

Por los Doctores

GABRIEL LAGLEYZE y
GUILLERMO IACAPRARO

ENFERMEDAD DEL CUELLO VESICAL

COMO bien lo dice el título de la comunicación, relatamos el cuadro clínico de un enfermo portador de una esclerosis congénita de cuello quien curó de todos sus trastornos mediante la oportuna indicación terapéutica de su afección.

Enfermo joven que presentaba trastornos disúricos semejantes a aquellos que provoca la hipertrofia de la próstata y que el examen uretro cistoscópico permitió verificar que se trataba de modificaciones del cuello vesical sin lesión aparente del mismo y sin existencia de lóbulos adenomatosos.

Es decir, enfermedad en cuello vesical de Marión disectasia del cuello vesical de Legueu.

Afección magistralmente descrita por Marión, aceptamos con él dos clases distintas desde el punto de vista sintomatológico: 1º, el tipo congénito, en el cual los trastornos comienzan desde la infancia; y 2º, el tipo adquirido, en el cual los trastornos se inician recién en la edad adulta sin haber tenido el enfermo jamás en su infancia manifestación disúrica alguna.

En nuestro enfermo, dada la edad y la antigüedad de sus trastornos miccional que datan de años, podemos ubicarlo dentro del grupo congénito. El tratamiento curativo de la enfermedad de cuello es siempre una terapéutica sangrante, queriendo decir con ello que no existe para esta afección tratamiento médico radical. Y bien: puede actuarse sobre el cuello por tres vías: la vía perineal, la vía uretral y la vía transvesical. Descartado de inmediato la vía perineal empleada por algunos (Abrami Chetwood y otros) han quedado siempre en el terreno de las preferencias la vía transvesical y la uretral. Los últimos años han permitido que el adelanto extraordinario en la terapéutica endoscópica agregado al perfeccionamiento del

instrumental cada vez mejor haga de la enfermedad del cuello una de las afecciones con electivas para la resección endoscópica.

Sin embargo, cuando Marión ponía sobre el tapete de las discusiones la preferencia de uno de los procedimientos: ablación total del cuello por vía transvesical o resección parcial con el punch por vía uretral; decía que la primera le permitía realizar una intervención radical y completa sin más riesgos para el enfermo que los procedimientos endouretrales.

Pero sí, él es categórico al afirmar que cuando se realiza la intervención por vía hipogástrica debe realizarse la ablación total del cuello y no las intervenciones parciales sobre el mismo y que todos conocemos, puede ser: la divulsión, la simple sección, la escisión cuneiforme, y la excisión parcial. Pese a ello honesto con nuestro criterio creemos nosotros que siempre que las condiciones del enfermo lo permita la enfermedad del cuello entra en su terapéutica efectiva dentro del dominio de las intervenciones uretrales, ofreciendo esta vía hoy excelentes resultados para el enfermo sin mayores riesgos.

Sin embargo, y por ello justifica la comunicación presente, este enfermo que relatamos fué tratado por vía transvesical por impedirlo su terapéutica transuretral dificultades del cuadro: era factible realizar una uretrocistoscopia pero siempre que el enfermo se lo dilataba con beniqué para mejorar su calibre uretral se encontraba dificultades a nivel del cuello que impedían poder franquearlo y a continuación de esas maniobras instrumentales se provocaba un acceso agudo de fiebre urinosa. Ello justificaba por lo tanto en forma terminante la operación del cuello por vía transvesical.

Dice la historia clínica: s|c. G. H. Clase 1917. C2. 1er. Escuadrón. Ingres a al Servicio de Génito Urinarias del Hospital Militar de Campo de Mayo. Enfermo de 21 años de edad, argentino, nos consulta por trastornos miccionales que datan desde hace 15 días y caracterizados por necesidad imperiosa de orinar, ardor durante toda la micción, con polaquiuria diurna cada hora, hora y media y nocturna 1 ó 2 veces. Si bien no piensa con claridad, dice que desde hace muchos años siente manifiesta dificultad al empezar a orinar exigiéndole ello un discreto esfuerzo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. Madre fallecida joven, a los 33 años, por afección cardíaca. Padre y hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Nada digno de mencionar, no es fumador, ni bebedor, no es constipado. Niega venéreas.

