

TRABAJO ORIGINAL

SERVICIO DE UROLOGIA — HOSPITAL RAWSON

Profesor Dr. Bernardino Mataini

INSTITUTO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Director Dr. Pedro I. Elizalde

EL COMPORTAMIENTO DEL MUSCULO DEL CUELLO VESICAL EN LA PATOLOGIA DE ESTE MISMO

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

El estudio patológico del Músculo del Cuello Vesical en las alteraciones de este último, no es tarea fácil, la principal dificultad estriba en que no siempre podemos seguir al paciente en quien se ha hecho el diagnóstico de alguna alteración morfológica de esta zona. Generalmente estos enfermos son retirados del Hospital antes de su muerte, o bien nos es imposible tenerlos a la expectativa, ocupando una cama en el Hospital, especulando sobre la fecha de la necropsia. De todos modos hemos tenido la suerte si así pudiera llamarse, de poder seguir hasta el anfiteatro, a tres pacientes cuyos trastornos radicaban directa o indirectamente en el Cuello Vesical de una manera bien manifiesta.

Otro conjunto de casos se deben a hallazgos de autopsias. Creo que a pesar de no conocer exactamente la historia clínica de estos casos, bien podemos afirmar donde radicaban especialmente los trastornos generadores de la muerte en dichos sujetos.

Para las alteraciones del Músculo Propio en aquellos enfermos que han podido ser operados, nos valdremos del estudio anatómopatológico de las piezas extraídas.

Partiendo del Músculo Propio en su forma normal, tal cual lo muestra las fgs. 1 y 2, podremos seguir paso a paso, desde las alteraciones más graves que destruyen completamente a este Músculo, hasta aquellas en que recién se inicia la infiltración alterativa de su constitución.

En la mayor parte de los preparados hemos utilizado coloraciones selectivas, especiales, para la exacta diferenciación del tejido conjuntivo y muscular.

Para hacer más fácil este trabajo y no entrar en consideraciones que fatigarían al lector, le proponemos seguir paso a paso las figuras que se encuentran en él.

Comenzaremos llamando la atención sobre las figuras 1 y 2. Ambas nos muestran un Músculo normal, la fg. 1 está aumentada aproximadamente cuatro veces y se trata de una glándula prostática hipertrófica pero que no ha interesado al Músculo del Cuello. (Ver comunicación Sociedad de Urología, Junio 1934). Se trata de un caso en que no existen síntomas urinarios, ni retención ni disuria, es decir es un sujeto normal con respecto a su árbol urinario. Queremos hacer resaltar este detalle para que se note la importancia que tiene la integridad de la formación muscular que hemos hallado.

En la fg. 2 vemos al Músculo del Cuello Vesical aumentado a 400 diámetros. Podemos ver la normalidad absoluta de sus componentes, orientación perfecta de sus fibrillas tipo de fibra eminentemente lisa y con muy poco tejido conjuntivo entre ellas.

La comparación de esta figura con las que siguen nos dará la pauta del valor intrínseco de estas fibrillas en los trastornos de la micción y en especial de las retenciones urinarias en la vejiga.

Las observaciones que siguen pertenecen a enfermos que han sido operados por lesiones macroscópicas evidentes del Cuello Vesical.

Observación 1.

J. L. de 24 años de edad.

ENFERMEDAD ACTUAL

El enfermo se queja de trastornos urinarios variados. Cuando niño y hasta la pubertad padecía de enuresis nocturna. Actualmente polaquiuria diurna y nocturna en forma discreta.



Figura 1. Panorámica. Obj. 64. Condens 64
Corte transversal del Cuello vesical.

ESTADO ACTUAL

Orinas claras. **Retención 70 gramos.**

Cistouretroscopía: Vejiga con columnas pequeñas pero numerosas. Cuello de Vejiga presenta su labio inferior levantado y de un espesor mayor que normalmente.

Tratamiento: Se hace la resección endoscópica del labio inferior del Cuello Vesical, mediante dos tomas con el resector de Mc. Carthy.

Histopatología: Fg 3. Los trozos resecados muestran la presencia de ligero infiltrado linfocitario y producción de tejido conjuntivo que se interpone directamente entre las fibras musculares, éstas se

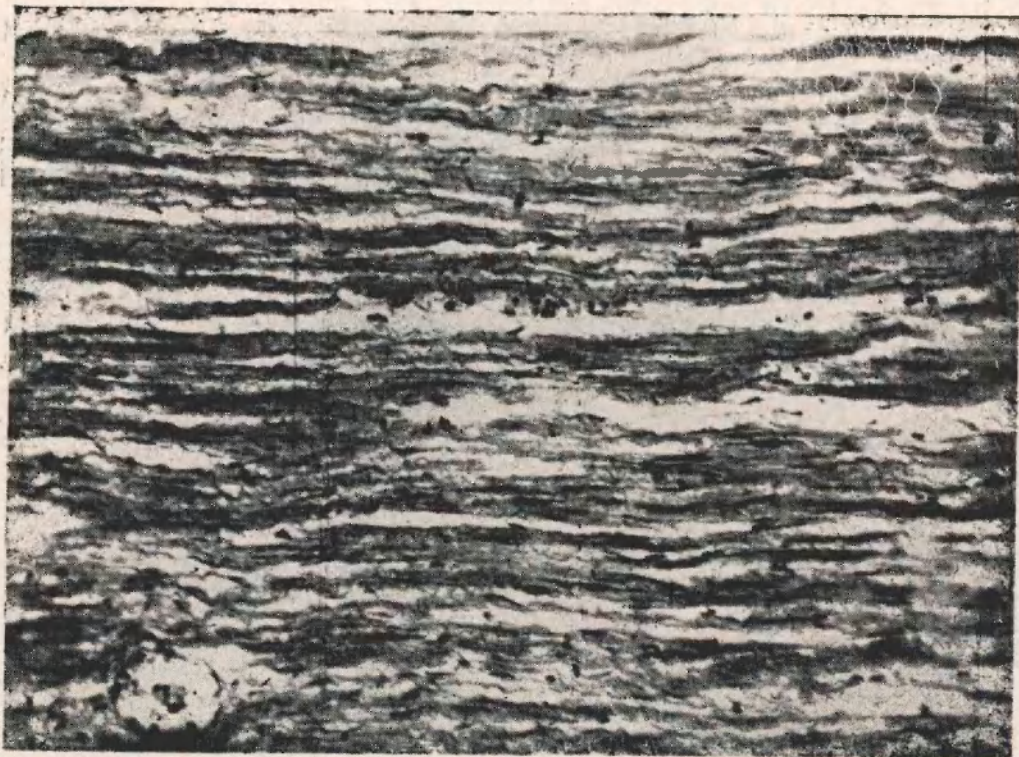


Figura 2. Leitz. Obj 4. Ocular 8.

hallan regularmente conservadas. Debemos notar que a pesar de que su estado no está muy alterado, la orientación en cambio ha sufrido una modificación manifiesta que seguramente repercute en su movilidad, limitándola o por lo menos impidiendo su excursión normal para abrir el Cuello Vesical en el momento de la micción.

Observación 2.

E. G. de 59 años de edad.

ENFERMEDAD ACTUAL

Comienza hace 12 años con polaquiuria, tratándola con dilataciones a Beniques mejorando bastante. Ultimamente se repiten estos fenómenos urinarios haciéndose cada vez más molestos.

ESTADO ACTUAL

Orinas turbias (pus). **Retención 150 gramos.**

Próstata: Pequeña y fibrosa con algunas adherencias. Vesículas palpables. Cisto-Uretroscopía. Cuello de la Vejiga francamente



Figura 3. Leitz. Obj 4. Ocular 8.

levantado uniéndose en ángulo recto con sus paredes laterales; en uretra posterior el lado uretral del cuello hace un levantamiento neto para unirse con la pared de la uretra en ángulo agudo dejando de esta manera una fosa retromontanal bien marcada.

Tratamiento: Se reseca con el aparato sacabocados de Mc. Carthy, dos trozos de tejido del tamaño de un garbanzo, situados en el labio inferior del Cuello.

Histopatología: Fg. 4. El estudio histopatológico de las piezas extraídas nos muestran en el tejido que corresponde al Cuello Vesical una infiltración de linfocitos, trabéculas conjuntivas, capilares de neoformación que indican la proliferación del tejido conjuntivo de una manera más acentuada que en el caso anterior.

Las mismas fibras musculares están sufriendo la iniciación de un proceso de esclerosis en su constitución.

