

ULCERA SANGRANTE DE LA VEJIGA EN UNA TUBERCULOSIS RENAL

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y S. WAIMBERG

La circunstancia de haber observado por primera vez en nuestra intensa y larga práctica urológica, de más de 25 años, una gran úlcera vesical del tamaño de una moneda de 50 centavos (2 centímetros de diámetro, aproximadamente), dolorosa, muy sangrante y de *etiología desconocida*, según el informe anátomo patológico, a pesar de presentar el paciente una tuberculosis renal, nos induce a relatar este caso por considerarlo interesante.

La rareza de esta lesión se demuestra a través de las escasas referencias nacionales y extranjeras. Así, Mathis en el Ateneo de Urología del Hospital Ramos Mejía, en su sesión del 14 de julio de 1937, refiere un caso de úlcera de la vejiga que producía intensa hematuria, que curó con instilaciones y etincelage; única observación además, que ofrecería cierta similitud con la nuestra. Minnuzzi y Torresi, en 1941, y Gattoni en 1947, relatan dos observaciones: la 1ª, en que se trataba de un adenocarcinoma vesical y la 2ª de una lesión caseosa con células gigantes de Sternberg. Rubí y Grimaldi, en 1949, refieren un interesante caso de úlcera sangrante extirpada por vía suprapúbica que resultó ser un adenocarcinoma ulcerado.

En el extranjero, Le Fur, en 1901, se ocupa de las úlceras inespecíficas de la vejiga, llamándole la atención *su similitud cistoscópica y macroscópica con las gastroduodenales*, habiendo agregado Couvelaire y Leca, dos observaciones similares que curaron con proteinoterapia, antiespasmódicos del tipo de la homatropina y anestesia del simpático, vale decir, con una terapéutica propia de una lesión duodenal.

—Horine, en 1932, refiere un caso de perforación intraperitoneal de la vejiga por una úlcera vesical de gran tamaño situada en la cúpula.

—Gouverneur, en 1936, relata una observación de gran úlcera de la vejiga inespecífica acompañada de intensa hematuria, que trató exitosamente con la extirpación. Considera que estas úlceras pueden deberse a *intoxicación, trastornos circulatorios, embolia o infección microbiana*, no tuberculosa (*stafilo-aureus*, preferentemente), debiendo tratarse mediante cistectomía amplia para evitar la recidiva.

—Duvergey, en el mismo año, refiere un interesante caso de hematuria incoercible de 3 días de evolución que se perforó en el espacio subperitoneal ocasionando la muerte del paciente.

—Boyd, en 1946 (J. of U. V. 46, p. 622), en un interesante artículo se ocupa en forma extensa de estas úlceras inespecíficas de oscura etiología, de confusa sinonimia, en las que fuera de la úlcera de Hunner, de características más o menos definidas, la terminología y el aspecto clínico y anatómopatología de las demás, llámense: "úlcera simple solitaria crónica" (Fenwick); "úlcera simple perforante" y "úlcera trófica" se entremezclan desorientando al lector inexperto. Cifuentes, en su conocido libro sobre "Cistitis y cistopatías", realiza un encomiable esfuerzo de clasificación clínica y cistoscópica con el propósito de poner orden a este verdadero "Cajón de sastre" según su propia expresión, representado por estas afecciones.

En cuanto al examen de estos enfermos es evidente que la cistoscopia por regla general no permite el fácil reconocimiento de una ulceración. Vista a través del líquido de irrigación la hiperemia de la base de una úlcera, no es posible diferenciarla a veces de una placa cuya membrana mucosa se halla altamente inflamada; mas aún su superficie puede hallarse cubierta por tejido esfacelado, pseudomembranas o aún cuerpos extraños que ocultan la verdadera úlcera. Cualquiera sea la causa, lo cierto es que estas ulceraciones escapan con alguna frecuencia a su reconocimiento.

Existen 5 variedades de úlceras:

a) *Úlceras debidas a agentes térmicos* en especial la *diatermia* o *radioterapia*; b) *úlceras por decúbito* como las consecutivas a cálculos vesicales, cuerpos extraños o sondas en permanencia; c) *úlceras producidas* por infecciones simples de la vejiga (stafilo aures o fecalis); d) *úlcera solitaria de Hurry Fenwick*, y e) *la úlcera de Hunner*. Las 3 primeras no necesitan comentarios especiales, en cambio queremos recordar algunos aspectos de las 2 últimas.

La úlcera solitaria fué descrita por Fenwick, en 1896, y se la encuentra muy raramente; su sitio de elección es el trigono aunque se la ha observado más posterior; es generalmente profunda y crateriforme, con su base casi siempre cubierta por tejido esfacelado. Fenwick, en su clásica descripción reconocía 3 etapas evolutivas: la de la úlcera simple con vejiga restante sana; ulceración asociada con cistitis e incrustación y finalmente una tercera etapa con úlcera acompañada de infiltración de la capa muscular y contractura vesical.

La úlcera de Hunner se la conoce también con los nombres de: "vejiga irritable", "fibrosis vesical anterior", "cistitis submucosa", "pancistitis", "fibrosa submucosa", "fibrosis intersticial", "paracistitis" y finalmente "úlcera submucosa". Es una afección ulcerosa rara y bien conocida gracias a Nitze cuya admirable descripción perdura. La enfermedad fué nuevamente descrita por Hunner en 1914, llevando su nombre desde entonces. La lesión se caracteriza por un foco inflamatorio que comienza en las capas medias de la pared vesical, teniendo su iniciación probablemente a nivel de la submucosa. Cuando el foco inflamatorio progresa, se extiende por un lado hacia la capa muscular, pudiendo envolver los tejidos perivesicales, para finalmente terminar en una perforación hacia los tejidos celulares pelvianos o hacia la cavidad peritoneal. Cuando la lesión avanza hacia la cavidad vesical, el proceso inflamatorio puede interesar la mucosa produciendo una úlcera central, siendo por lo tanto esta última un fenómeno secundario. Según el tamaño del foco inflamatorio éste puede permanecer localizado en el área submucosa o envolver todo el espesor de la vejiga.

