

VEJIGA NEUROGENICA EN ESPONDILOLISTESIS

Dr. Guzmán, Juan M. - Dr. Lata, Jaime R.

Resumen y conclusiones

La vejiga neurogénica de la espondilolistesis es una entidad poco señalada en la literatura. El caso que nos ocupa presentaba una vejiga neurogénica de tipo no inhibido, con escasa capacidad y reflujo vesicoureteral bilateral. El tratamiento consistió en uso de sonda a permanencia como plan preparatorio, y confección de ileovejiga con anastomosis ileocervical y ureteroileal bilateral. Para realizarla fue necesario la pubectomía. Los resultados funcionales fueron altamente favorables hasta dos años de control. Durante los últimos meses un nuevo embarazo señaló la conveniencia de que este tipo de pacientes deben ser sometidas a ligadura bilateral de las trompas en el mismo acto quirúrgico.

Las disfunciones vesicales de origen neurológico no son frecuentes en espondilolistesis. Así parece indicarlo las escasas publicaciones sobre el tema.⁽¹⁾

En una serie de 1.253 casos controlados por uno de nosotros en los últimos diez años, la hemos encontrado en una sola oportunidad y es motivo de esta presentación.

Presentación del caso

Se trata de una mujer casada, de 36 años de edad, H. C. 50.346 (Hospital de Clínicas de Buenos Aires) que consulta en junio de 1974 por dolor hipogástrico, ardor miccional, polaquiuria diurna y nocturna, imperiosidad miccional e incontinencia permanente de orina.

Antecedentes personales. Nacida de parto normal, acusa en su niñez enfermedades comunes de esa etapa de la vida.

En el año 1954, cuando tenía 16 años, comienza a notar dolor lumbar de tipo esporádico, que se acentuaba con la deambulacion y los movimientos. A esta sintomatología se le agregan paulatinamente dolor hipogástrico e irradiación hacia ambos miembros inferiores.

Es apendicectomizada (anestesia peridural) sin que la operación logre una sustancial calma de los síntomas que, por el contrario, se acentúan con la nueva deambulacion.

Con el correr de las semanas aparece polaquiuria y tenesmo vesical, por lo que es vista por un facultativo que indica un urograma y un examen completo de orina. Al decir de la paciente se le informa que el estudio radiológico es normal y sólo presenta una infección urinaria, siendo medicada con antibióticos.

Como la sintomatología de dolor lumbar persistía y aparece cierta debilidad en ambas piernas, consulta a un ortopedista que a través de un examen clínico y control radiológico de la columna vertebral arriba al diagnóstico de espondilolistesis con desplazamiento vertebral de V lumbar sobre I sacra (fig. 1).

Luego de 45 días de tracción esquelética transcondílea, es operada con anestesia general, efectuándose osteosíntesis con injerto óseo de tibia para fijar la columna lumbosacra.

A partir de esa operación, la paciente refiere alivio de sus síntomas dolorosos lumbo-hipogástricos, así como alivio de su sintomatología vesical, que los atribuye al reposo y al uso continuo de antibióticos. Sin embargo la sintomatología dolorosa lumbar va mejorando con el correr del tiempo, a pesar de no hacer reposo acentuado y suspender los antibióticos.

Permanece sin sintomatología llamativa en ese estado durante 2 años, en los que sólo refiere "cistitis" a repetición y lumbalgias esporádicas que en oportunidades se acompañan de síndrome febril atenuado.

En 1960 es amigdalectomizada por foco séptico amigdalino, sin variar su sintomatología clínica anterior.

