

CITOPLASTIA Y VEJIGA NEUROGENICA POR MIELOMENINGOCELE

Dres. Profesor Rodolfo I. Mathis. - Juan Mariano Fazio. - Saúl Steimberg.

En 1964 uno de nosotros presentó en esta Sociedad el caso de un mielomeningocele con vejiga autónoma retraída, sin reflujo vesicorenal que fue tratado en 1961 con resección amplia de la calota vesical, y ampliación con asa ileal.

Debemos señalar que dicho enfermo ha sido observado periódicamente hasta la actualidad, en que cuenta veinte años de edad manteniendo función urinaria excelente, micciones de volumen adecuado cada 4 ó 5 horas sin residuo vesical con continencia urinaria perfecta.

En ese trabajo se analizaron las distintas conductas posibles frente a una vejiga neurogénica por mielodisplasia.

Ese buen éxito inicial nos condujo a practicar una serie de intervenciones en casos similares al relatado cuyo análisis y documentación serán el objeto de una comunicación ulterior.

Hemos estado desde entonces animados por una orientación dirigida a evitar en lo posible las intervenciones multilantes de la vía urinaria por considerar que dichas soluciones deben reservarse a casos de extrema necesidad.

Los mielomeningoceles pueden dar dos tipos de vejiga neurogénica según que conserven el arco reflejo sacro o que lo destruyen. En nuestra experiencia, similar a la mayor parte de los autores el tipo autónomo domina en las estadísticas.

Tratándose de lesiones que afectan al cono medular lo lógico sería esperar que el sistema esfintérico de contención urinaria quedara totalmente átono. En la práctica vemos que la existencia de una vejiga de este tipo, vale decir con un orificio uretral totalmente abierto, como perforado, ocurre rara vez.

Este hecho se afirma en las experiencias de Leveuf que lo llevan a afirmar que la lesión medular es casi siempre parcial, conservándose algunas raíces nerviosas. En base a este elemento de juicio sostenemos el criterio que en el momento de la operación del saco de la malformación debe realizarse control cistotométrico estimulando al mismo tiempo las raíces nerviosas a lo largo de la intervención para evitar la suma de una iatrogenia quirúrgica a la ya realizada por la naturaleza.

Este sistema imperfecto de continencia se utiliza por ejemplo cuando entrenamos una vejiga autónoma mediante la presión abdominal o la maniobra de Credé, y lo podemos aprovechar cuando reemplazamos al detrusor enfermo (infectado, hipertónico, retraído y fibroso) por una asa intestinal.

La enterocistoplastia como intervención de reemplazo en estas vejigas autónomas sin reflujo ha dado en nuestras manos buenos resultados. Esto nos llevó a plantear la extensión de la conducta a los casos con reflujo vesicorenal.

Considerando al reflujo de las vejigas neurogénicas como secundario se debe equilibrar funcionalmente la micción antes de planear una operación antireflujo que la mayoría de las ocasiones deberá hacerse en un detrusor no apto para lograr buenos resultados por la presencia de fibrosis, trabeculación, etc.

Por otro lado no debe olvidarse que el reflujo unilateral al disminuir la presión endovesical preserva al riñón contralateral.

La extravésicalización del uréter comienza con un debilitamiento de la pared trigonal cuya expresión endoscópica y radiográfica es la orejuela de Hutch. Estos hechos son secundarios a una patología urinaria baja en la que hay alteraciones de la inervación vesicouretral o también uretral, problema en discusión y estudio.

Si aceptamos esta tesis podemos preguntarnos hasta que punto esa extravescicalización ureteral es un proceso parcialmente reversible si resolvemos la causa que le dió origen. Por otra parte si consideramos a la dilatación ureteral del reflujo como resultado de la hipertensión urinaria también podemos preguntarnos si al disminuir la presión se conseguirá mejorar la motilidad, el calibre y el comportamiento ureteral.

Estas reflexiones nos llevaron a considerar la factibilidad de actuar en los casos con reflujo mediante una cistectomía parcial de la calota, una enterocistoplastia de ampliación con ostomía cutánea de seguridad que al disminuir la presión urinaria permite la recuperación ureteral para después ver si hay desaparición del reflujo.

Estudios radiológicos seriados nos podrán informar esto último para así resolver la necesidad de una intervención antireflujo o mas bien un reimplante con técnica apropiada en el asa entérica.

Pensamos que de todas maneras siempre esa descarga urinaria nos permitirá trabajar con uréteres en mejores condiciones que en caso sin drenaje previo.

A continuación presentaremos tres casos tratados con el criterio antedicho, que si bien no permiten extraer conclusiones definitivas creemos que promueven una inquietud en el tema.

1º caso: O.E.O. varón de 18 años. Vive en Mendoza. Se presenta en junio de 1968. Nacido con mielomeningocele lumbosacro operado y cerrado a los 5 días. Siempre manifestó incontinencia urinaria y hace ocho meses que está con drenaje vesical permanentemente instalado a raíz de comprobarse grave insuficiencia renal.