De 100 casos presentados por Higgins en 1941, 94 eran mujeres y los 6 restantes hombres. La edad variaba en su estadística entre los 18 y los 77 años.

Historia clínica — P. G., argentino, de 40 años de edad.

Hace 10 años cólico renal derecho sin expulsión de cálculo.

Hace 1 mes hematuria, total, abundante, intermitente, acompañada de cistitis por lo que ingresa a nuestro Servicio.

Retención aguda por coágulos a los 2 días de internado a pesar del tratamiento instituido transfusiones a repetición, coagulantes, etc.

Kock stafiloaureus y coli en el sedimento urinario; abolición funcional derecha, a la urografía, con gran riñón palpable (T. B. C. derecha).

Tratamiento específico P. A. S., estreptomina, ácido nicotínico; calcio, reposo, etc.

El 1er. examen cistoscópico resulta negativo por la gran infección vesical y la presencia de numerosos coágulos.

La 2da. cistoscopia, bajo anestesia profunda muestra una discreta cistitis difusa y una úlcera situada en el bajo fondo del tamaño de una moneda de 50 centavos (2 cm. de dia-

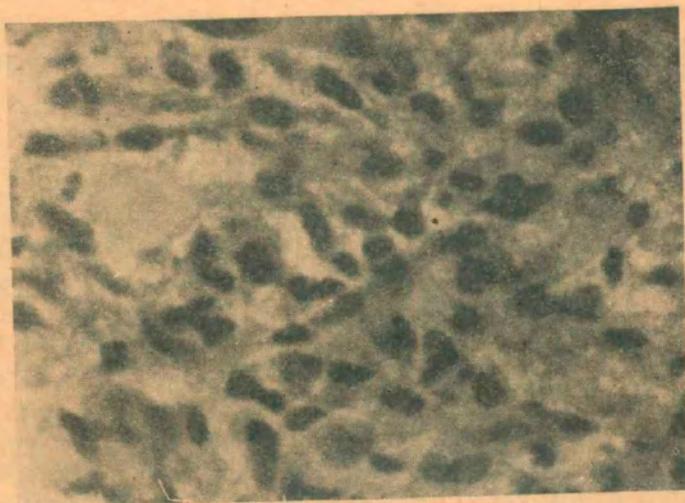


Figura 1

metro) redondeada, circinada, crateriforme, cubierta de ligero exudado, que sangra abundantemente. El meato ureteral izquierdo es normal; el derecho está edematoso y congestivo con las características de una lesión a T. B. C.

Indigo carmín: Izq. 6'; derecho, no aparece a los 5'.

Dada la prolongada e intensa hemorragia con sangre de tipo arterial que anemiza profundamente al paciente, se procede a la inmediata cistostomía. La úlcera se presenta con las características referidas, pero con una profundidad en cuyo liso fondo aparece solamente una tenue capa, representada por la fascia perivesical a punto de perforarse en el espacio subperitoneal. Previa biopsia y electrocoagulación de los bordes sangrantes se sutura con catgut fino; sonda suprapúbica.

La evolución fué muy satisfactoria practicándosele 15 días después la nefrectomía derecha por una tuberculosis úlcero-caseosa.

El examen anátomo-patológico de la ulceración practicado en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Fiorito reveló "Lesión inflamatoria crónica de la mucosa vesical".

COMENTARIOS

De acuerdo con los conceptos generales sobre úlceras vesicales expuestos anteriormente y a las características clínicas, cistoscópicas, macroscópicas u operatoria y al informe anátomo-patológico, podemos resumir nuestra opinión frente a la desorientación reinante en este tópico de la siguiente manera:

1º) Trátase de un tuberculoso urogenital, de larga evolución con un proceso renal derecho avanzado (T.B.C. úlcero-caseosa).

2º) El hallazgo de la gran lesión ulcerosa vesical nos hizo presumir una etiología tuberculosa, que resultó falsa, según el informe anatómopatológico.

3º) La presencia de otros gérmenes estafilo y colibacilo nos hizo pensar por exclusión en la otra etiología poco frecuente de las úlceras inespecíficas de la vejiga.

4º) Y de acuerdo con esta clasificación pensamos que se podría tratar de una *úlcera simple de Fenwick*, en su tercera etapa o perforante de la vejiga, entidad muy rara por cierto que justificó nuestro error inicial.

De todas maneras el enfermo se halla totalmente recuperado de su oscura lesión vesical y de su avanzado proceso renal a T.B.C.

B I B L I O G R A F I A

Boyd. — (J. of U. - V. 46 - 662).

Cifuentes. — Cistitis y Cistopatías.

Couvelaire, R., Leca J. — (J. d'U. - V. 57 - 806).

Duvergey, M. — (J. d'U. - V. 41 - 81).

Horine, C.F. — (J. d'U. - V. 37 - 182).

Kretschmer, H. L. — (J. of U. - V. 42 - 385).

Mathis, R. I. — (La Semana Médica - 1937 - 611).

Minuzzi, Torressi y Gattori. — (Rev. Arg. de Urología, 1947).

Rubí y Grimaldi. — (Rev. Arg. de Urología, 1949).