

PERICISTITIS SECUNDARIAS A MANIOBRAS UROLOGICAS

Por los Doctores JOSE CASAL y JUAN JOSE SOLARI

Las pericistitis, "procesos inflamatorios del tejido celular que rodea la vejiga (Mairion)", son afecciones de escasa frecuencia.

No ocurría lo mismo en la era preantibiótica y nos da una idea de ello el hecho que fuera tema del Congreso Francés de Urología en el año 1913.

En aquella época la gran mayoría de las pericistitis eran del tipo supurado y secundarias a enfermedades inflamatorias o tumorales de la vejiga y órganos vecinos. Tal el estado presentado por Villar secundario a una blenorragia.

Hoy en día, en cambio, la mayor parte de estos procesos responden a otras características, por un lado están las pericistitis de tipo plástico y por otro las de tipo supurado consecutivas a maniobras urológicas o quirúrgicas.

En lo que al primer grupo respecta citaremos los siguientes casos de la literatura:

El de Hewett y Headstream, una pericistitis plástica que forma parte de un proceso de fibrosis retroperitoneal en un joven de 17 años y cuya etiología no se aclaró.

Los 171 casos de pericistitis reunidos por Aziz, observados en Egipto, la mayoría de los cuales eran de tipo fibrolipomatoso asociados a Bilharziasis urinaria y entre los cuales había muchos difíciles de diferenciar de neoplasias vesicales.

Es el segundo grupo el que ha de ocupar nuestra atención.

Respecto a él considera Cabot que la causa más frecuente es la resección transuretral.

Cifuentes reconoce que la resección transuretral puede ser seguida de esta complicación, pero que si se la hace con la técnica adecuada y la indicación precisa, el peligro se reduce al máximo.

Pero no sólo esta técnica es capaz de producir pericistitis; cualquiera otra instrumentación urológica la puede desencadenar.

También maniobras ajenas a la urología y procesos no urinarios, pueden ser responsables de su producción.

Truc y Guillaume relatan una pericistitis gangrenosa por ruptura vesical de origen obstétrico.

Corbus presentó una pericistitis purulenta crónica, secundaria a una osteomielitis del isquion.

Nuestra presentación está formada por dos casos que fueron secundarios a distintas maniobras urológicas.

Caso N° 1: Hist. Clín. 231.751, M. D. M., masculino, 60 años. Ant. fam. y personales: sin importancia.

Hace tres años electrocoagulación endoscópica de un epiteloma vesical en situación supraureteral izquierda. Hace un año nueva electrocoagulación. Reingresó en la actualidad para una nueva electrocoagulación, realizada la misma, se medica con antibióticos. Después de la misma intenso dolor en hipogastrio e íleo paralítico que obliga a la intubación.