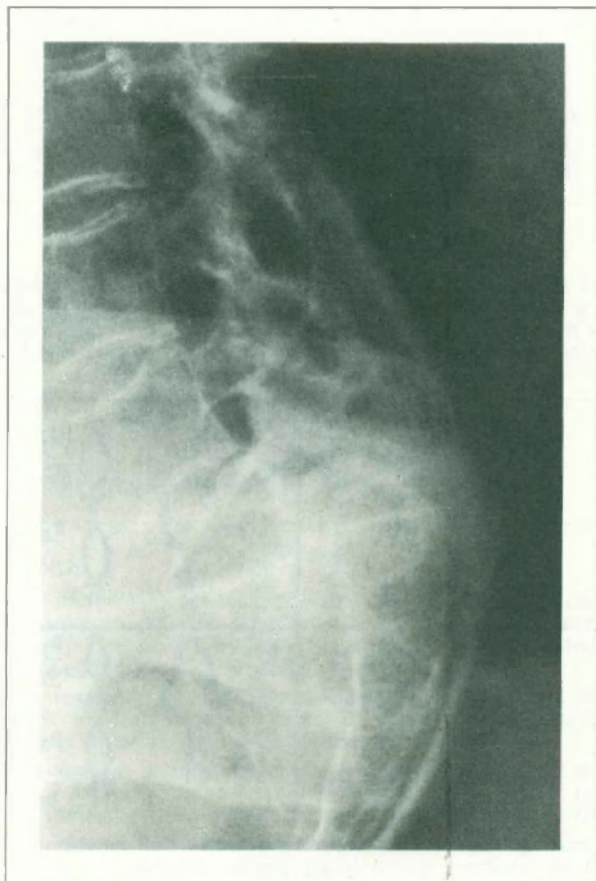


Figura 1

En 1961 contrae matrimonio y 1 año después queda embarazada, cursando sin alteraciones importantes, salvo la acentuación de su lumbalgia y febrículas periódicas.

En 1963 se efectúa cesárea con anestesia peridural, teniendo un niño normal.

La sintomatología referida de lumbalgia e irradiación hacia hipogastrio, acompañada de polaquiuria y febrículas, se repite periódicamente y es tratada con antibióticos y analgésicos.



Larocilin® 'Roche'

**en
infecciones
urinarias**



ROCHE

Larocilin®

94%

de éxito terapéutico

en
infecciones
urinarias

LAROCILIN

Nuevos envases

Cápsula 500 mg x 12

Jarabe 250 mg x 90 ml

Gérmenes	Nº de pacientes	Eficacia en	
Enterococo	28	28	100 %
Escherichia coli	306	284	93 %
Proteus mirabilis	70	67	96 %
Totales	404	379	94 %

Larocilin[®]

Antibiótico bactericida de amplio espectro

Composición

LAROCILIN 'Roche' contiene como principio activo amoxicilina (trihidrato).

Propiedades

- * Antibiótico bactericida
- * Elevados niveles hemáticos
- * Absorción no afectada por alimentos
- * Rápida difusión tisular
- * Reducida ligadura proteica
- * Elevada concentración urinaria
- * Amplio espectro antibacteriano
- * Notable eficacia clínica
- * Solamente 3 tomas diarias
- * Escasa incidencia de efectos secundarios

Indicaciones

infecciones respiratorias.
Infecciones urinarias.
Infecciones de la piel y tejidos blandos.
infecciones digestivas y hepatobiliares.
Infecciones ginecológicas.
Infecciones graves o producidas por gérmenes resistentes a otros antibióticos.
Gonorrea en ambos sexos.
Infecciones odontológicas por gérmenes sensibles.

Posología

Solamente 3 tomas diarias

	Infecciones comunes	Infecciones severas
Adultos	250 mg cada 8 horas	500 mg cada 8 horas
Niños	20 mg/kg/día fraccionados en tres tomas cada 8 horas	40 mg/kg/día fraccionados en tres tomas cada 8 horas

Gonorrea 3 g en dosis única

Contraindicaciones

LAROCILIN 'Roche' está contraindicado en pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas a las penicilinas.

Presentaciones

Cápsulas con 250 mg	frasco con 9
Cápsulas con 500 mg	frasco con 6
Jarabe (5 ml = 125 mg)	frasco con 45 ml
Jarabe (5 ml = 250 mg)	frasco con 45 ml

LAROCILIN

Nuevos envases

Cápsula 500 mg x 12

Jarabe 250 mg x 90 ml



CIENCIA Y
CONCIENCIA
DE INVESTIGACION

En 1967, luego de una nueva gesta, con la sintomatología similar a la anterior, es sometida a nueva operación cesárea con anestesia peridural.

