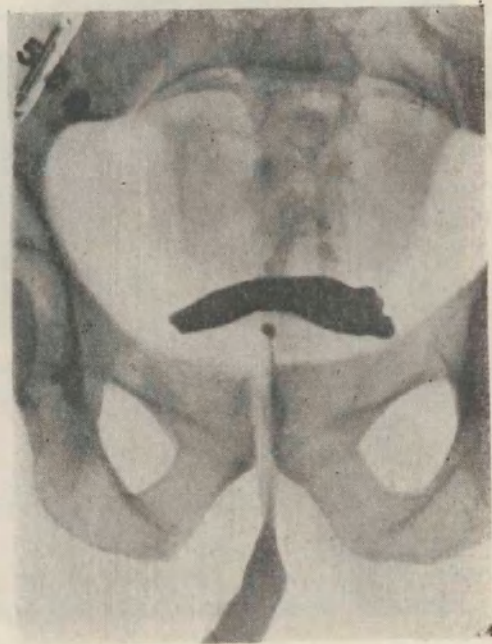


FIG. 6. — e) Gota suspendida y d) deformación cupuliforme de la uretra supramontanal, g) hipertrofia trigonal.

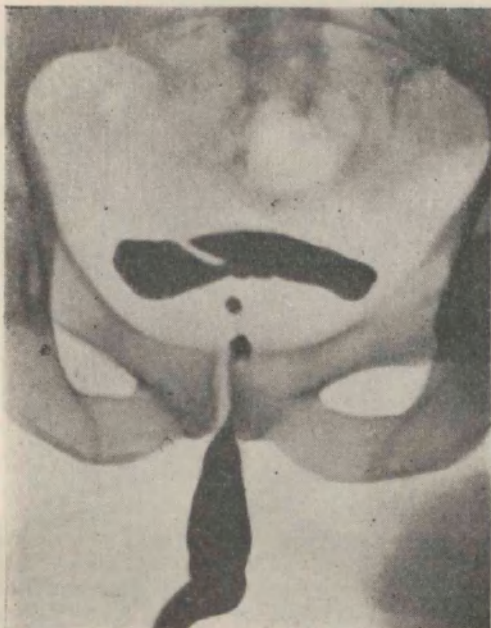


FIG. 7. — Los mismos elementos que en la figura anterior (obsérvese que no hay alargamiento de la uretra supramontanal.



FIG. 8. — c) Angulación de la porción supramontanal de la uretra y f) hipertrofia del ligamento interuretérico.



FIG. 9. — a) Estenosis del orificio cervical, b) alargamiento, c) angulación y d) deformación cupuliforme de la uretra supramontanal.



FIG. 10. — Las mismas alteraciones de la uretra posterior observadas en la figura anterior, a las que se agrega una notable hipertrofia del músculo interuretérico.

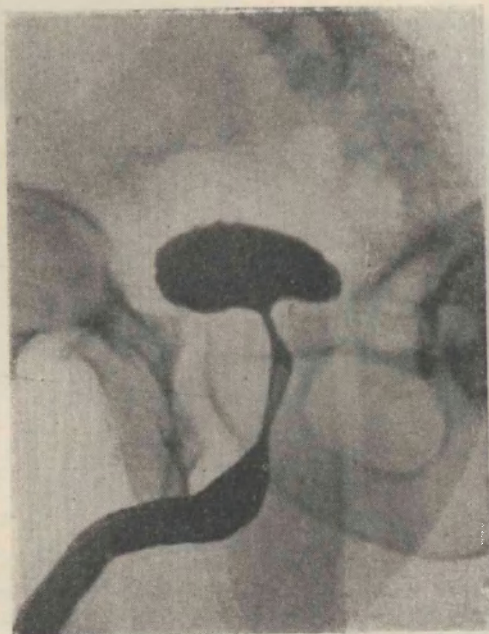


FIG. 11. — Deformación de la base vesical característica de la hipertrofia trigonal.



FIG. 12. — Uretrografía en la que se observa una esclerosis cervical asociada a una hipertrofia prostática (son los que denominamos prostáticos mixtos). Obsérvese el ensanchamiento en playa de la uretra posterior y la estenosis y rigidez del orificio cervical.

Las iniciales en las leyendas, indican los signos uretrográficos detallados en el cuadro sinóptico.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Brea.* — Ya había observado la "gota suspendida".

¿Se repite este signo en el mismo enfermo?

*Dr. García.* — Después de la resección desaparece la "gota suspendida".