El estado actual da como datos salientes: Enfermo con muy buen estado general, apirético, lengua húmeda, polidipsia. Examen somático es negativo. Tórax bien conformado, tipo respiratorio tóraco-abdominal, frecuencia por minuto 18. Examen clínico percutorio y auscultatorio, nada de particular.

Aparato circulatorio. — Pulso igual, regular, ligeramente bradicárdico. Buena tensión (Vaquez, Laubry $9\frac{1}{2}$ y $6\frac{1}{2}$. Tonos normales.



Figura N° 1

El examen génito urinario pone de manifiesto: orinas turbias 1er. y 2do. vaso, opalescentes, reacción ácida, no se aclaran con la acidificación. Uretra libre al explorador N° 18, discreta sensibilidad en la uretra posterior en la zona que corresponde al veru montanum.

Vejiga. — Retención crónica incompleta sin distensión de 300 gramos. Se extrae orina turbia, el medio vesical se aclara rápidamente con el lavado. El tacto rectal percibe una próstata con caracteres, de tamaño, forma, consistencia y sensibilidad normal.

Organos genitales normales. Riñones no se palpan. La puño percusión denota una discreta sensibilidad en ambos lados a la altura del espacio costo muscular.

Cistoscopia. — Buena capacidad vesical 300 grs.; vejiga de color y brillo normal, columnas vesical y celdas y 2 ó 3 orificios de divertículos. No se pueden localizar los meatos ureterales.

Cuello vesical regular pero en la parte inferior forma un nítido "bourrelet" cóncavo y bien saliente. Bien sabemos que normalmente el cuello vesical a ese nivel, no puede ser distinguido netamente, el pasaje de la imagen vesical a la ureteral se hace en forma tan gradual sin que uno pueda en realidad decir: aquí

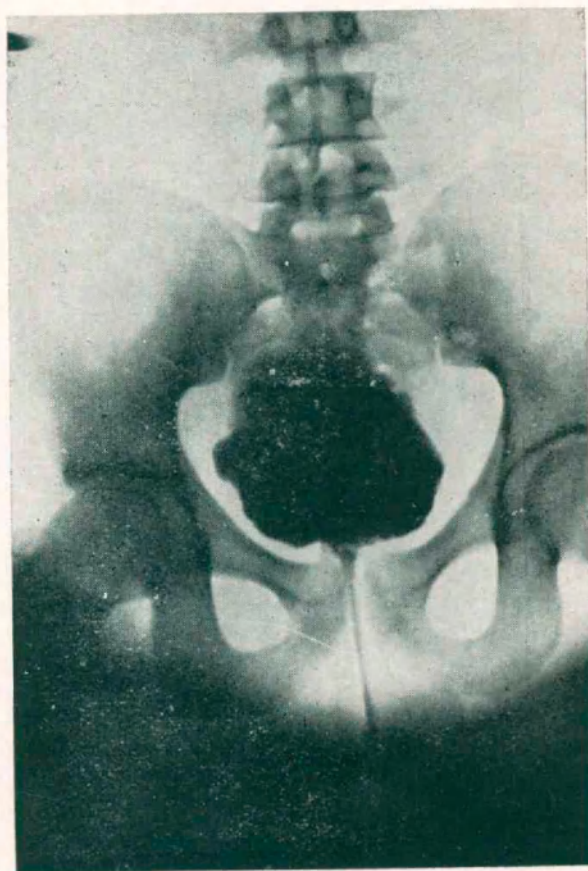


Figura N° 8

termina la vejiga y comienza la uretra posterior. Ese borde saliente, prominente en forma de arco cóncavo es el que da carácter dominante a la afección.