La paciente evoluciona sin modificaciones importantes de su sintomatología hasta mediados de 1974, fecha en que nota que sus síntomas urinarios se van acentuando progresivamente y no responden ya tan fácilmente al reposo y al uso de antibióticos. Por el contrario, a la polaquiuria diurna se le asocia la nocturna, imperiosidad miccional e incontinencia de orina a los esfuerzos.

Es vista por el Dr. Ponte, que solicita urograma y urocultivo y la envía a la Cátedra de Urología del Hospital de Clínicas con el diagnóstico de Vejiga Neurogénica, para completar estudios y decidir su terapéutica.

Estado actual

La enferma concurre a la consulta con marcha oscilante, acusando dolor lumbar e hipogástrico, y quejándose de intensa polaquiuria e incontinencia permanente de orina.

El examen clínico muestra un ensillamiento lumbosacro acentuado, prolapso genital y anestesia en silla de montar. La toma del residuo posmiccional es de 80 ml.

Concurre con estudios radiológicos que informan de ureteropieloectasia bilateral, vejiga en árbol de Navidad, prolapso vesical y reflujo vesicoureteral bilateral (fig. 2).

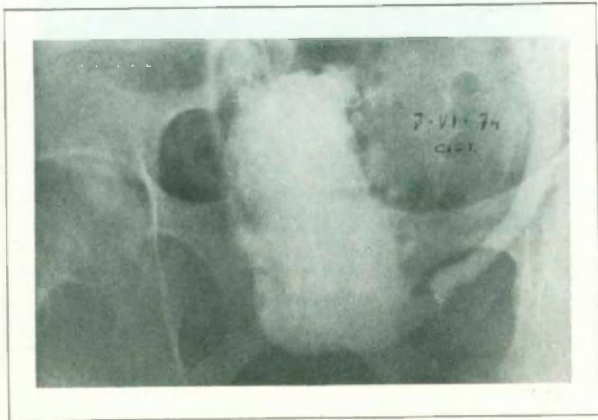


Figura 2

Los exámenes de laboratorio indican piuria intensa y bacteriuria a proteus $+ 10^5$. El resto de los exámenes humorales está dentro de cifras normales, salvo una discreta anemia y neutrofilia.

El estudio radiocinetográfico combinado con cistomanometría permite corroborar lo observado en el urograma y cistografía por relleno, ampliando la información al comprobar reflujo a baja presión y un desbalance vesical (fig. 3). La capacidad funcional de la vejiga es de alrededor de 150 cm³ (fig. 4), observándose pérdida pericatéter a los 100 cm³ de lleno (con deseo miccional conservado).

El informe neurológico solicitado en esa oportunidad (Dr. Charchafiié) indica un síndrome de cola de caballo. El estudio electromiográfico de los músculos perineales (esfínter del ano) informa de componentes de fibrilación de denervación, e interferencia simple al esfuerzo máximo de contracción.

Con el diagnóstico de Vejiga Neurogénica No Inhibida (por lesión incompleta de cola de caballo y cono medular), se inicia plan de sonda a permanencia con el fin de atemperar los efectos del reflujo sobre el aparato urinario alto y brindar cierto confort a la incontinencia de orina.

Afortunadamente, la enferma toleró bien el uso del catéter, que se mantuvo abierto en permanencia. Se indicó tratamiento con antibióticos y bacteriostáticos de acuerdo con el antibiograma periódico.