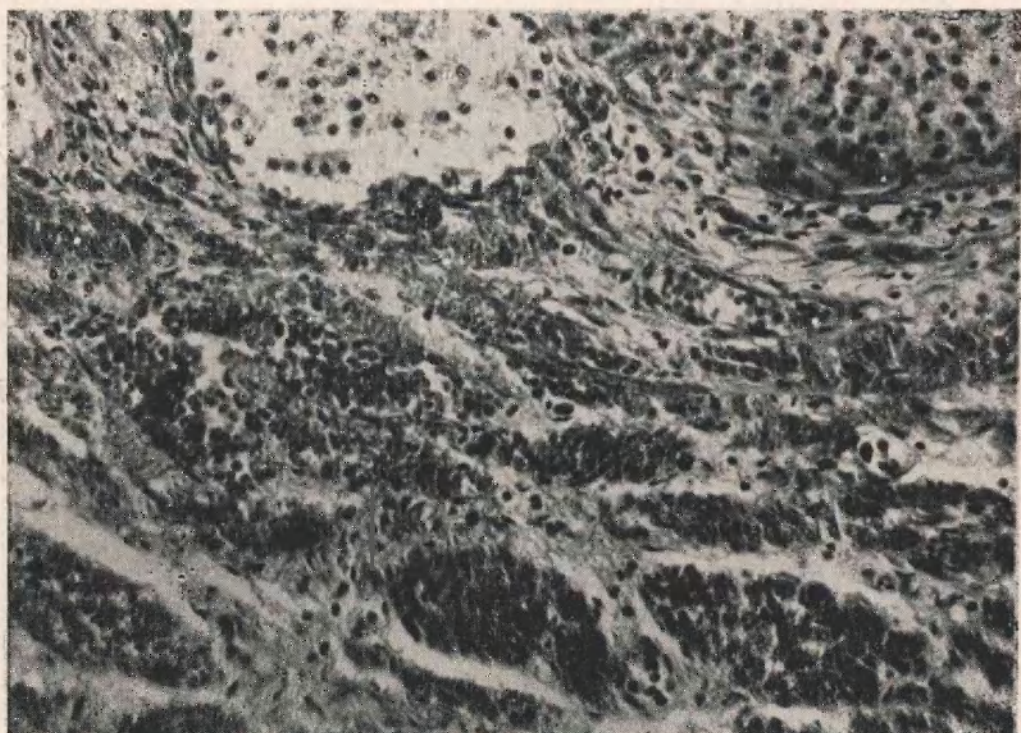


Figura 4. Leitz. Obj 4. Ocular 8.

Observación 3.

L. K. de 58 años de edad.

ANTECEDENTES PERSONALES

Trastornos miccionales desde hace 6 años con polaquiuria diurna y nocturna micción retardada y prolongada.

ESTADO ACTUAL

Vejiga con 200 gramos de retención, orinas turbias (pus).

Próstata: Un poco agrandada, de consistencia normal, de bordes bien limitados y sin adherencias.

Vesículas Seminales: Nada de particular.

Cisto-Uretroscopía: Vejiga con grandes columnas. Cuello Vesical agrandado de 1 ½ ctm. de espesor y levantado especialmente hacia el lado uretral del mismo.

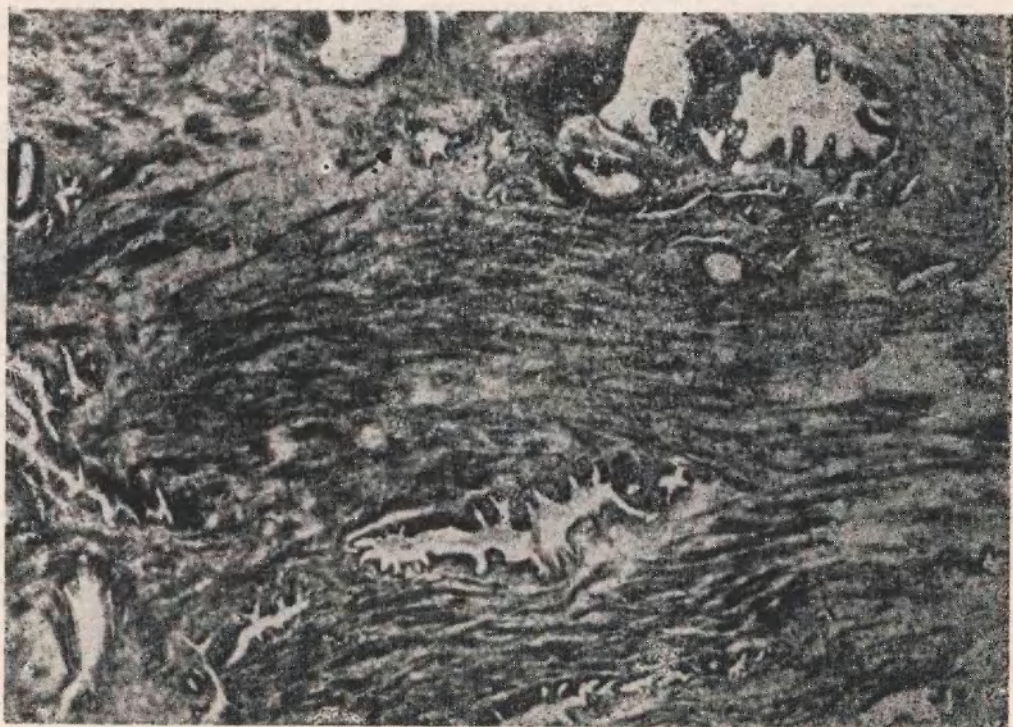


Figura 5. Leitz. Obj 2. Ocular 8.

Tratamiento: Resección del labio inferior del Cuello. Se extraen cuatro trozos de tejido hiperplasiado.

Histopatología: Figura 5 y 6. El estudio anátomo-patológico de las piezas extraídas nos revelan una manifiesta reacción fibrosa en sus tejidos.

Gran infiltración linfoplasmocitaria, capilares de neoformación, sobre todo en la fg. 6. En la fg. 5 vemos algunas glándulas prostáticas, seguramente de un trozo de tejido resecado profundamente.

En cuanto al Músculo del Cuello Vesical podemos ver tanto en una como en otra figura sus alteraciones, con invasión de tejido conjuntivo y alteraciones musculares más marcadas que en los casos anteriores.

Observación 4.

N. N. de 73 años de edad.

ENFERMEDAD ACTUAL

Presenta desde la juventud trastornos miccionales como ser, prolongación de la micción, falta de proyección del chorro y retardo de iniciación.

ESTADO ACTUAL

Enfermo en regulares condiciones generales. El examen de su aparato urinario nos muestra como síntomas salientes una retención de orina de 350 grs. Orinas turbias, infectadas por el colibacilo, de olor amoniacal cuyo examen microscópico nos demuestra abundancia de pus.

El tacto rectal deja percibir una próstata normal.

La cistoscopia con el Panendoscopio de Mc. Carthy deja ver una franca elevación del labio inferior del Cuello Vesical, elevación que se hace sobre todo a expensas del lado uretral. Las paredes laterales del Cuello de la Vejiga se unen al labio inferior en un ángulo de 45°. Borde superior del Cuello, nada de particular.

Tratamiento: Resección del labio inferior del Cuello por vía endoscópica hecha en Octubre del año 1933. Los resultados de la intervención no pueden ser más halagadores, el enfermo se encuentra con 20 gramos de retención, orinas claras, habiéndosele pasado todos sus trastornos.

Histopatología: Fg 7. El examen microscópico de los trozos extraídos nos muestran una estructura similar en casi todos ellos; a

saber, una manifiesta reacción esclerógena con infiltrado discreto de linfocitos. El Músculo del Cuello Vesical se halla alterado, no solo con su tejido conjuntivo intersticial aumentado en cantidad sinó que sus mismas fibras soportan una destrucción discreta de ellas por tejidos escleroso con vacuolización de algunas células, que indican su alteración.

Observación 5.

J. L. de 20 años de edad.

Ingresa al Servicio del Hospital Rawson en Febrero de 1934.

ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de un enfermo que se halla en **retención de orina completa** desde hace un mes y debe ser sondado cotidianamente para evacuar su vejiga.

ESTADO ACTUAL

El examen general del enfermo nos muestra la presencia del riñón derecho con dos pelvis y uréter bifido. Riñón izquierdo cálices ligeramente dilatados.

Vejiga: Se palpa globo vesical hipogástrico, su cateterismo da salida a 500 grms. de orina purulenta.

Cistoscopia: Nos muestra una vejiga dilatada con columnas. Cuello Vesical, levantado su labio inferior, de un espesor aproximado de dos cms. y que se une a uretra posterior en ángulo recto.

Próstata, Vesículas Seminales: Nada de particular.

Tratamiento: Se hace resección del labio inferior del Cuello Vesical extrayendo cuatro trozos, dos centrales y uno de cada lado, se electrocoagula la superficie cruenta.

