

## SINDROME URINARIO CONSECUTIVO A UN POLIPO RECTAL

por el Dr. JUAN JOSE GAZZOLO

---

Motiva la presente comunicación la historia clínica perteneciente a un enfermo de nuestro Servicio de Urología del Hospital Mar del Plata.

Historia clínica Nº 55. Año 1932. R. Y., 30 años.

**Antecedentes hereditarios.** — Padre muerto a los 50 años, de hemorragia cerebral. Madre viva y sana. Ha habido dos abortos. Tiene 4 hermanos vivos y sanos.

**Antecedentes personales.** — Blenorragia a los 20 años, que trató con lavajes uretro vesicales de permanganato de potasio, curando perfectamente, curación controlada por cultivos de orina.

**Enfermedad actual.** — Desde hace un año el enfermo tiene polaquiuria diurna, orinando durante el día cada hora u hora y media. Las micciones no son imperiosas y las realiza sin esfuerzo y sin dolor, quedándole al terminar una sensación de tenesmo rectal. Durante la noche no orina o sólo lo hace una vez.

**Estado actual.** — Sujeto bien conformado y en buen estado de nutrición.

No se observan estigmas de degeneración. Sensibilidad normal. Reflejos conservados. Pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Deambulación normal.

Pulmones, corazón y abdomen, nada de particular.

Orinas claras y sin filamento, con sólo algunas mucosidades (orina de 7 horas). Uretra libre a un explorador Nº 24, revelando una sensibilidad normal y espasmo del esfínter membranoso. No hay residuo vesical, siendo 250 c.c. la capacidad del reservorio. Próstata normal al tacto rectal.

En el recto por el tacto se percibe por la cara anterior del conducto, a unos cuatro centímetros del esfínter anal, la existencia de un pólipo pediculado de unos dos centímetros y medio de longitud.

Uretróscopia posterior, normal. La cistoscopia revela una mucosa de coloración normal, con orificios ureterales sin ninguna alteración, dando eyaculaciones claras y de ritmo normal.

Radiografía reno-ureteral negativa.

Riñones no se palpan, así como tampoco existen puntos dolorosos reno-ureterales. Puño-percusión de Murphy es negativa.

### Consideraciones

De la lectura de la historia clínica precedente se deduce que nuestro enfermo presentaba un síndrome de polaquiuria con tenesmo rectal terminal.

El examen del mismo nos revela la ausencia de toda lesión del aparato urinario, capaz de determinar ese síndrome. Por el contrario, el tacto rectal nos permitió el reconocimiento de un pólipo rectal, que una vez extirpado hizo cesar la sintomatología urinaria de nuestro enfermo.

Se trata, pues, de uno de esos enfermos que siempre debemos tener presente en nuestra especialidad y que no obstante presentar manifestaciones urinarias, ellas son independientes de toda afección uro-genital. Este enfermo debe clasificarse, por lo tanto, en la categoría de los falsos urinarios del Profesor **Guyon**.

Ahora bien: ¿cómo explicar que lesiones rectales den lugar a manifestaciones urinarias?

Para ello es menester que recordemos brevemente que la vejiga y el recto, derivados del endodermo, tienen en el ser humano una común inervación.

La **vejiga** recibe una inervación mixta: del gran simpático y del sistema cerebro espinal, anastomosándose en el espesor de la pared vesical las fibras provenientes de ambos orígenes y dando así lugar a un plexo vesical.

1º Las ramas eferentes anteriores de los ganglios del gran simpático sacro, anastomosándose, constituyen el plexo hipogástrico,

situado a los lados del recto y la vejiga en el hombre, del recto y la vagina en la mujer, en cuya constitución intervienen también el plexo lumbo aórtico y ramos procedentes del 3º y 4º nervios sacros.

Del plexo hipogástrico nacen plexos secundarios, de los cuales uno es el plexo vesical, que inerva la vejiga.

2º La inervación proveniente del sistema cerebro espinal es proporcionada por las ramas anteriores de los nervios sacros 3º y 4º y a veces del 2º, que, por intermedio de nervios viscerales que de ellos nacen, se distribuyen por las partes laterales del recto y triángulo vesical.

El **recto** recibe también una inervación mixta: del gran simpático y del sistema cerebro espinal.

La inervación simpática está representada por filetes que provienen de los plexos lumbo aórticos e hipogástricos, por intermedio del plexo secundario hemorroidal medio.

La inervación cerebro espinal la constituyen los pares sacros 2º, 3º y 4º, que por intermedio de nervios viscerales que de ellos nacen, se distribuyen como ya hemos visto para la vejiga por las partes laterales del recto y triángulo vesical.

Teniendo en cuenta esta inervación común de vejiga y recto, podemos explicar la fisio-patología en virtud de la cual lesiones localizadas en recto se presentan con manifestaciones urinarias.

La tracción rectal provocada por la contracción del intestino originada por el cuerpo extraño que representa el pólipo situado en su cara anterior, da lugar a un influjo que por vía centrípeta llega al centro correspondiente, en donde determina una respuesta que, según siga la vía centrifuga vesical o rectal, o ambas a la vez, dará lugar a manifestaciones vesicales, rectales o bien vésico rectales.

Además la tracción sobre la pared anterior del recto determina una tracción sobre la pared vesical en la porción del triángulo interdeferencial en que la pared anterior del recto está en relación directa con la pared vesical.

Se trata, pues, de hechos conocidos, de que lesiones diversas rectales (pólipos, fisuras, rectitis, hemorroides), pueden dar lugar a manifestaciones sintomáticas asociadas o bien exclusivamente, pero que deben ser tenidas en cuenta al formular un diagnóstico.