

## CIRUGIA DE LA VEJIGA ATONICA

Por los Dres. A. B. ORTIZ, A. R. BONTA Y HORACIO A. LEVATI

No hemos traído a esta reunión científica como el título del epígrafe pareciera indicar, una puesta al día de los múltiples procedimientos quirúrgicos que se emplean en el tratamiento de la vejiga atónica, ya sea actuando sobre el sistema neurovegetativo o sobre el reservorio vesical, sino solamente nos ha guiado el propósito de presentar los dos últimos casos de vejiga atónica miogénica que en última instancia pudimos resolver con un mismo procedimiento quirúrgico.

Con lo dicho indicamos que se trata de dos casos de vejiga no neurogénica, en los cuales el estudio neurológico especializado no reveló alteración alguna de los sistemas cerebro-espinal y neurovegetativo, no así las de vejigas atónicas por causa orgánica como la esclerosis de cuello vesical presente en ambos casos, pero en proporción mínima y que la resección endoscópica, en uno de ellos por dos veces consecutivas, no disminuyó el residuo vesical sino en forma temporaria.

*1er. caso* — A. G. 8 años-Sexo masc. argentino.

Es visto en consultorio externo por uno de nosotros a fines de agosto de 1956, con los siguientes síntomas: a) polaquiuria sin disuria b) orinas turbias y c) dolor en región lumbar izquierda. El examen semiológico reveló: 1º) órganos genitales externos normales; 2º) Globo vesical; 3º) Palpación renal izquierda dolorosa. Los exámenes de laboratorio mostraron como resultado, salvo una piuria moderada perfecto equilibrio humoral.

El examen pielográfico nos daba: (Hemos seleccionado las placas más elocuentes):

4/9/56 — Radiografía simple: nada de particular. Urograma: dilatación del árbol urinario superior en forma bilateral y a pesar de la poca impregnación iódica la visulización de una vejiga grande.

La cistografía hecha 2 días después, revelaba 300 grs. de retención; vejiga bien impregnada y reflejo pasivo que rellena árbol pieloureteral izquierdo.

Una placa radiográfica hecha a mayor presión permite apreciar enorme dilatación ureteropélica izquierda. El cuello vesical termina en forma infundibuliforme.

La cistografía de perfil nos muestra un ligero levantamiento de la región cervical y reflujo bilateral.

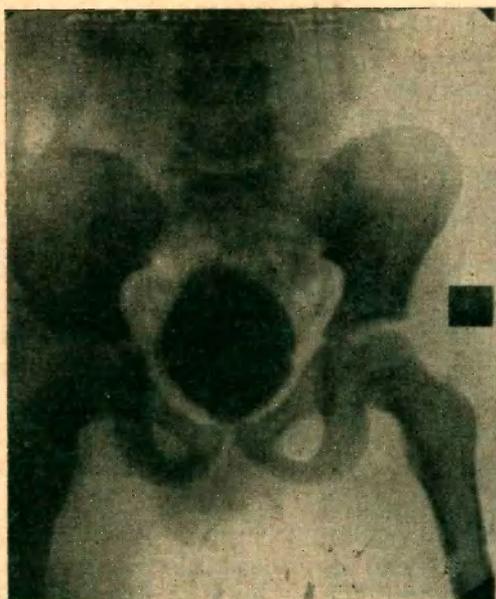
La uretrocistoscopia, hecha con anestesia general, reveló ligero levantamiento del borde inferior del cuello.

Nos fué imposible a pesar de nuestros deseos hacer la cistotonometría por no contar con esos medios a nuestro alcance.

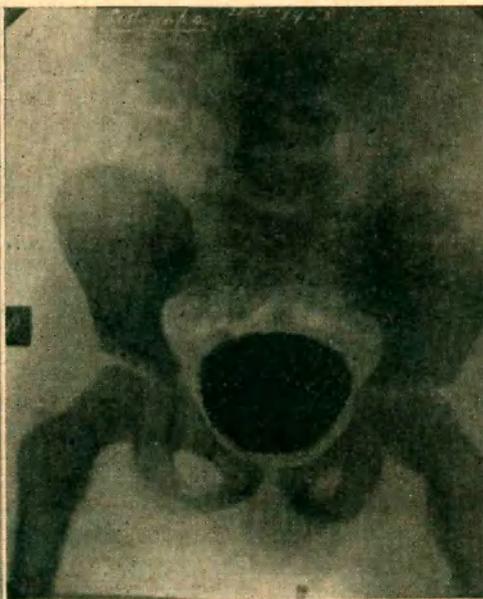
12/9/56 — Se interviene quirúrgicamente —Cirujano Dr. Ortiz— Ayudantes Dres. Bontá y Levati - Anestesia general. Incisión hipogástrica. Al abrir la vejiga con incisión transversal observamos una pared vesical de esfuerzo con un bajo fondo muy marcado y una mucosa vesical equimótica que nos recordó la vejiga de esfuerzo prostático.