Examen Microscópico: Nos muestra una gran transformación fibrosa de los tejidos con la desaparición casi completa de las fibras

musculares, hallándose únicamente rastros de ellas con vacuolización de sus mioblastos en algunos campos; en otros, como se puede ver en la fg. 8 la invasión conjuntiva se hace en pleno tejido muscular separando y disgregando sus manojos fibrilares transformando al Músculo Propio del Cuello Vesical en una masa conjuntiva como se puede ver claramente algunas fibras de él en las fgs. 8 y 9, el estado de alteración es bien franco y mucho más evidente que en las observaciones anteriores.



Figura 6. Leitz. Obj 2. Ocular 8.

Observación 6.

R. de 40 años de edad.

ENFERMEDAD ACTUAL

Desde su juventud presenta trastornos urinarios evidentes como ser retardo de la micción, prolongación de esta, chorro pequeño y sin proyección.

ESTADO ACTUAL

Retención completa crónica de orina. El cateterismo de su uretra hace notar ciertas dificultades en la zona prostática de la uretra. La radiografía de este enfermo muestra innumerables cálculos de vejiga, motivo por el cual es intervenido, haciéndose extracción de ellos. Al poco tiempo se le coloca sonda permanente para cerrar el meato



Figura 7. Leitz. Obj 2 Ocular 8.

hipogástrico. Una vez conseguido esto se saca la sonda uretral y se comprueba con sorpresa de que el enfermo no puede orinar espontáneamente. En estas circunstancias se le hace una uretrocistoscopia con el Panendoscopio constatándose un gran desarrollo del labio inferior del Cuello Vesical del tamaño aproximado de 3 ctms. de espesor muy congestionado edematoso y sangrante.

Tratamiento: Resección del labio inferior del Cuello de la Vejiga por vía endoscópica. Se le extrae siete trozos de tejido del tamaño de una arveja cada uno de ellos.

Histopatología: Fgs. 10 y 11: En la fg. 10 vemos la mucosa y a la submucosa soportando un proceso de inflamación acentuado, mantenido seguramente por la sonda que se dejó en permanencia, por debajo existe edema que separa las fibras conjuntivas. Las fibras musculares han desaparecido, se encuentran tan solo algunas en la fg. 11 muy aisladas rodeadas por tejido fibroso evidente. Nótese en la fg. 11 la cantidad de haces musculares que han sido transformados en tejido conjuntivo.

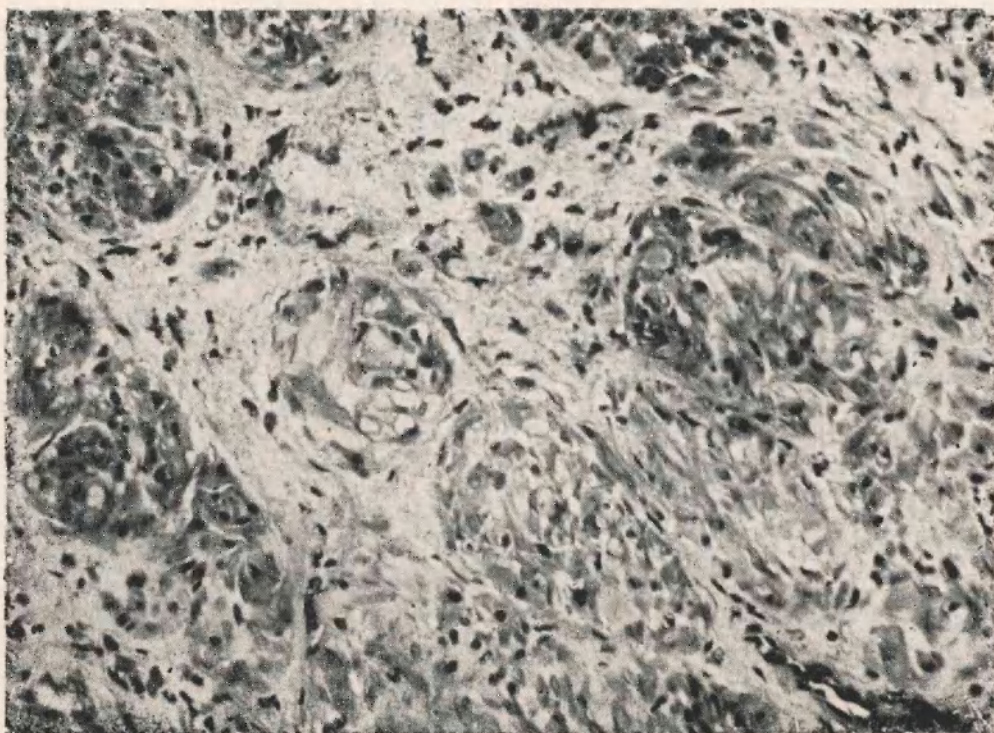


Figura 8. Leitz. Obj 4. Ocular 8.

El Músculo del Cuello Vesical se hallaba particularmente destruido imposibilitando o mas bien fijando al labio inferior del Cuello Vesical que no podía moverse hacia abajo durante la micción.

Observación 7.

J. B. de 85 años de edad.

ENFERMEDAD ACTUAL

Desde hace aproximadamente 15 años el enfermo siente tras-

tornos en la micción, polaquiuria diurna y nocturna, chorro fino y sin fuerza. Micción prolongada.

ESTADO ACTUAL

Los trastornos anotados anteriormente se hicieron mucho más intensos hasta llegar a la **retención crónica completa** que tiene actualmente.

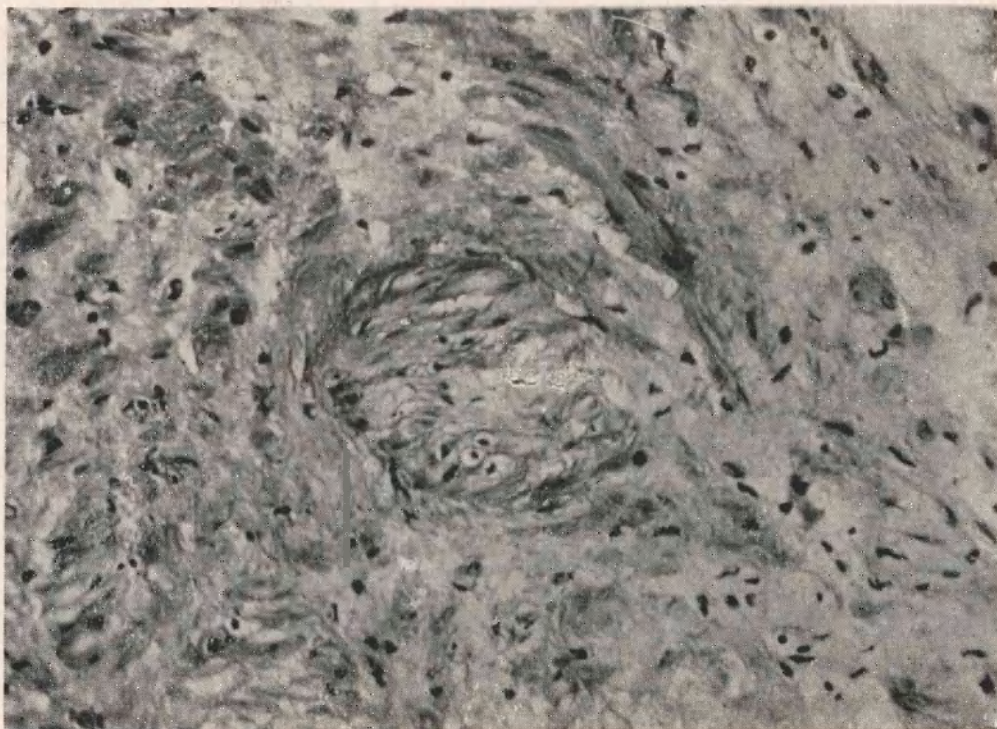


Figura. 9. Leitz. Obj 4. Ocular 8.

Retención completa: El cateterismo da salida a 500 gramos de orina turbia. (Pus).

Próstata: Pequeña de consistencia elástica sin adherencias.

Cistouretroscopia: Vejiga a grandes columnas limitando celdas bien marcadas ligamento interurético bien desarrollado. El Cuello Vesical presenta un levantamiento bien marcado que se une en ángulo agudo con sus paredes laterales. Uretra posterior alargada. Sobre todo en la parte que corresponde a fosa retro-montanal.

Tratamiento: Se resecan cinco trozos de tejido del labio inferior del Cuello Vesical.

Histopatología: Figuras 12 y 13. Podemos ver claramente en la preparación de la fig. 12 las alteraciones evidentes que soporta la estructura normal de esta zona. En efecto, se ve un infiltrado linfoplasmocitario, capilares de neoformación, gran cantidad de tejido de esclerosis que ha alterado al Músculo del Cuello de tal manera que quedan tan solo algunos rastros de sus fibras y éstas a su vez sin ningún valor como se ve en la fig. 13, todas sus fibrillas están disgregadas y alteradas no pudiendo por lo tanto conservar la menor elasticidad.