Estado actual: G. R. 3.010.000; orina de 1010 de densidad; uremia 0,46 g. por mil. Diuresis diaria superior a 2000 cc.

Regular estado general. No presenta alteraciones sensitivas ni motoras en miembros inferiores, notándose el déficit del sistema nervioso a nivel del cono medular con anestesia en silla de montar, atonía del esfínter anal y falta de los reflejos del cono.

Radiografía simple de árbol urinario: falta de unión de las láminas vertebrales correspondientes a 5º lumbar y 1º y 2º sacros.

Urografía de excreción por goteo: calice pieloureterectasia bilateral con signos de infección crónica de las papilas renales.

Cistometrografía: curva cistotonométrica de tipo autónomo con reflujo vesicorenal derecho pasivo a partir de 50 c.c. Uretra posterior y cuello vesical ampliamente abiertos. Residuo vesical 60 c.c. Capacidad vesical: no se sabe con certeza por la existencia del reflujo pero está francamente disminuída.

Cistografía de pie: reflujo bilateral y gran descenso de la imagen vesical en el periné. Operación: Julio de 1968. Incisión mediana. Extraperitonización de la calota vesical hasta trígono. Resección de la calota y reemplazo de la misma con asa ileal de 25 cm. de longitud previamente aislada, anastomosada en forma de U cerrando el extremo izquierdo y abocando el derecho a fosa ilíaca.

Post-operatorio excelente. Se aplica una bolsa colectorora tipo Lapidés que el enfermo tolera y maneja muy bien, que deriva casi toda la orina como se comprueba al catecterizar la uretra.

En noviembre del presente año, vale decir 5 meses después de la intervención el joven sigue bien clínicamente.

El estudio radiológico actual muestra sospecha de litiasis en área renal derecha y en la urografía ha mejorado la imagen de la caliectasia bilateral. En cistografía de relleno persiste el reflujo derecho aunque han disminuído las acodaduras ureterales.

2º caso: A.M.R. niña de nueve años nació con mielomeningocele que se operó a la semana de vida. La secuela neurológica consistió en trastornos en el área del cono medular con vejiga autónoma que en el momento de ser vista por uno de nosotros presentaba vejiga pequeña, fibrosa y trabeculada con reflujo pasivo bilateral. Se realiza la intervención en octubre de 1967 utilizando el ileon de manera similar al caso anterior.

CITOPLASTIA Y VEJIGA NEUROGENICA POR MIELOMENINGOCELE

Controlada hasta la actualidad muestra día a día mejoría de su función renal. Lamentamos no poder presentar las radiografías en razón de ser paciente de Bahía Blanca y no habernos alcanzado el material a tiempo para la presentación.

3º caso: M.S.C. niña de 9 años nacida con mielomeningocele lumbosacro. Operada a los 6 meses por hidrocefalia se realizó derivación mastoidea. Al año y medio de edad cierre del saco del mielomeningocele y un mes después se debió poner una válvula. Estado actual en enero de 1968: buen estado general. Urea en sangre 0,27 g. por mil, creatinemia 0,80 mg. por ciento.

Parálisis de ambos miembros inferiores. Incontinencia urinaria.

Anestesia en silla de montar y falta de reflectividad del cono medular.

Radiografía simple de árbol urinario: falta de unión de las láminas vertebrales de 3º y 4º lumbar. Urografía de excreción:

Ectasia cálico pieloureteral a predominio izquierdo. Ambos uréteres son redundantes. Cistometrografía: vejiga autónoma deformada en sus paredes que presenta múltiples imágenes de celdas y divertículos. Reflujo véscicorrenal mas marcado en lado izquierdo con uréteres engrosados y rígidos.

Operación: 18-1-68: cistectomía de calota, ampliación con ileon y ostromía del lado derecho.

Actualmente 10 meses después de la intervención se observa en la urografía endovenosa apreciable mejoría de la extasia alta y de los uréteres. En cistografía se ve el reflujo izquierdo aunque el uréter se ha adelgazado y enderezado apreciablemente. En lado derecho parece haber reflujo muy tenue.

Resumen:

Se presentan tres casos de vejiga neurogénica autónoma por mielomeningocele lumbosacro con reflujo véscicorrenal.

Se realizan consideraciones sobre el tema y se relata la intervención conservadora aplicada a los tres casos que consiste en cistectomía de calota vesical, utilización de ileon para reemplazar el detrusor y ostromía derivativa de uno de los extremos del asa entérica hasta corrección del reflujo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Ileocistoplastia en vejiga neurogénica. Fazio, Juan Mariano. Rev. Argentina de Urología y Nefrología - Volumen 33-Páginas 235-240. 1964.
- 2 - Colocistoplastia y espina bífida. M. P. Bitker. Journal D'Urologie et Nephrologie. 72:789 - 1966.
- 3 - Ileocistostomía a lo Cordonnier. Brer. British Journal of Urology. 36:365- 1964.
- 4 - Esfinterometría y electromiografía. Journal D'Urologie et du Nephrologie. 71:227.
- 5 - Espasmo del esfinter uretral externo. Smart. British Journal of Urology 37:574 - 1965.