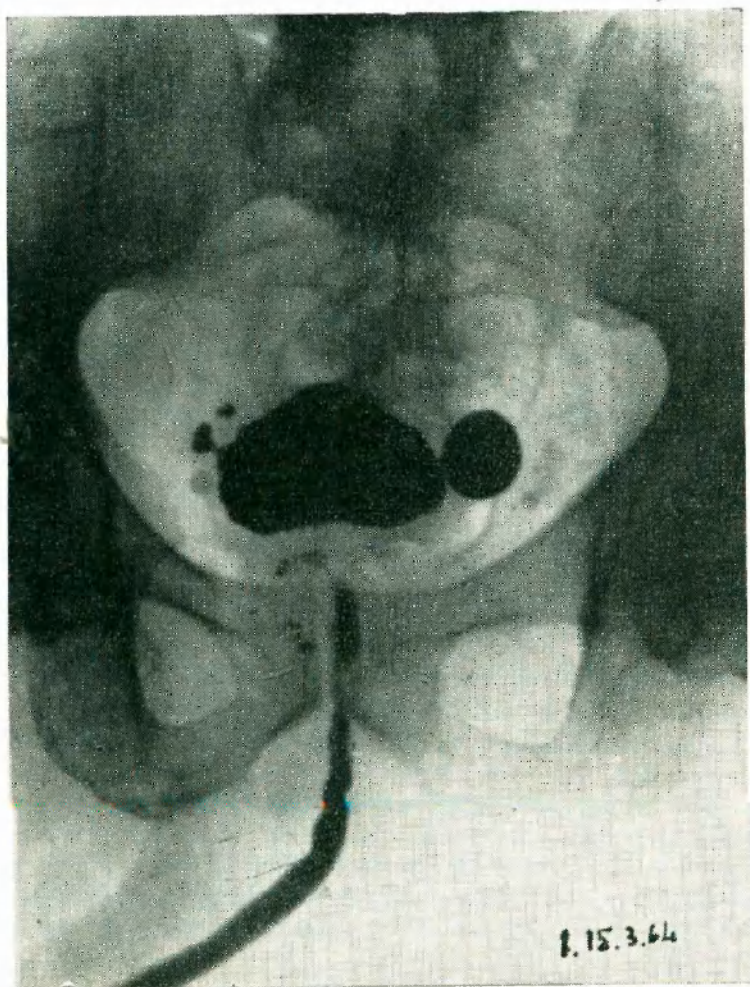


Fig. 1

El examen clínico revela hipogastrio intensamente doloroso, tensión aumentada en el mismo predominio del lado derecho. Los exámenes de laboratorio revelan leucocitosis de 14.200 blancos con 80 % de neutrofilia y discreta anemia.

Intervención: Cirujano Dr. José Casal, anestesia peridural. Incisión mediana infraumbilical, se hace un ojal aponeurótico en la porción inferior de la incisión y se punza el espacio prevesical obteniéndose pus. Por divulsión se amplía la abertura y se aspira el contenido

purulento de una cavidad que abarca hasta los bordes laterales de la aponeurosis umbilico-prevesical. Se drena con tubos y se cierra en un plano. Análisis del pus, estafilococos. Evolución buena.

Caso N° 2: Hist. Clín. 24.727, A. H., sexo masculino, 65 años. Ant. fam y personales: amputación traumática de pierna izq. blenorragia en la juventud a consecuencia de la cual queda una estrechez uretral. Desde hace tres años no dilata su uretra, por ello tiene disuria progresiva. En el momento del examen se presenta con retención completa de orina.

Examen clínico: Globo vesical, estrechez uretral infranqueable, adenoma de la próstata de moderado desarrollo. No es posible la evacuación vesical por uretra, por lo que se realiza una microtalla vesical punzando la vejiga con una aguja gruesa de punción raquídea, por la que se pasa un fino catéter de polietileno sin dificultad. Se deja a permanencia y por el mismo se va vaciando lentamente la vejiga. Se medica con antibióticos. Al día siguiente es posible comenzar la dilatación uretral hasta obtener un calibre N° 20.

Dieciséis días después de la punción es dado de alta para continuar su tratamiento ambulatorio. Al día siguiente concurre por tener dolor en hipogastrio, el que se presenta abombado, edematoso y muy tenso. Se coloca sonda permanente que recoge orina turbia mientras que no cambian los caracteres del hipogastrio. No hay fiebre.

Intervención: Cirujano José Casal, anestesia general. Incisión mediana infraumbilical que permite drenar una amplia cavidad prevesical tabicada de la que sale abundante pus y líquido hemático. Drenaje con tubos. A los pocos días comienza a salir orina por los drenajes, el cateterismo uretral permanente permite el cierre de la fistula vésico-cutánea muy lentamente. Una vez retirada la sonda uretral se efectúa uretrografía de control (Fig 1). Buena evolución, continuando con dilataciones periódicas.

COMENTARIO

Hemos presentado dos casos de pericistitis originados por manjobras urológicas. Una por electrocoagulación endoscópica de un epiteloma vesical y otra por una punción vesical. Consideramos que en esta última, la introducción de la aguja determinó la formación de un hematoma que luego supuró.

CONCLUSIONES

1º Se debe tener en cuenta la posibilidad de que se produzca una pericistitis secundariamente a cualquier instrumentación urológica.

2º En el caso de las punciones vesicales, si bien se trata de un procedimiento muy útil y de precisas indicaciones, hay que estar advertido de esta posible complicación. Su realización llevarla a cabo con la más rigurosa asepsia común a cualquier técnica quirúrgica.

3º El uso de antibióticos no elimina la posibilidad de tal complicación.

BIBLIOGRAFIA

- Marion:* Traité D'Urologie. Masson et Cie. Paris, 1936. T. I., pág. 154.
Hewett, A. y Headstream, J. W.: Pericystitis Plastica. J. of Urol. LXXXIII 103. 1960.
Aziz Fam: Pericystitis and its simulation of malignant disease of the bladder. Brit. J. Urol. XXXV. 166. 1963.
Vilar, G.: Pericistitis flemonosa. Rev. de Espec. IV. 71. 1928.
Corbus, B. C.: Pericystitis. J. of Urol. LXIX. 374. 1953.
Cabot: Trat. de Urología. Ed. Guanabara. R. de Janeiro 1941. Tº 2, p. 117.
Cifuentes: Cirug. Urológica Endoscópica. Paz Montalvo. Madrid, pág. 124.
Truc, E. y Guillaume, R.: Pericystitis Gangrenosa. J. of Urol. LXX. 1954.
 Encyclop. Medico-Chirurgical. 18.225, pág. 4, 1962.