Figura 10. Leitz. Obj 4. Ocular 8.

Se explica fácilmente que no se mueva este segmento del Cuello Vesical sino tiene tejido capaz de hacerlo actuar.

La lectura de este grupo de observaciones nos ha permitido seguir paso a paso las alteraciones que sufre el Músculo del Cuello Vesical.

Desde la simple alteración de orientación sin mayores alteraciones estructurales hasta los grandes cambios tumorales que sufre este músculo transformándose en una masa fibrosa que no permite reconocer ninguna miofibrilla útil para su dinamismo. Además podemos observar que la clínica está en perfecta condición con la histopatología; cuanto mayor es la alteración en el Músculo del Cuello, las historias de estos enfermos nos muestran mayor cantidad severidad y más cantidad de fenómenos patológicos con aumento de la

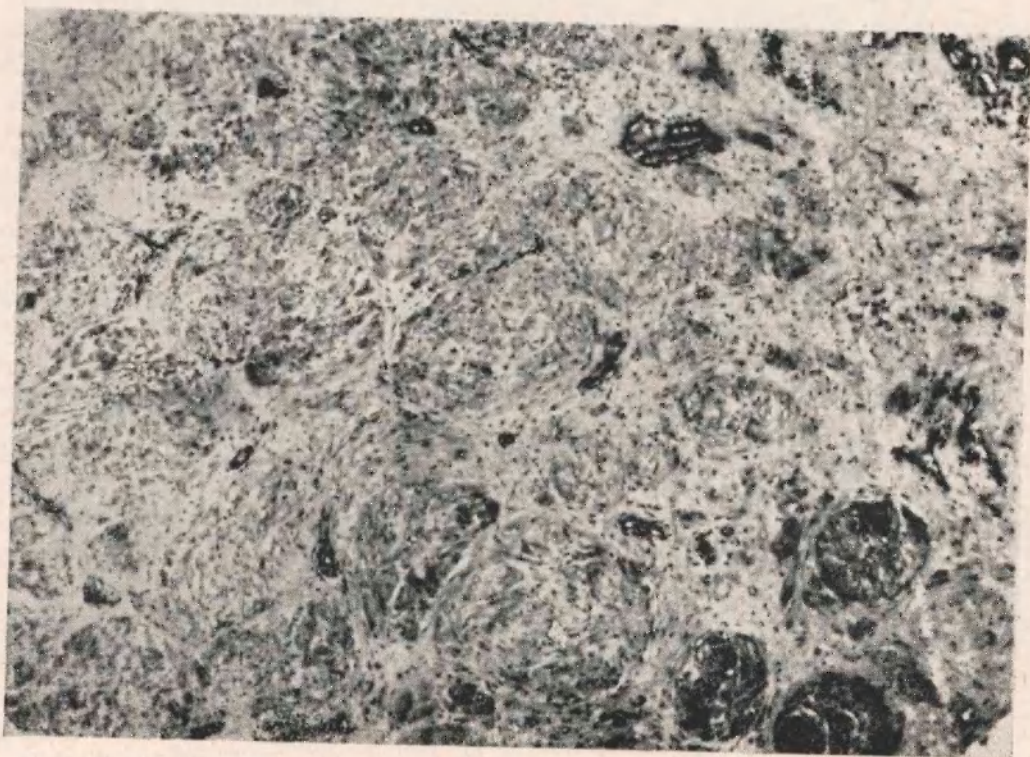


Figura 11. Leitz. Obj 2. Ocular 8.

retención urinaria. Este último de 70 gramos que presentaba la primera observación va aumentando paulatinamente en relación a las alteraciones histológicas del Cuello Vesical hasta llegar a la retención completa permanente.

Estas tres observaciones que siguen pertenecen a enfermos a quienes hemos podido completar su estudio con la necropsia.

Observación 8.

J. B. de 69 años de edad.

ANTECEDENTES PERSONALES

Interrogatorio difícil a consecuencia del grave estado en que se encuentra el sujeto; sus familiares nos relatan que desde hace tiem-

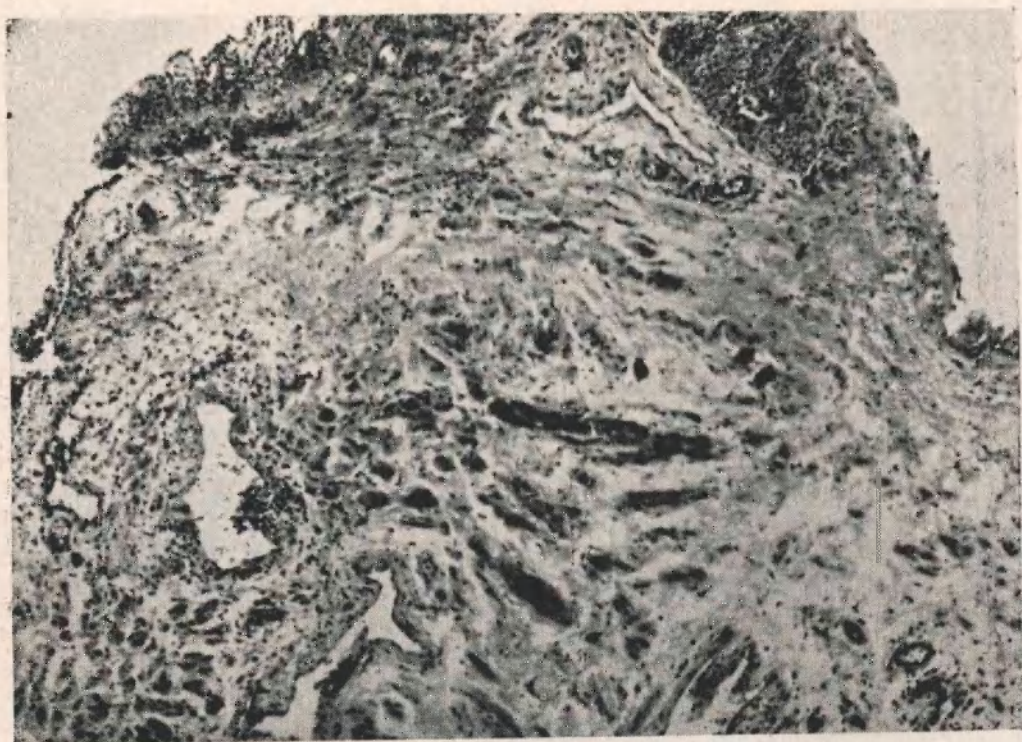


Figura 12. Leitz. Obj 2 Ocular 8.

po presenta síntomas vesicales evidentes traducidos por: Esfuerzo inicial para comenzar la micción que lo obligaba a adoptar la posición en cuclillas para poder orinar; además la micción se prolongaba considerablemente.

ENFERMEDAD ACTUAL

Desde hace 8 meses que el enfermo no puede orinar por sus propios medios debe ser sondado una vez por día para vaciar su vejiga.

ESTADO ACTUAL

Enfermo en decúbito dorsal. Astenia muy marcada. Escaso pániculo adiposo, piel seca y pálida. Extremidades frías. El sujeto se encuentra en un estado de semi-inconciencia, responde solamente a las grandes excitaciones; torpeza intelectual casi absoluta. Pupilas mióticas reaccionan débilmente a la luz.

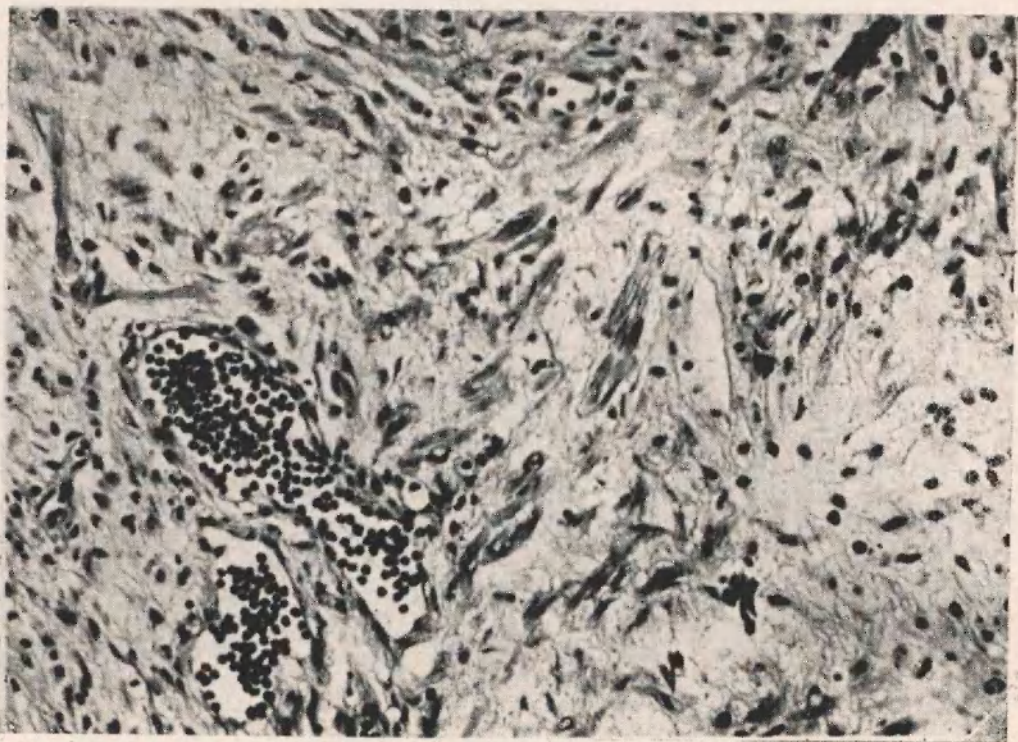


Figura 13. Leitz. Obj 4. Ocular 8.

