

Sociedad Argentina de Urología

7ª Sesión científica ordinaria — 26 de Septiembre de 1963

Presidente Dr. José Casal

Secretario Dr. Oscar Carreño

Revista Argentina de Urología y Nefrología
Volumen XXXII, Nº 7, 8 y 9. Págs. 187 a 191. 1963

CISTECTOMÍA TOTAL POR CISTITIS INTERSTICIAL

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, J. A. SAUBIDET y R. J. BORZONE

Presentamos un caso de cistitis intersticial tratada quirúrgicamente. La historia clínica es la siguiente:

Historia clínica: N° 715/11 M. de A. 53 años, casada, argentina. Domiciliada en Don Bosco. Ingresó 20-1-1962.

Antecedentes familiares: Padre fallecido, diabético e hipertenso; madre fallecida por neoplasia de mama. Dos hermanos vivos y tres fallecidos: uno, por causa ignorada, otro por accidente y el tercero por neoplasia vesical.

Antecedentes personales: Dispepsia hepatovesicular. Operada en 1958 por fibromiomatosis uterina. (Histerectomía subtotal y apendicectomía.)

Enfermedad actual: Cinco meses atrás en agosto de 1961, comienza con ardor miccional y dolor vesiculouretal, polaquiuria diurna y nocturna creciente que la llevan a consultar. Se la estudia entonces (20-8-61) efectuándose radiografía directa, urograma, cistograma urográfico y neumocistograma: no hay sombras calcúlosas, hay buena función bilateral con imágenes de pielonefritis crónica con discreta ectasia pielocalicial y deformación vesical por imagen pseudo-diverticular en la pared vesical derecha. Se la medica con antibióticos pero no mejora. En octubre 20 de 1961 se realiza pielografía ascendente derecha, sin inconvenientes, a pesar de que en la pared derecha hay edema y despulimiento con congestión, mostrando la imagen pielográfica lesiones de pielonefritis crónica inespecífica y presentando la cistografía la misma imagen anterior. La bacteriología era negativa. La paciente sigue estacionaria y el 27-11-61 se realiza un nuevo estudio urográfico, que muestra una discreta mejoría renoureteral y disminución de la capacidad vesical; pero de contorno liso sin la imagen pseudo-diverticular. Quince días antes de su ingreso, se agrega a la sintomatología hematuria total discreta con orinas turbias y sedimento "como clara de huevo". En esas condiciones se interna con su hematuria en aumento.

Estado actual (20-1-62): Buen estado general, orinas turbias, en ocasiones rojizas, ardor miccional e intermiccional polaquiuria diurna y nocturna cada 20 ó 30 minutos. Riñones y puntos ureterales no se palpan ni duelen. Uretra libre. La palpación hipogástrica es dolorosa y provoca deseo miccional. Examen ginecológico sin particularidades en su vagina y muñón



FIG. 1. — Vascularitis



FIG. 2. — Necrosis.

uterino. Cistoscopia: 2-2-62, bajo anestesia general: medio turbio, sanguinolento; capacidad 150 cc. Mucosa vesical uniformemente congestionada, despulida y sangrante, que no permite aclarar el diagnóstico de lesión.

Se realizan reiteradamente exámenes bacteriológicos de sedimento: 5-2-62: Abundante pus, ausencia de gérmenes. 12-2-62: Abundantes piócitos y hemáticos, escasos estafilococos. 26-2-62: Bacterioscopia negativa, abundantes piócitos y hemáticos.

Se trata con penicilina, estreptomina, instilaciones de protargol, premarin y cromadrén, sin obtenerse mejoría sintomática.

22-2-62: Bajo anestesia general, nueva cistoscopia: orinas turbias, capacidad 150 cc. Mucosa congestiva en general; hay una ulceración del tamaño de un campo cistoscópico, cubierta por fibrina en la zona interureterica. Los meatos no se ven bien, el cuello es carnoso y sangrante. Se efectúan entonces instilaciones vesicales de hidrocortisona con protargol.

El 6-3-62 se intenta un cateterismo ureteral derecho, que fracasa, lo mismo que una ureterografía a lo Chevasse. Sigue con el tratamiento anterior.