El examen radiográfico dice lo siguiente: Radiografía simple; deficiente por la intensa serocolia pese a la esmerada preparación del enfermo, es por ello que las imágenes renales no se visualizan sino en parte a pesar de lo cual puede referirse que se hallan en situación normal.

Cistografía (13.366). — Se realiza con una solución acuosa de Ioduro de Sodio al 12 %. Se inyectan 180 c. c. y se obtienen tres exposiciones: una ántero posterior, oblicua anterior derecha e izquierda. En todas ellas se aprecia el contorno vesical de bordes irregulares, y puede además notarse dos pequeños diver-

tículos en la parte más inferior del borde derecho en la posición antero posterior y oblicua izquierda.

La intención de practicarle al enfermo una resección endoscópica hace que se inicien las dilataciones uretrales con benique y es entonces que aparecen las dificultades mencionadas, que obligan aconsejar la intervención quirúrgica por vía transvesical.

Los exámenes de laboratorios realizados en el enfermo dicen lo siguiente:
Urea en sangre. 0.25. Glucemia. 0.84 ‰. Cloruremia, 3.86.



Figura N° 3

Sero-reacción de Wassermann y Kahn: negativos. Reserva alcalina desprende 52.6 volúmenes de CO₂ ‰ en plasma.

Orina: Ambar, turbia, ácida; densidad 1006; urea 16.40; cloruros 4.20; fosfatos 0.85; albúmina vestigios.

El examen microscópico dice: abundantes células epiteliales planas, regular número de leucocitos granulados. El examen bacteriológico da algunos diplococos Gram positivos. No se observa flora patógena. Operamos. Se opera con anestesia general, éter, el 3 de mayo del corriente año. Cirujano: Dr. Lagleyze. Talla

hipogástrica, previamente se vacía la vejiga con un aspirador eléctrico, al abrirla se constata una vejiga de paredes engrosadas, hipertrofiada.

Con ayuda de un especulum vaginal se pone en evidencia el cuello que se presenta engrosado y visiblemente saliente hacia la cavidad vesical. Se ratifica el signo cistoscópico del reborde inferior prominente. De contorno uniforme no permite a su nivel la introducción del dedo meñique. Con ayuda de un clamp curvo introducido en el cuello se practica con bisturí eléctrico en su borde in-

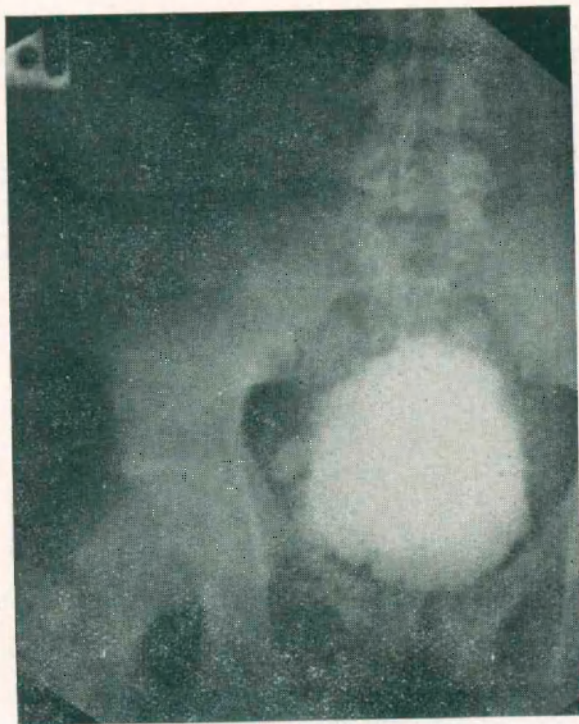


Figura N° 4

ferior una incisión longitudinal de 2 cm. de largo por $1\frac{1}{2}$ de profundidad. Se procede en igual forma en los bordes laterales aunque menos profundamente, luego realizamos una divulsión digital introduciendo con toda facilidad el dedo índice en la uretra lo mismo que una sonda "béquille" que antes era imposible pasar, dejándola en permanencia.