Aparato circulatorio: Tonos cardíacos alejados, pulso 150 por minuto.

Aparato respiratorio: Rales congestivos de las dos bases pulmonares.

Aparato digestivo: Lengua muy seca y resquebrajada.

Aparato urinario y genital.

Riñón: Riñón derecho se palpa fácilmente es de superficie plana y de consistencia elástica. Riñón izquierdo se palpa su polo inferior.

Vejiga: Gran tumoración en el hipogastrio que levanta la pared abdominal debido a la dilatación de la vejiga; se palpa su borde inferior cerca del ombligo, el cateterismo de la vejiga da salida a 2,500 gramos de orina de color rojizo de aspecto turbio y con olor amoniacal.



Figura 14. Panorámica. Obj 35. Condens 35.

Coloración Hematoxilina - Fuchsin - Azul.

Fibromas del Labio inferior del Cuello Vesical.

Desaparición de las fibras del Músculo del Cuello Vesical.

Uretra: El explorador N° 18 pasa libremente hasta uretra posterior donde tropieza con un obstáculo que le impide su progresión hasta la vejiga; la sonda Bequille N° 18 penetra hasta la vejiga.

Próstata: Al tacto notamos una próstata pequeña indurada de bordes libres sin adherencias y sin dolor, por arriba de la próstata podemos percibir una zona indurada que corre transversalmente, del tamaño aproximado de dos a tres ctms. que se interpone manifiestamente entre el dedo y el catéter situado en uretra.

Cistoscopia y Uretroscopia: No fué posible hacerlo debido al estado del enfermo.

ANALISIS

Urea total en sangre	1 gr. 20 %
Reserva Alcalina	Muestra una concentración de 23,30 de C. O. 2 en el plasma.
Cloruro en sangre	3,36 %

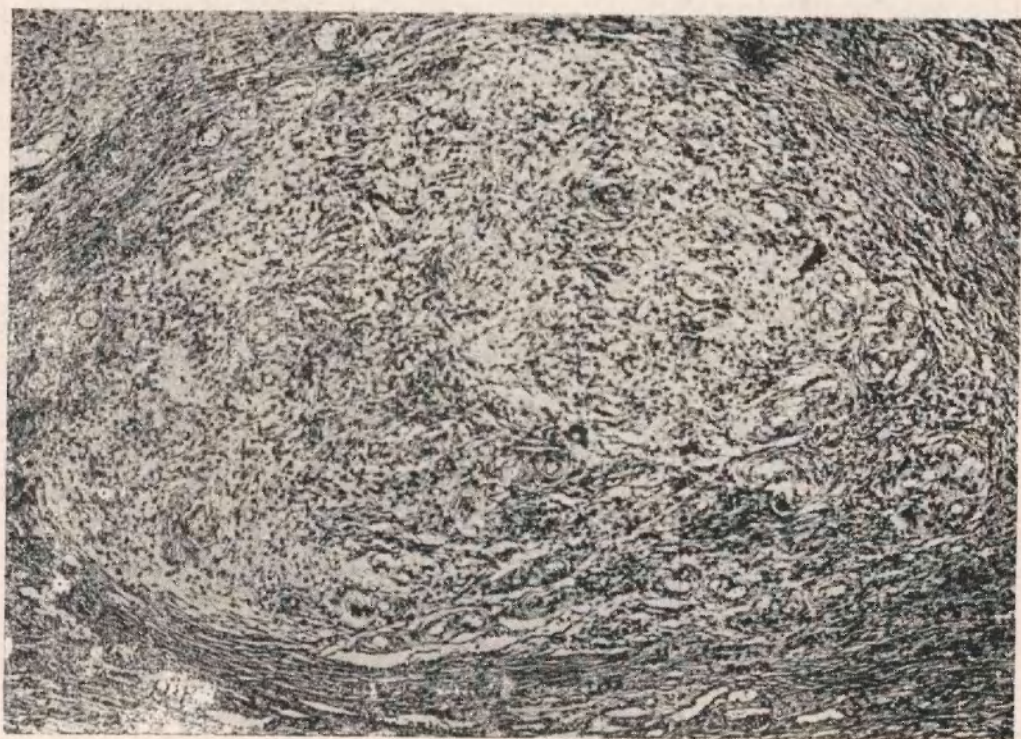


Figura 15. Obj 2. Ocular 8.

Una zona fibromatosa de la Fig. 1, vista a mayor aumento

Tratamiento: Se deja sonda permanente para drenaje continuo de la vejiga. Se establece un régimen de hidratación forzada. 160 grms. de suero clorurado al 20 % por vía endovenosa dividido en cuatro veces. 1000 grms. de suero fisiológico subcutáneo. 120 grms. de suero glucosado hipertónico endovenoso dividido en cuatro veces por día. Gota a gota rectal permanente.

losa y tapizada en algunas partes por membranas fibrinosas. Grandes columnas que limitan numerosas celdas.

Los meatos ureterales se encuentran congestionados y entreabiertos. El Cuello de la Vejiga se nos presenta con su luz muy alargada en el sentido horizontal; el labio inferior muy desarrollado rechazando hacia arriba al labio superior; este labio inferior se halla

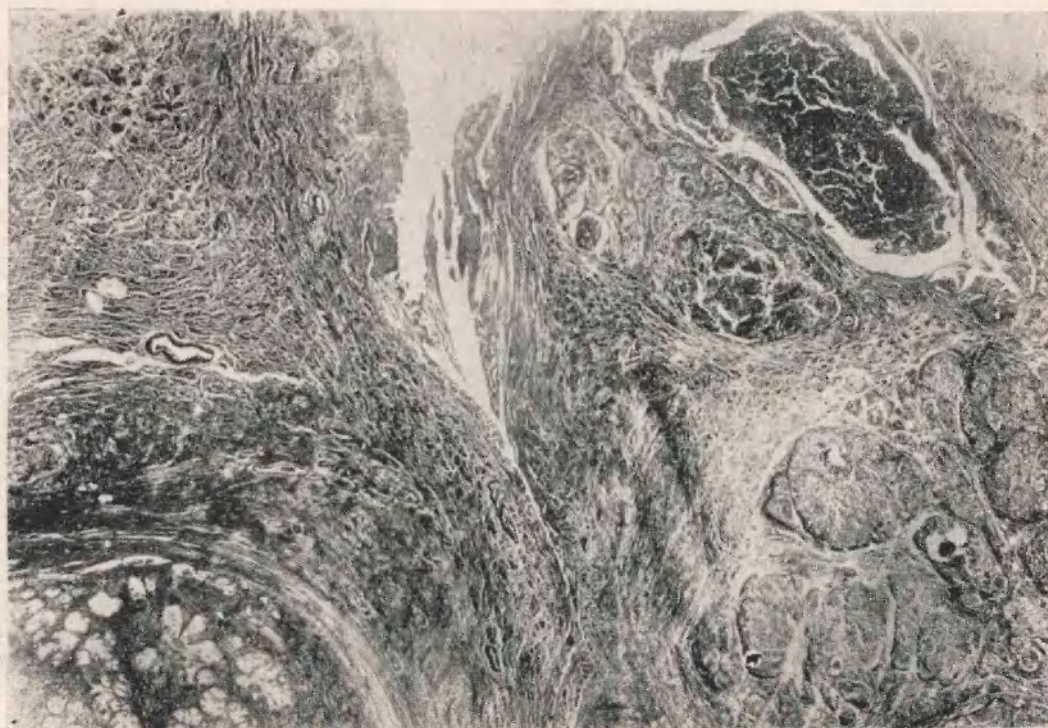


Figura 17 Panorámica. Obj 64. Condens 64.