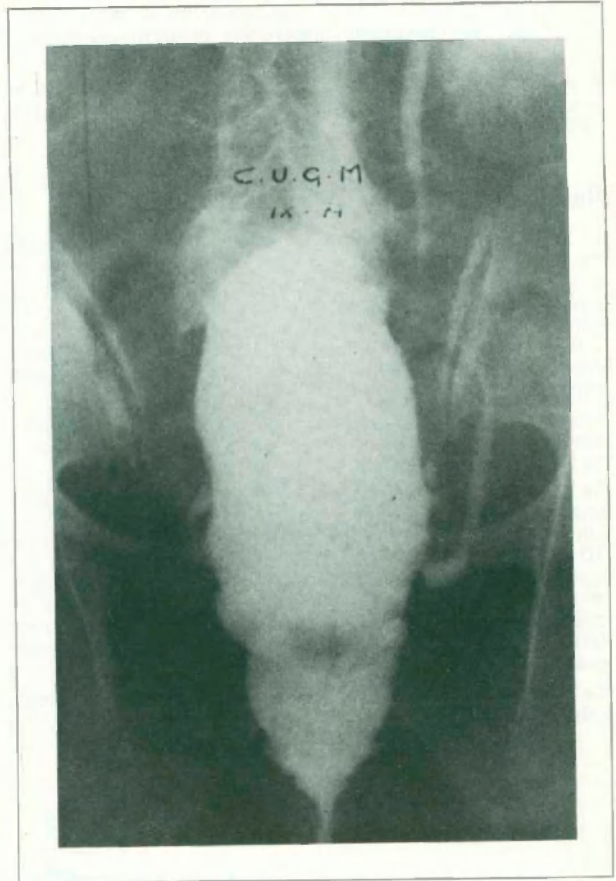


Figura 3

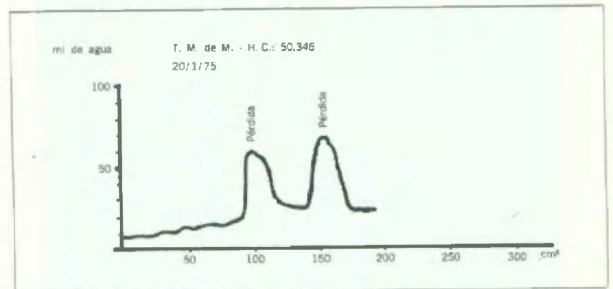


Figura 4

Evolución

Un control realizado al mes informa de mejoría sustancial del estado general de la paciente. La lumbalgia y dolor hipogástrico han remitido casi en su totalidad y las febrículas han desaparecido (fig. 5).

A los 6 meses de sonda a permanencia se realiza un nuevo control urográfico que muestra una notable mejoría de la ureteropieloectasia (fig. 6).

Por las características de grave espasticidad vesical y presencia de reflujo bilateral a baja presión se piensa en realizar una derivación urinaria con ansa ileal y abocamiento cutáneo (Op. de Seiffert-Bricker). Propuesta esta táctica a la enferma, se niega rotundamente a una ostomía húmeda permanente y aceptando cualquier otro tipo que no presente ese desconfort.

Con las salvedades necesarias se propone una neovejiga con ansa ileal con reimplante ureteroileal bilateral y anastomosis ileocervical.

Esta táctica nos permitiría eventualmente transformarla en una ostomía externa si la incontinencia o la retención posoperatoria así lo indicaran.

Operación

El 27 de febrero de 1975 se realiza la cistectomía subtotal dejando un casquete trigonocervical por debajo de los meatos uretrales que son resecados con el resto de la vejiga. Esta maniobra obliga a la resección del pubis por encontrar a la vejiga oculta entre la cara anterior del sacro y la cara posterior del pubis y cerrado el paso a la cavidad pélvica por la cara anterior de la IV y V vértebras lumbares (fig. 7).

Resecado el pubis y teniendo fácilmente a la vista la cara anterior de la vejiga y cuello vesical la intervención ulterior se simplificó enormemente (fig. 8).

Se realiza exclusión de 30 cm de ansa ileal y se confecciona una ileotrigonocanastomosis con reimplante ureteroileal, dejando ambos uréteres cateterizados y en un trayecto de 10 cm dentro del ansa. La anastomosis ureteroileal se fija con puntos de Dexon 0000, dejando esa anastomosis fijada al retroperitoneo. Ambos extremos del ansa son cateterizados con una gruesa sonda Pezzer que comunican con el exterior a través de la pared abdominal. Los catéteres uretrales se extraen por uretra (fig. 9).

Se deja drenaje de lámina intraperitoneal y se cierra la laparotomía desechando la recolocación del pubis.