El dedo índice penetraba en el cuello con cierta facilidad, pero a pesar de ello hicimos una pequeña cuña en la región cervical, labio inferior; los orificios ureterales estaban entreabiertos sobre todo el izquierdo.

Como este procedimiento no nos satisfacía, plenamente como solución ulterior de una vejiga tan grande, con un gran bajo fondo vesical y un enorme reflujo sobre todo izquierdo resolvimos hacer la resección de la pared póstero-inferior de la vejiga, hasta dos traveses de dedo del borde superior del triángulo, con el objeto de: 1º) levantar el suelo de la vejiga y hacer desaparecer el bajo fondo vesical al mismo tiempo que movilizar los meatos uretera-



Caso Nº 1. — Cistografía de frente. Reflujo pieloureteral izquierdo.



Caso Nº 1. — Cistografía de perfil. Reflujo pieloureteral bilateral.



Caso Nº 1. — Cistografía. Repleción (post-operatoria)



Caso Nº 1. — Cistografía durante la micción. (post-operatoria)

les con el objeto de hacerlos incidir en distinto plano pensando así que podríamos modificar el reflujo.

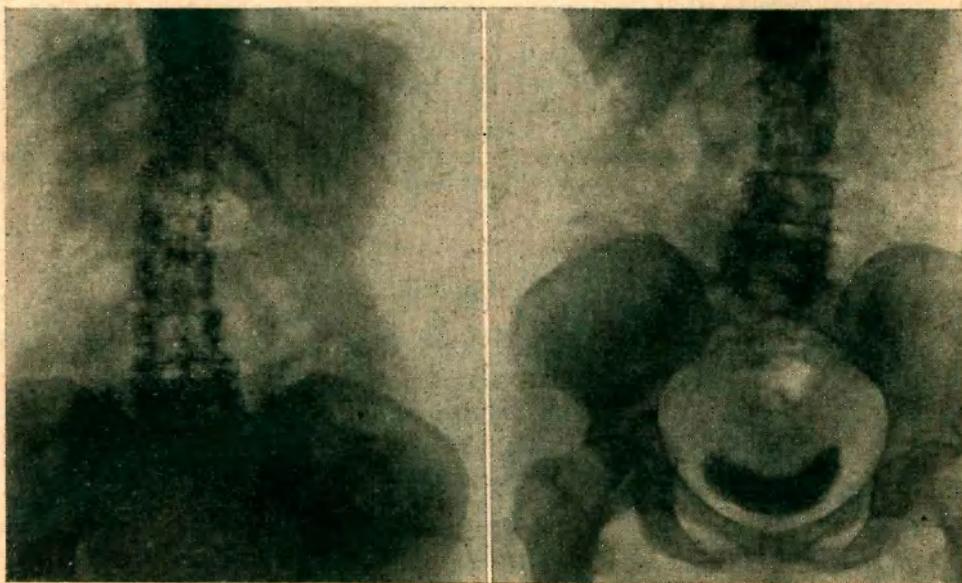
Las radiografías posteriores, a 4 meses de la operación, mostraron un urograma excretor modificado sustancialmente: la ectasia pieloureteral había desaparecido y en la cistografía hecha a gran presión el reflujo también.

Casi a los dos años repetimos el examen encontrando imágenes similares con tendencia a un menor tamaño vesical.

La cistografía mostró ausencia de reflejo tanto activo como pasivo.

A los 3 años de la intervención el urograma excretor nos muestra imágenes pielocaliciales en buenas condiciones y la imagen vesical aún de menor tamaño con respecto a placas anteriores.

La evolución de este enfermito que hemos podido seguir paso a paso, ha mostrado una perfecta recuperación subjetiva que corrobora la recuperación objetiva mostrada en los pielogramas.



Caso Nº 2. — Cistografía post-operatoria.

Caso Nº 2. — Cistografía pre-operatoria.

**2o. Caso.— C. F. de M., 70 años. Sexo femenino, argentina.**

Nos consulta a fines del año 1956, por poliuria y nicturia. Arrastraba esta sintomatología desde el año 1953 no dándosele importancia urológica hasta esta fecha por creerla derivada de su diabetes.

Vista en el Consultorio de Urología se comprobó una enorme masa hipogástrica, dolorosa a la palpación profunda que el sondaje demostró ser una retención de 800 grs. de orina francamente piúrica. Hacemos constar que la enferma presentaba un vientre globuloso con abundante panículo adiposo.

La cistoscopia nos reveló un cuello inmóvil y una enorme vejiga columnada con precipitaciones calcáreas. Los exámenes de laboratorio no mostraron nada de importancia aparte de su glucemia y glucosuria (de 2,50 grs. por ‰ y 58,75 grs. por ‰ respectivamente), salvo una elevación de 0,60 grs. ‰, de urea en sangre y un aumento de la eritrosedimentación por la infección.

El examen cistográfico reveló una vejiga aplastada y deformada. Hacemos notar que este examen cistográfico no se hizo a repleción.

El urograma excretor con malas placas radiográficas no nos dió otro elemento de juicio.