Corte longitudinal anteroposterior del Cuello Vesical.
A la derecha labio inferior; a la izquierda labio superior.

indurado y de un espesor aproximado de dos cms. formando una franca barrera entre la vejiga y uretra posterior. Uretra posterior, aïagada, mucosa roja y despulida. La vertiente uretral del Cuello debido a su agrandamiento se une en ángulo casi agudo con la uretra posterior. Próstata, Uretra y Vesículas Seminales; sin alteraciones patológicas.

Microscópicamente: Podemos percibir en el labio inferior del Cuello Vesical una transformación completa de la estructura de esta

región. Existen en él tres o cuatro formaciones del tipo fibromatoso, verdaderos fibromas del Cuello Vesical que han destruido el tejido muscular de esta zona. La desaparición del tejido del Músculo Propio del Cuello Vesical es completo. Figuras 14, 15 y 16.

Observación 9.

N. N. de 65 años de edad.

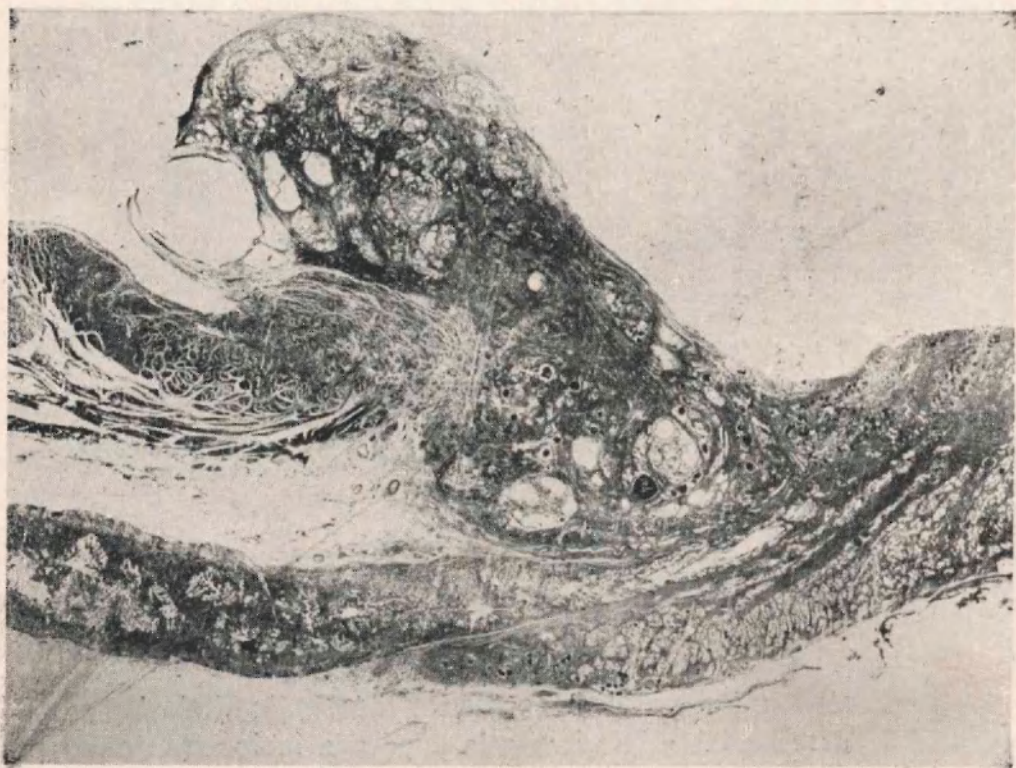


Figura 18. Panorámica. Obj 64. Condens 64.

Coloración Hematoxilina - Fuchsin - Azul.
Labio inferior del Cuello Vesical, Corte Sagital.

ANTECEDENTES PERSONALES

Blenorragia en la juventud. Neumonía a los 30 años. Buen bebedor y buen fumador.

ENFERMEDAD ACTUAL

Comienza hace dos años con trastornos a la micción traducidos por polaquiuria diurna cada dos horas y nocturna una a dos veces por la noche. Estos trastornos se van acentuando paulatinamente hasta llegar al estado actual. Adelgazamiento y malestar general.

ESTADO ACTUAL

Bajo el punto de vista urinario el individuo presenta trastornos miccionales acentuados, estando en retención crónica completa des-



Figura 19. Panorámica. Obj 64. Condens 64.
Coloración Hematoxilina - Fuchsin - Azul.
Corte sagital del Labio inferior del Cuello Vesical.

de hace 6 meses, el enfermo debe ser sondado diariamente motivo por el cual se le coloca una sonda permanente.

Riñones: Riñón izquierdo, se palpa polo inferior con la misma característica del derecho.

Vejiga: Se palpa globo vesical a dos traveses de dedos por debajo del ombligo en forma de pera a base superior. La palpación profunda del hipogastrio es dolorosa.

Uretra: Meato uretral edematoso. Pasa un explorador N° 18.

Próstata: Aumentada de tamaño pudiendo compararse al gran-
dor de una nuez; dura al tacto, inmóvil, sin delimitación marcada
en su borde superior.

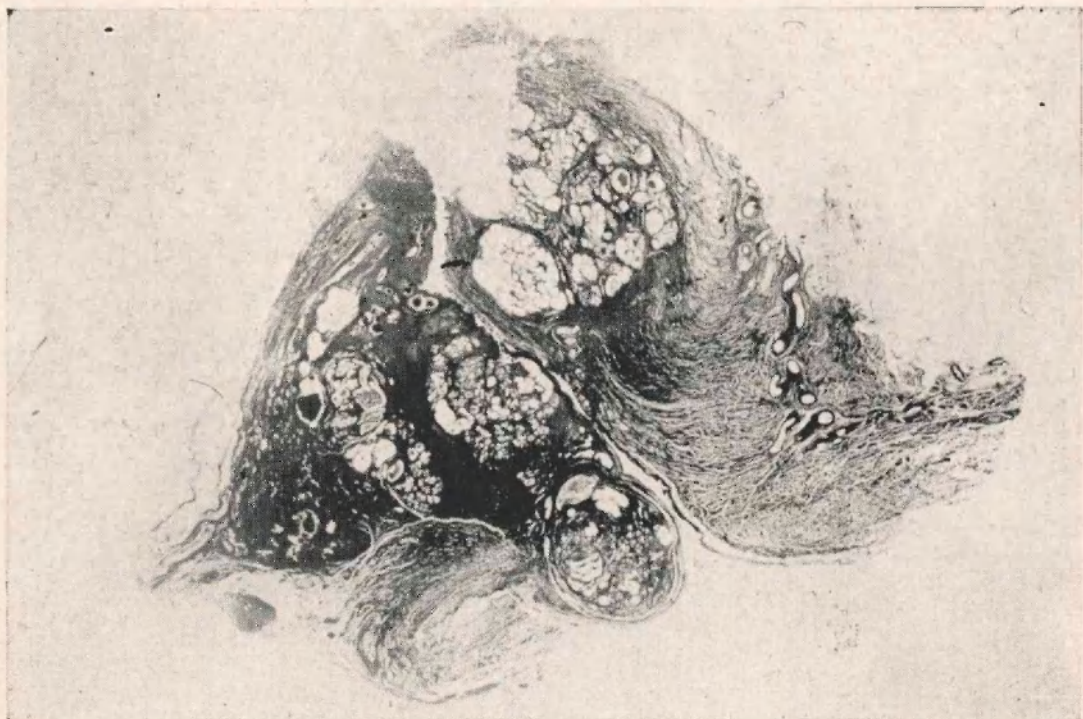


Figura 20. Panorámica. Obj 64. Condens 64.

Coloración de Van Gieson.

Corte sagital pasando por Cuello Vesical.

Por arriba de la luz uretral se encuentra el labio superior, por debajo el labio inferior.

Vesículas: Se palpan las dos vesículas seminales induradas, sin bordes nítidos que la limiten y confundiéndose manifiestamente con el borde superior de la próstata.

Cistoscopia: Vejiga dilatada con columnas y celdas, mucosa roja y despulida. Meatos ureterales entreabiertos. Se observa un ma-

nifiesto levantamiento del trigono. Cuello Vesical deformado sobre todo el labio inferior que continúa con el levantamiento del trigono y se muestra muy congestionado y con edema bulloso. Uretra posterior alargada a expensas sobre todo de su parte retromontanal, edematizada y muy sangrante.



Figura 21. Panorámica. Obj 64. Condens 64.

Corte transversal del Cuello Vesical.

La U. indica la luz del cuello, está deformada y comprimida por masas laterales.

ESTADO GENERAL

Enfermo en decúbito indiferente, piel seca y pálida. Adelgazamiento general. Lengua seca en sus bordes. Presenta en estos días un estado diarreico. Hígado aumentado de tamaño. Corazón segundo tono reforzado, presión arterial Mx. 15, mn. 6.