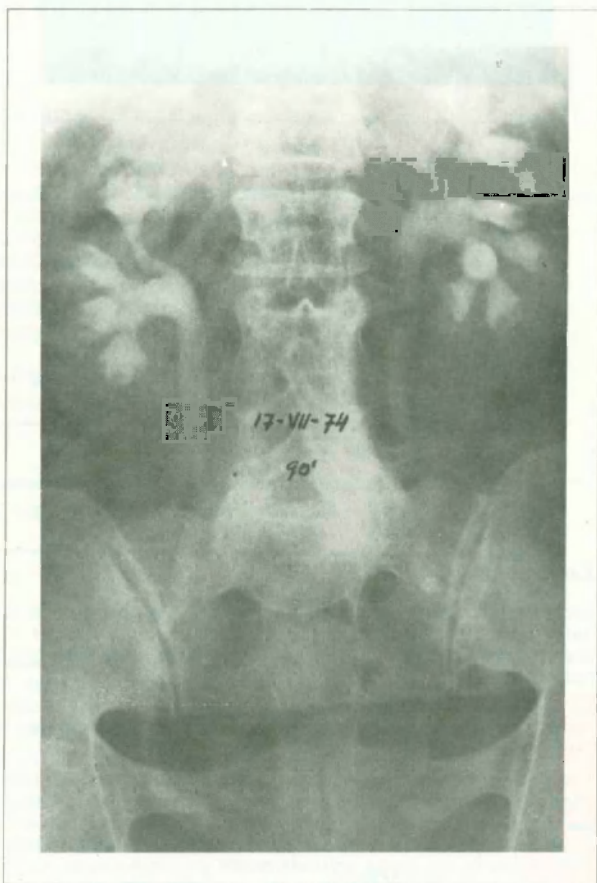


Figura 5



Figura 6

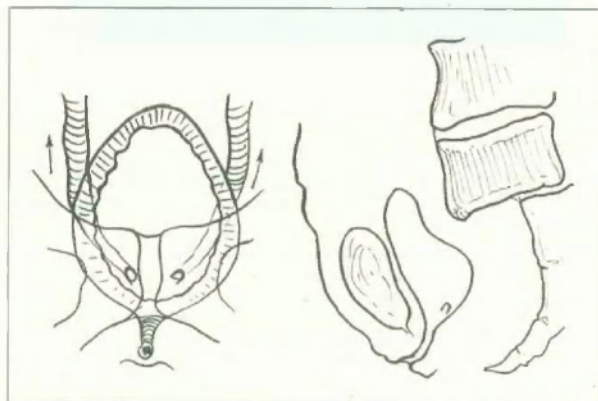


Figura 7

El posoperatorio cursa sin mayores alteraciones. Los drenajes intraperitoneales son retirados a los cuatro días y los tubos ileostómicos al 5º y 7º días, respectivamente, cerrando fácil y espontáneamente la brecha a las 48 horas.

Los catéteres uretrales son retirados al 8º día, dejando una sonda Pezzer decapitada por uretra.

La enferma es dada de alta hospitalaria al 21er. día de su operación, con heridas cutáneas cicatrizadas y llevando sonda uretral.

Un mes después de su operación se realiza control de la neovejiga con video-cine, no comprobándose fistulización de