El 30/1/57, se le practica una resección endoscópica económica que reduce a los dos meses la retención vesical a 300 grs., mostrando la persistencia de la cistitis incrustada a pesar de los tratamientos instituidos (Lavajes con  $\text{NO}_3$  Ag. antibióticos, etc).

Al año y medio sigue con los mismos trastornos, se le practica un nuevo estudio pielográfico que muestra en la placa simple una zona calcificada en hipocondrio derecho (que ya se veía en el urograma anterior), y el resto sin particularidades.

Al urograma hay buena función renal bilateral con ligera dilatación del 1/3 inferior del uréter derecho. Una placa de perfil muestra que la zona calcificada no pertenece al árbol urinario.

Se le practica entonces el 22/5/59, una nueva resección endoscópica pensando en disminuir la retención vesical que había nuevamente ascendido a 800 grs.

La retención no se redujo y una medición efectuada a principios del corriente año, nos dió idéntico resultado, es decir 800 grs.

Al año de la última resección endoscópica es internada para someterla a una resección parcial de vejiga. La cistografía del estudio preoperatorio, nos muestra una enorme vejiga y la iniciación de un reflujo izquierdo.

El 6/5/60 es intervenida. Cirujano: Dr. Bontá; Ayudantes: Dres. Ortiz y Levati; Anestesia General: Dr. Guillones. Incisión mediana infraumbilical, liberada la vejiga se abre con incisión transversal y se le practica una amplia amputación de la cúpula.

Hemostasia cuidadosa, cierre por planos. Drenaje de pared. Sonda uretral. Post operatorio sin inconvenientes.

Al mes se le practica un nuevo estudio pielográfico que muestra buena función renal, sin dilatación del extremo inferior del uréter derecho y con relleno vesical normal.

La cistografía da una imagen de vejiga en media luna en relación con la amputación que se hizo sobre el polo superior de la misma.

En el momento actual, a casi 3 meses de la intervención la enferma no tiene retención, hay dolor y la distensión vesical y han desaparecido la polaquiuria, la disuria y el reflujo.

### CONCLUSIONES

- 1º) El procedimiento empleado fué ya descrito en el año 1937 por Orr. En el 1er. caso lo hemos usado con una ligera modificación y nos ha dado un resultado excelente que se mantiene a 4 años de la intervención. En el 2º caso el resultado es hasta ahora bueno pero habrá que esperar la evolución ulterior para un juicio más certero.
- 2º) Este procedimiento es aplicable a las vejigas atónicas miogénicas acompañadas o no de lesiones orgánicas de cuello por cuanto en el 1er. caso descrito podría atribuirse la mejoría a la pequeña resección cervical efectuada en el acto quirúrgico, pero no lo creemos así, pues en el enfermo la recuperación y desaparición de tan enorme reflujo no podría hacerse en la forma tan espectacular en que se hizo y en tan poco tiempo con un cuello bastante permeable como presentaba y sólo por el hecho de la pequeña cuña que se le practicó.  
En el 2º caso la resección mostró palmariamente su ineficacia pues aun la repetición de la misma resultó un fracaso.
- 3º) Creemos conveniente en los casos en que la distensión total de la vejiga se haga más acentuada en el bajo fondo, la resección póstero inferior de la pared al hacerlo desaparece, permite al trigono, que es la parte no distensible de la vejiga, recuperar su posición y al servir de punto de apoyo al resto de la musculatura vesical permite su mejor contracción, y de allí la evacuación total, mejorando este tonismo la acción valvular de los meatos ureterales y por ende impidiendo el reflujo.

### RESUMEN

Se presentan dos casos de vejiga atónica miogénica, recuperados por tratamiento quirúrgico.

## RESUMEN

*Dr. Bernstein Hahn.* — Con respecto al primer caso, entiendo que la vejiga posee un tamaño radiológico normal. Me fundo para decir eso en las radiografías por pielografía descendente y por cistografía en 150 niños con megavejiga y comparándolas al mismo tiempo, con los cistogramas. Además, eso lo hemos hecho en 30 niños con vejigas normales al cistograma.

En los niños hemos encontrado que los límites de la vejiga al cistograma estaban a un nivel normal.

La eficacia del método en el primer caso se debe, según la experiencia de otros centros de urología infantil, a la resección en cuña más que a la cistectomía parcial. Inclusive hay una serie de 192 vejigas con reflujos, publicada por el doctor Loti y colaboradores, donde se ha encontrado gran mejoría con la dilatación simple del cuello de la vejiga.

*Dr. Levati.* — Estoy de acuerdo con el doctor Bernstein-Hahn sobre la importancia del tamaño de la vejiga. Lo que importaba era que el niño retenía 300 gramos de orina y hemos pensado si esa resección en cuña que se practicó en el cuello vesical podía ser suficiente para que se recuperara sin recurrir a la resección del fondo de saco posterior. El dedo índice penetraba en el cuello de esa vejiga y la resección fue mínima, de modo que no creemos que esa haya sido la causa para que esa niña se haya recuperado.

---