Sistema Nervioso: El enfermo se encuentra en un estado de depresión psíquica, teniendo algunas incoherencias.

ANALISIS

Análisis de orina:

Albúmina	1,20 gs.
Glucosa	No contiene
Pig Biliares	Presencia.
Indican	Contiene abundante
Sangre	" "
Pus	" "
Sedimento	Se observa la presencia de numerosos glóbulos de pus y numerosos glóbulos rojos.

Azohemia 1 gr. 55 %.**Cloruremia** 3 gr. %.**Reserva alcalina** 31,20 de C. O.² en plasma.**MARCHA DE LA ENFERMEDAD**

Debido al estado biológico sanguíneo que nos acusa una acidosis grave, lo sometemos a un régimen de hidratación forzada, sonda permanente, cloruro de sodio hipertónico endovenoso 20 c.c. y repetido cada tres horas. 20 c.c. de suero glucosado hipertónico endovenoso repetido también cada tres horas. Suero fisiológico y suero glucosado isotónico rectal y subcutáneo. Con este tratamiento el enfermo mejora levemente para caer a la semana en coma acidótico y muerte.

EXAMEN DE LA NECROPSIA

Aparte de las lesiones cardíacas, pulmonares y hepáticas que presentan en general esta clase de enfermos, notamos la existencia de ganglios lumbo-aórticos infartados a consecuencia de las metástasis del tumor de la próstata. El aparato urinario es particularmente interesante.

Riñones: Se encuentran ambos aumentados de tamaño pero sobre todo a expensas de la pelvis, con parénquima reducido por la dilatación calicial; la cápsula se desprende con cierta dificultad; al corte, estos riñones nos muestran la falta de relaciones netas entre la corteza y las pirámides; hallándose ambas reducidas de tamaño.



Figura 22. aPnorámica. Obj 64. Condens 64.
Corte sagital del labio inferior del Cuello Vesical.

Las pelvis renales y los uréteres se encuentran muy dilatados. El trigono y especialmente el labio inferior del cuello vesical se hallan deformados y muy levantados. Próstata: Grande, dura, deformada y adherida a los tejidos vecinos. Uretra anterior congestionada.

Examen microscópico: El examen microscópico del corte sagital interesando el labio anterior y posterior del cuello vesical nos muestra en la parte inferior, la invasión del tejido noble por un adenocarcinoma prostático que ha destruido y alterado la estructura normal de dicha zona. Se ven algunas fibras del músculo del cuello rechazadas y alteradas. En el labio superior del cuello se encuentra histológicamente normal. Fig. 17.

Observación 10.

J. Z., de 70 años de edad.

ANTECEDENTES PERSONALES

Blenorragia en la juventud.

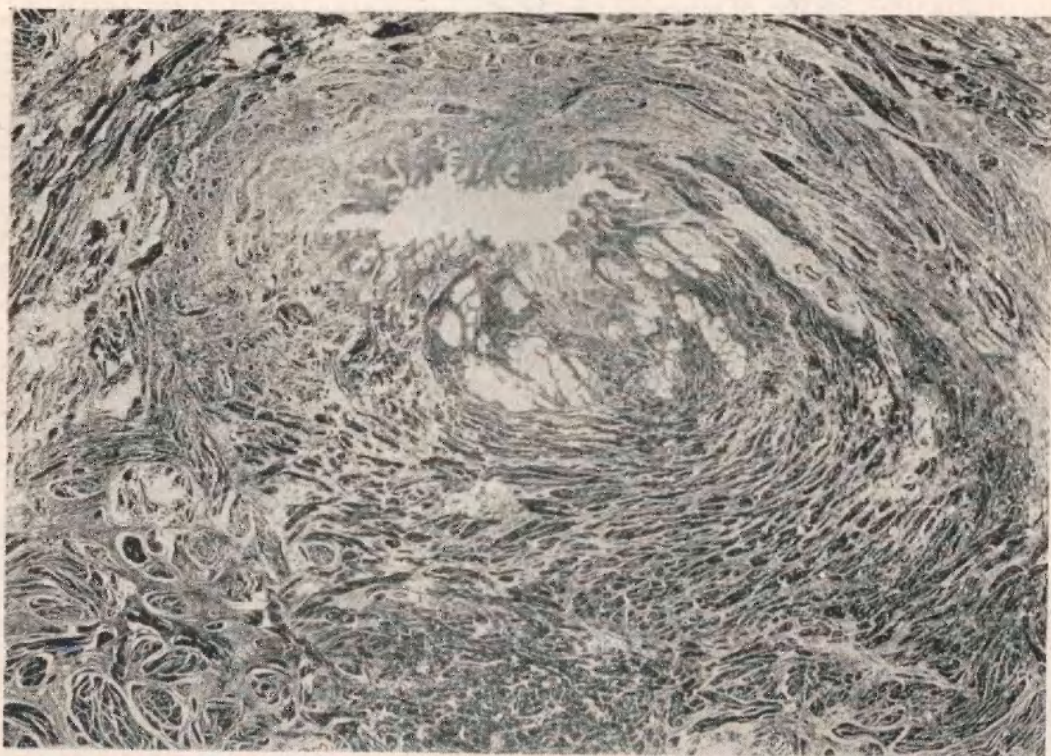


Figura 23. Panorámica. Obj 64. Condens 64.
Corte transversal del Cuello de la Vejiga.

ENFERMEDAD ACTUAL

Desde hace 12 años tiene polaquiuria nocturna cada dos horas y diurna cada tres. Estos síntomas se fueron agravando hasta hace 1 año en que tuvo retención aguda que lo obligó a sondarse; esta retención pasó para quedar polaquiuria, estando obligado a orinar cada 20 minutos tanto de día como de noche; en algunas ocasiones ha tenido hematurias premiccionesales que pasaban sin tratamiento.

ESTADO ACTUAL.

Se nos presenta el enfermo con polaquiuria diurna y nocturna cada 10 minutos; la micción es dificultosa debiendo iniciarse con esfuerzo. Es retardada y su chorro sin proyección.

A la inspección de la esfera génito urinaria se nota un levantamiento en el hipogastrio que hace pensar en el globo vesical.



Figura 24. Panorámica. Obj 64. Condens 64.
Corte sagital del cuello de la vejiga.

Uretra: Pasa explorador N° 20 sin dificultad.

Vejiga: Retención de orina 700 grms., se percibe el roce de un cuerpo extraño en vejiga, al parecer cálculo

Cistoscopia: Se constata la presencia de un cálculo en vejiga, cuello vesical deformado irregular y sangrante.

Próstata: La próstata hace marcada saliencia hacia recto, es de consistencia dura e irregular.

Riñones-uréteres: Nada de particular.

ANALISIS.

El análisis de orina delata la presencia de pus.

Dosaje de urea en sangre	0,68 % _m el 10 de abril de 1933.
	1 gr. 45 % el 29 de abril de 1933.
Reserv alcalina	44,26 de C. O. ² % en plasma el 19
	de abril de 1933. 26 % de C. O. ²
	en plasma el 19 de abril de 1933.

MARCHA DE LA ENFERMEDAD

Abril 25 de 1933. Operación: talla hipogástrica.

Se extrae un cálculo duro del tamaño de una avellana, se comprueba el diagnóstico de neoplasia vesical. Se saca un trozo de tejido de cuello que confirma el diagnóstico, comprobando la desaparición de todo tejido muscular.

Al poco tiempo el enfermo entra en franca acidosis y muere.

Con estas tres observaciones confirmamos: que debido a la alteración total del labio inferior del cuello vesical con desaparición del músculo del cuello se han establecido trastornos urinarios de tal magnitud, que provocaron la insuficiencia renal y la muerte.

Es de notar también que lo único alterado en la zona que corresponde al cuello vesical, es su labio inferior y en especial su músculo; el labio superior se encuentra perfectamente intacto y sin alteraciones de ninguna índole.

De las piezas extraídas de cadáveres que muestran alteraciones evidentes en la constitución del árbol urinario y con reacciones manifiestas del músculo propio del cuello, ya sea en sentido de destrucción o de alteración constitucional podemos presentar las siguientes preparaciones:

Observación 11 (Fig. 18). Podemos ver en este preparado, cuyo corte es hecho en sentido longitudinal antero-posterior pasando por la línea media, al labio inferior del cuello vesical cuya alteración anatómica consiste en el desarrollo hipertrófico del grupo glandular uretral de Albarran que ocupa, desplazando la formación muscular descrita por nosotros, hasta un grado tal, en que la constitución anatómica de sus fibras musculares resultan perjudicadas, al extremo de hacerse irreconocibles.



Figura 25. Panorámica Obj. 35. Condens 35.