Drenaje hipogástrico con tubo de Marion, mecha en la cavidad de Retzius.

El post-operatorio es normal, apirético, buena diuresis, buen estado general.

Evolución. Cierre de la vejiga. A los 15 días se sonda el enfermo y se constata una retención de 40 grs., buen chorro y proyección, no hay disuria. A los 2 meses la micción es fácil, vejiga sin retención.

La terapéutica de la retención de orina

ha sido ventajosamente enriquecida por el preparado parasimpático - mimético

DORYL MERCK

para uso peroral y parenteral
(Clorhidrato de carbaminoilcolina)

DOSIS: 1 amp. por vía subc. o intram. (su efecto se manifiesta a los 10-20 minutos), en caso necesario se repite la dosis después de una hora. El tratamiento complementario se hace con 2-3 tabletas por día.

ENVASES ORIGINALES:

Tubos de 20 y frs. de 50 tabl. de 0,002 gr.
Cajas de 3 amp. de 0,00025 grs.: 1 c. c.

BIBLIOGRAFIA:

- "El Doryl en la retención de orina post-operatoria y post-partum". Chassar Moir, Lancet 1937. Nr. 5918 S. 261.
- "El tratamiento de la atonia vesical e intestinal". Dr. H. Selbacher, Münchener med. Wochens. 1937, Nr. 14. S. 534.
- "El Doryl en la cirugía abdominal". Dr. K. Blum, Zentralblatt. fuer Chirurgie 1936, N°. 50, S. 2965.
- "El tratamiento de la retención de orina post-operatoria con Doryl". J. S. Maxwell, Lancet 1937. Nr. 5918, S. 263.

E. MERCK - D A R M S T A D T

Literatura y muestras:

MERCK QUIMICA ARGENTINA S. A.
CASILLA CORREO 1442 BUENOS AIRES

DOS ASES

DE LA QUIMIOTERAPIA

PRONTOSIL

OBTUVO EL PRIMER PREMIO EN LA EXPOSICION MUNDIAL DE PARIS 1937.

Así reconoció un foro científico mundial el progreso fundamental que constituye el hallazgo del PRONTOSIL para la terapéutica de las infecciones ESTREPTOCÓCCICAS.

Uliron

Interesante variación de la molécula del Prontosil, con propiedades terapéuticas notablemente diferentes.

Marcada especificidad sobre GONOCOCOS y ESTAFILOCOCOS.

Más de 200 publicaciones científicas confirman la eficacia del

TRATAMIENTO PERORAL DE LA BLENORRAGIA CON

ULIRON

Dr. Gulmick • Bayer • S.A. Controlar 3701. Su. 1/10/37



COMENTARIOS

La observación clínica que terminamos de leer invita a breves comentarios. Un caso más en la casuística de una afección ya muy conocida por nosotros y de la cual todos tenemos observaciones personales. Tiene nuestra observación de interés la coincidencia de pequeños divertículos de vejiga con la esclerosis de cuello.

Hay entre nosotros casos relatados por el Dr. Castaño y Surra de Trabucco, Salleras y Vilar y otros.

Seguimos en la actualidad en discusiones sobre el origen congénito o adquirido de los divertículos, no podemos asegurar que la enfermedad del cuello pueda ser la causa ocasional de los mismos pero es indudable que tiene sobre ellos el mismo valor que la hipertrofia de próstata o cualquier otro proceso cervical que provoque un obstáculo mecánico a la libre evacuación vesical.

La pequeñez de los divertículos evitó tratarlos quirúrgicamente en forma directa esperando su detención en su crecimiento eliminando el obstáculo cervical. En lo que respecta a la vía elegida para el tratamiento de cuello, creemos que esta afección entra en el dominio de la cirugía uretral y que la vía hipogástrica nace de las contraindicaciones de la anterior.

El mal calibre uretral y la dificultad de mejorarlo justifica el procedimiento transvesical empleado.