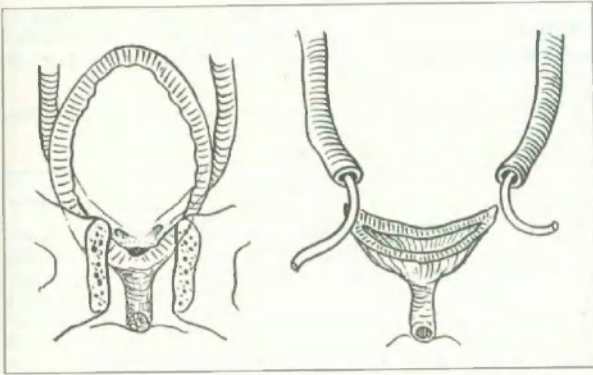


Figura 8

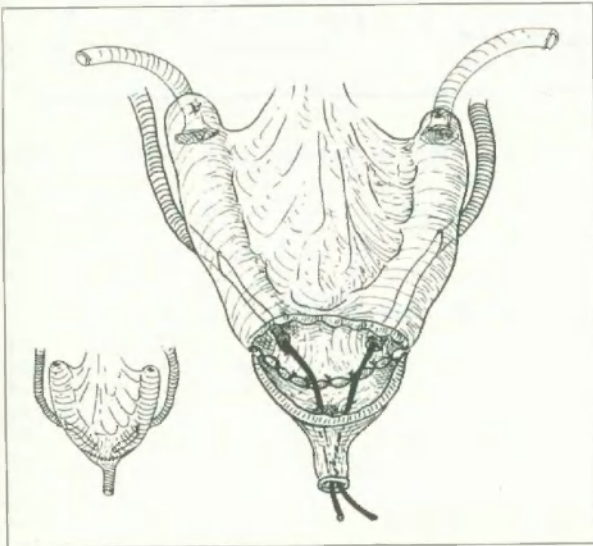


Figura 9

las anastomosis y ausencia de reflujo ileoureteral. La sonda uretral es retirada y la paciente es instruida de realizar micciones frecuentes apoyadas con compresión abdominal. Al mismo tiempo se indica un cateterismo evacuador a la mañana y otro a la noche.

Seis meses después de la operación se realiza un urograma excretor (fig. 10) que muestra uretropieloectasia izquierda y buena función derecha. Se prosigue con el plan anterior (cateterismo cada 12 horas y antibiosis urinaria).

La paciente cursa favorablemente, con deseo miccional conservado sin incontinencia de orina, sin polaquiuria ni ardor miccional. Mantiene una bacteriuria significativa que es controlada con el uso de antibióticos. Las orinas tienen regular cantidad de moco que va cediendo con el transcurso de las semanas.

En mayo de 1977 el residuo posmicción es de 30 a 50 cm³, el deseo miccional está conservado, y la enferma orina cada 3 a 4 horas. No presenta incontinencia de orina y permanece seca por la noche.

Consulta por amenorrea de tres meses y luego de los tests correspondientes se toma conocimiento de un embarazo en curso.

Es enviada al Servicio de Obstetricia con el reconocimiento de no haber realizado la ligadura de ambas trompas en el momento de la operación anterior. En esa circunstancia se planteaba un grave problema, ya que el parto por vía natural era imposible por la espondilolistesis y muy difícil de