Fig. 3. - Esclerosis

El 14-4-62 se realiza un nuevo estudio urográfico, pues la paciente sigue con su sintomatología, se observa ausencia de litiasis, buena función bilateral con discreta ectasia, más a la derecha y retardo de relleno vesical, apareciendo la vejiga de capacidad algo disminuida y siempre con la imagen pseudodiverticular a la derecha.

Dada la inoperancia del tratamiento antibiótico y local, la persistencia de la hematuria, la polaquiuria y los dolores, se decide la exploración quirúrgica de la vejiga, para descartar una neoplasia infiltrante ulcerada.

28-4-62: Operación: Anestesia general. Cistostoma suprapúbica. Se observa una pequeña ulceración de la mucosa sobre el ligamento interureterico, tomándose una biopsia de esa zona. La palpación de la pared vesical entre un dedo endovesical y otro extravésical, comprueba engrosamiento firme de la misma, en la zona lateral y superior derecha; también allí se extrae una amplia biopsia cuneiforme. Hemostasia perfecta, cierre vesical con drenaje suprapúbico. Se indica penicilina y estreptomina.

El estudio de las biopsias informa: N° 4897. Zona interureterica ulcerada: Fibrosis submucosa con inflamación crónica marcada. Zona lateral derecha: Reacción inflamatoria de toda la pared vesical, de tipo crónico. Epitelio de tipo malpighiano.

16-5-62: Vejiga cerrada; pero presenta piuria y fiebre con temperatura de 38° C. Se indica Distrepticina cada 12 horas. El 19-5-62 mejora su cuadro febril y egresa en observación, con tratamiento a base de Distrepticina e instilaciones de argirol y suspensión de hidrocortisona.

Reingresa al Servicio el 26-11-62, con mal estado general, adelgaza —bajó 5 kilos de peso—, anemia con 3.000.000 de glóbulos rojos. Ardores miccionales, polaquiuria y hematuria persistente. Se le efectúan tres transfusiones de 500 cc de sangre y el 5-12-62 se efectúa una actualización de su estado urográfico. Éste demuestra una franca ureteropielocaliectasia bilateral, más marcada a la derecha, con muy poca sustancia de contraste en la vejiga a los 90 minutos. La urea en sangre ha subido a 1 g%. El 21-12-62, bajo anestesia general, se intenta una cistoscopia; pero la introducción del cistoscopio exagera la hemorragia en tal forma que es imposible el examen a pesar del lavado sostenido. La palpación bimanual con la vejiga vacía evidencia un engrosamiento de la pared vesical en el lado derecho, en las cercanías del cuello, en cierto modo móvil y sin adherencia al pubis.

Se la medica con antibióticos, hemostáticos, transfusiones, vitaminas e instilaciones vesicales con argirol y cortisona; pero vista la evolución radiológica de la lesión, la palpación combinada bajo anestesia y su uremia ascendente, a pesar del estudio histológico biopsico que descarta malignidad, se decide realizar una derivación cutánea de ambos uréteres y ligadura de hipogástricas para cohibir las hematurias persistentes.

15-1-63: Operación: Anestesia general. Mediante incisiones de Gibson se abordan sucesivamente el uréter derecho y el izquierdo. El primero tiene el grosor de un pulgar y previa ligadura de la arteria hipogástrica se realiza ureterostomía cutánea. El uréter izquierdo tiene el grosor de un dedo índice y se realiza la ureterostomía cutánea sin ligar la arteria hipogástrica, por el mal estado de la paciente durante la intervención. Sueros, sangre, distrepticina, sedantes. El postoperatorio inmediato es bueno y mejora el estado general, con escasas pérdidas de sangre por uretra. El 24-1-63 se drena una colección purulenta de la parte inferior de la herida operatoria derecha. Tratada con calor local y terramicina cierra por segunda y el 5-2-63 tiene sus curaciones secas.