Corte sagital del Labio inferior del Cuello Vesical.

Por otra parte, podemos ver en este mismo preparado la normalidad de las vesículas seminales y del lóbulo posterior de la próstata. El borde superior del cuello vesical, la parte restante de la uretra posterior y anterior son normales.

La vejiga en esta pieza se presenta dilatada con columnas muy desarrolladas con ligamento interurético manifiesto y con gran

bajo fondo vesical. Los uréteres se hallan dilatados y los riñones presentan signos manifiestos de su función de esfuerzo traducido por gran dilatación de su pelvis y cálices.

Observación 12 (fig. 19).

Las alteraciones sufridas en el labio inferior del cuello vesical son producidas en este caso por un fibroma verdadero situado en esa zona.

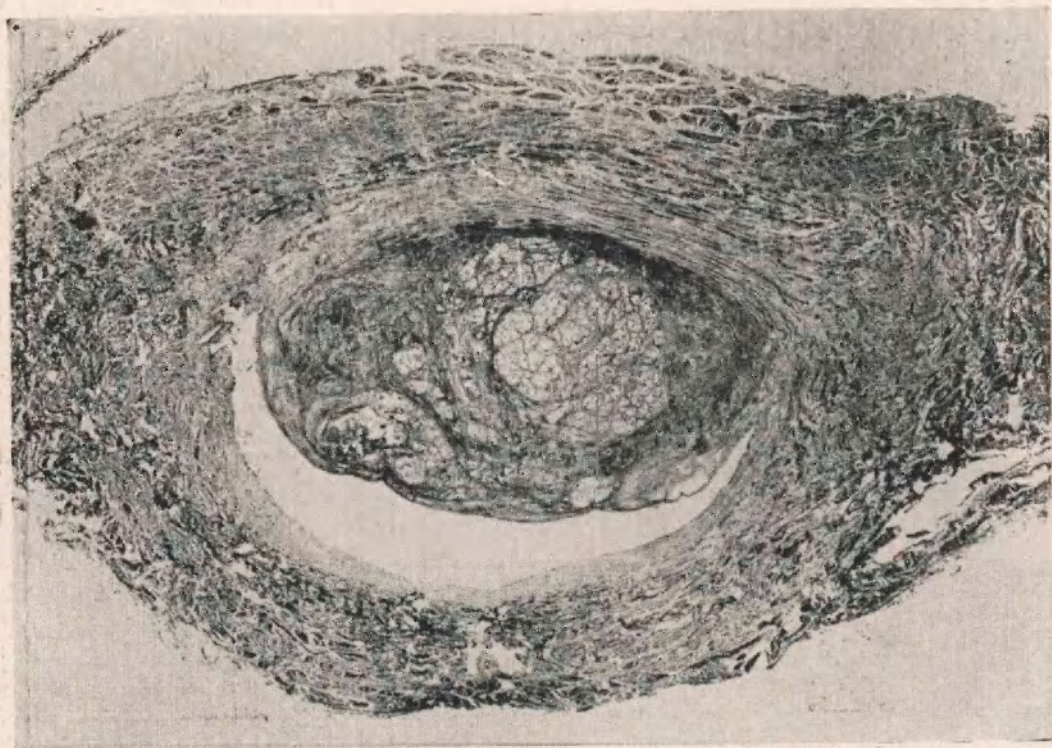


Figura 26. Panorámica. Obj 64. Conden 64.
Coloración Hematoxilina - Fuchsin - Azul.
Corte transversal del Cuello Vesical.

La destrucción del músculo propio es bien evidente, las alteraciones de la vejiga corresponden todas a las que caracterizan a estas vejigas cuando tienen que vencer un obstáculo importante.

Por otra parte puede verse en esta preparación a la próstata con sus características normales.

Observación 13 (fig. 20).

Corte longitudinal del cuello vesical interesando labio superior e inferior. Este preparado nos permite ver claramente la desigualdad que existe generalmente en la estructura anatómica no sólo normal sino también en la patológica. En efecto: borde superior del cuello de la vejiga sin alteraciones evidentes; en cambio el borde inferior se encuentra ocupado por una masa adenomatosa, prolongación de un adenoma verdadero de la próstata que ocupa íntegramente el borde inferior del cuello vesical destruyendo por completo el músculo del mismo.

Las alteraciones vesicales, ureterales y renales conservan todas las características particulares de las dilataciones crónicas, es decir: vejiga muy dilatada a grandes columnas, uréteres muy dilatados e hidronefrosis muy marcada.

Observación 14 (fig. 21).

Corte transversal pasando a nivel del cuello de la vejiga.

Podemos ver en el centro del preparado la luz uretral alargada hacia abajo; deformación debida al desarrollo patológico de las glándulas periuretrales que presentan una transformación fibroadenomatosa. Estas glándulas han rechazado al músculo del cuello de la vejiga hacia abajo comprimiéndolo y reduciéndolo enormemente de tamaño.

Observación 15 (fig. 22).

Corte longitudinal pasando por el labio inferior del cuello de la vejiga.

Debemos hacer notar especialmente en este corte, la unión en ángulo recto que hace el trigono con la uretra posterior; esto es debido a que por debajo del trigono se han desarrollado algunos fibroadenomas y fibromas puros que con su desarrollo lo han le-

vantado considerablemente destruyendo a su vez toda la formación muscular normal del labio inferior del cuello de la vejiga. La vejiga de esta autopsia se presentaba particularmente distendida con dilatación muy marcada del árbol urinario superior.

Observación 16 (fig. 23).

Corte transversal pasando a nivel del cuello vesical. En el labio inferior del cuello vesical se puede apreciar nítidamente el desarrollo de un grupo glandular endouretral que comprime y rechaza hacia abajo al músculo del cuello vesical.

Observación 17 (fig. 24).

Corte longitudinal interesando labio superior y labio inferior del cuello. Se trata de un adenoma verdadero de la próstata que comprime con su lóbulo medio al labio inferior del cuello vesical desplazándolo del lugar y por consecuencia produciéndole una transformación de su estructura llevando a la atrofia del músculo del cuello con sustitución de su tejido por fibras conjuntivas.

Observación 18 (fig. 25).

Corte longitudinal del labio inferior del cuello vesical.

En esta preparación podemos ver claramente el proceso de compresión que sufre el músculo propio del mismo, ocasionado por una formación adenomatosa peri-uretral que hace prociencia en la luz de la uretra y de la vejiga.

Observación 19 (fig. 26).

Corte transversal del cuello vesical interesando un adenoma típico de las glándulas periuretrales cervicales de Albarran. En la base del adenoma podemos ver claramente al músculo del cuello comprimido y reducido de tamaño. La vejiga de este cadáver se presentaba particularmente dilatada y llena de columnas.

Las observaciones que preceden, sacadas de diversos cadáveres pertenecientes a sujetos no estudiados en vida, bajo el punto de vista urológico, pero cuyas alteraciones del árbol urinario, y en especial del cuello vesical, son evidentes, confirman en todo las historias clínicas de los casos cuyo estudio pudimos hacer nosotros en vida.

El músculo del cuello vesical tiene índices de alteraciones que van desde su simple compresión hasta la destrucción más absoluta con repercusión en vejiga y riñones.

Notemos también que el labio superior del cuello vesical no altera su estructura en la mayoría de los casos, a pesar de las alteraciones del labio inferior del mismo.

Comentarios.

De las observaciones que llevamos descriptas más arriba podemos sacar las siguientes conclusiones:

1º La importancia enorme que tiene el cuello de la vejiga con respecto al porvenir nosológico del árbol urinario superior y por consiguiente al individuo en sí.

2º Que las alteraciones de la próstata, mientras no interesan al labio inferior del cuello vesical y por consecuencia al músculo propio del mismo, no afectan en nada al árbol urinario superior; un ejemplo de ello nos da la microfotografía N° 1, que muestra un adenoma verdadero de la próstata sin que el enfermo haya tenido los más leves síntomas urinario. Lo mismo podemos decir de ciertos adenomas, que, aunque enormes, no interesan esta zona.

3º De las observaciones 5, 6, 7, 8, 9, y 10 se desprende que la retención crónica se debe a la inmovilidad del labio inferior del cuello vesical, cuyo músculo propio se halla completamente desaparecido y substituído por tejido ya sea fibroso, ya sea neoplásico.

4° De las observaciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 se puede sacar en consecuencia que las alteraciones del músculo propio del cuello vesical parecen ser la causa del aumento retencional en los enfermos urinarios.

5° La transformación alterativa del músculo propio del cuello vesical guarda una relación estrecha con la retención de orina en la vejiga.

Y, por fin: 6° Podríamos sentar como probable este axioma: a mayor alteración del músculo del cuello vesical, mayor es la retención de orina en vejiga.