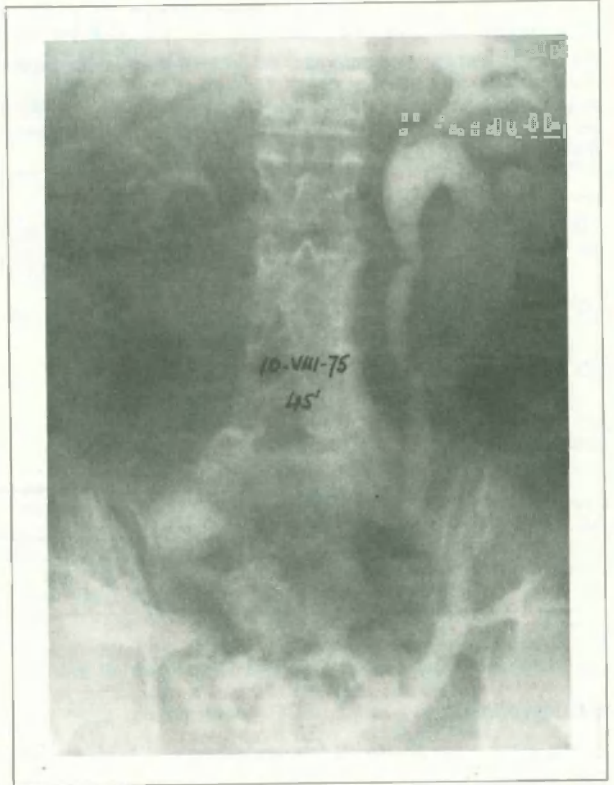


Figura 10

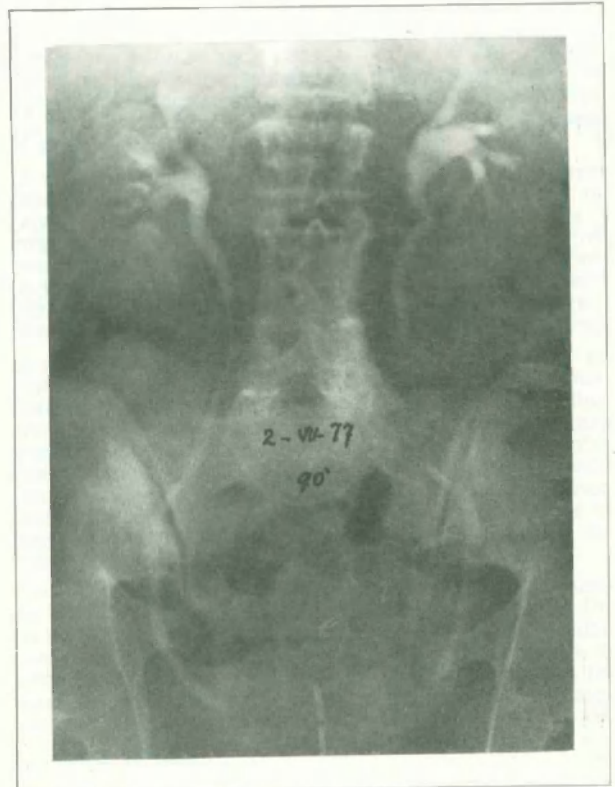


Figura 11

resolver por cesárea, por estar el ansa ileal cubriendo la cara anterior del útero en gesta.

Afortunadamente el embarazo se interrumpió espontáneamente, dejando en todos nosotros una nueva enseñanza.

Pasada esta etapa, realizamos un nuevo estudio urográfico de control, comprobando una total regresión de la ureteropieloectasia (fig. 11).

No existe reflujo ileoureteral. La paciente controla sus micciones a voluntad y permanece seca de noche. La infección urinaria no ha podido aún ser eliminada y sigue plan de bacteriostasis continua.

La cistometría (fig. 12) muestra mejoría de la capacidad funcional.

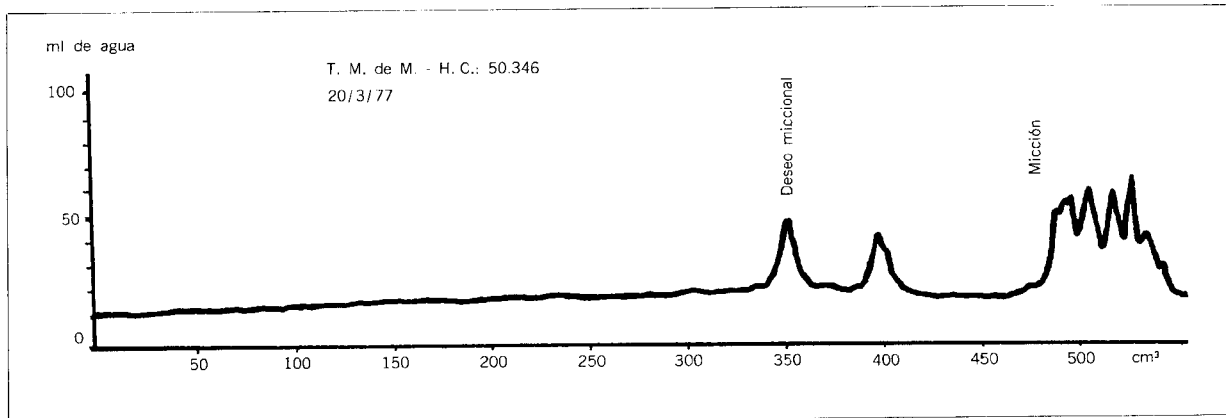


Figura 12

Bibliografía

1. Sharn, M.: "Lumbar Spondilosis and Neuropatic Bladder". Brit. J. Med., 1:6011, 695, 1976.