El 10-2-63 comienza la deambulacion pero se moja con orina que filtra por fuera de los catéteres. El 20-2-63 se controla mediante una pielografía ascendente bilateral por dichos catéteres, que muestra su buena posición y la disminución de las hidronefrosis. El 27-2-63 se efectúa cistografía por relleno, que muestra una vejiga poco extensible, de capacidad disminuida y con un trayecto fistuloso a la zona iliaca derecha. La enferma se encuentra mejorada y más cómoda con su derivación cuando comienza nuevamente con hemorragia vesical; 28-2-63. Se trata con cromadrén, vitamina K, transfusiones que la mejoran unos días para reaparecer nuevamente la sintomatología. El 31-3-63 se forma un absceso glúteo izquierdo, que a pesar de tratamiento antibiótico debe drenarse el 14-4-63. Mejora su estado general, los catéteres ureterales trabajan bien; pero hay dolor vesical y hemorragias persistentes. Se prepara entonces para efectuar cistectomía total, quedando siempre la sospecha de que a pesar de las biopsias realizadas, pueda tratarse de una neoplasia.

23-5-63: Operación: Anestesia general. Incisión suprapúbica mediana. Vejiga retraída, de paredes engrosadas, duras. Se abre el peritoneo y se explora la cara posterior de la vejiga, que está libre. Se extraperitoniza, se cierra el peritoneo y se efectúa cistectomía total con hemostasia perfecta. Cierre por planos con drenaje de la cavidad residual. Transfusión, sueros, terramicina i. m. 100 mg cada 6 horas, sedantes.

Postoperatorio inmediato, sin inconvenientes. Recuperación lenta de su estado general y retardo de cicatrización de la incisión operatoria, a lo que se agrega un nuevo absceso glúteo que debe ser drenado. El 1º-7-63 egresa en observación.

El estudio anatomopatológico de la vejiga informa: N° 3526: Cistitis intersticial.

COMENTARIOS

Como en todas las observaciones de cistitis intersticial domina el cuadro la marcada polaquiuria diurna y nocturna, hematurias y dolores intensos. Dificultad en el examen endoscópico y muy a menudo orinas estériles. La Etiología y Patogenia son oscuras tanto que se habla de infecciones, trastornos hormonales, trastornos neurovegetativos, etc. En nuestro caso la microfotografía N° 1 muestra lesiones de vascularitis como bien se puede observar. La microfotografía

Nº 2 presenta lesiones de necrosis y la Nº 3 lesiones de esclerosis marcada de las capas de la vejiga.

Es Fenwick, en 1896, quien parece haber descrito el primer caso. Posteriormente Hunner hizo estudios más profundos en 1915.

Mombaerts: "la considera como un tipo de cistospatía intersticial ulceroesclerosante".

Couvelaire y Lica, "consideran su analogía a la úlcera gastrointestinal, y aconsejan el ensayo de tratamiento médico análogo a la misma".

Hunner sobre 100 casos, hace 45 resecciones quirúrgicas con 18 casos de recidivas, porcentaje bastante elevado. Pero son ensayos todos.

La terapéutica quirúrgica efectuada en esta paciente parecería excesiva. Pero cuando se recuerdan los numerosos tratamientos llevados a cabo, infructuosos, desesperantes para el médico como para la enferma en esta cistitis rebelde crónica que la conduciría paulatinamente a una psicosis está justificada si después de 4 meses de ella se encuentra bien, tranquila, sin dolores ni hematurias. En la actualidad su peso ha aumentado. Soporta perfectamente su derivación cutánea, cambiando y haciendo la higiene de los catéteres de polietileno por sí misma cada vez que observa alguna dificultad, manteniendo la claridad de sus orinas por supervisión médica.

Nos decidimos por la derivación cutánea por considerar, de acuerdo a nuestra experiencia, más segura. En este caso, el tiempo dirá el grado de razón que tuvimos al encararla en esta forma.

RESUMEN

Se presenta un caso de cistitis intersticial cuya sintomatología y evolución hacían pensar en neoplasia infiltrante. El tratamiento debió ser la exéresis radical del órgano por los dolores intensos, hematurias persistentes, polaquiuria y repercusión psíquica y sobre el aparato urinario superior.

BIBLIOGRAFÍA

Mombaerts: Pathogénie des cystopathies interstiellies ulcerofibrosantes, J. Urol., 1956, 60, Nº 12.

Couvelaire et Lica: Document sur les ulcères trophiques de la vessie, J. Urol., 57, 507.