

Servicio de Vías urinarias del Hosp.
Salaberry Prof. Adj. Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

A. ASTRALDI, O. MASSOLO
y LEONIDAS REBAUDI

PREVEJIGA

EL motivo de esta publicación, es por la rareza de esta afección: más aún, por considerar este caso como único en nuestra literatura urológica.

En la confección que estamos haciendo sobre anomalías vesicales, la incluimos dentro del capítulo de las malformaciones, es decir, anomalía congénita, sin que ello signifique que todas las prevejigas sean congénitas, ya que, como veremos, las hay que corresponden a deformaciones, o sean, lesiones adquiridas.

B. L., de 80 años de edad. Entre sus antecedentes, sin precisar detalles, figuran 4 ó 5 uretritis que datan de hace 50 años.

Hace dos años, es decir a los 78 de edad, le efectúan una cistoscopia y al año y medio después, una segunda intervención vesical, no pudiendo precisar los motivos de ninguna de ellas. A los dos meses es operado nuevamente dentro del ámbito vesical, ignorando la causa como en los casos anteriores; es dado de alta con la vejiga cerrada.

El interrogatorio llevado a cabo, a fin de determinar las causas que lo llevan a ambos hospitales en donde fué operado, da lo siguiente:

Desde hace año y medio, micción imperiosa, polaquiuria diurna cada hora y 8 ó 10 micciones durante la noche e incontinencia post-miccional.

Las intervenciones a que se refiere el enfermo, efectuadas por uno de nosotros, Rebaudi, tienen por objeto la dislaceración del cuello vesical por presentar lo que se llama: "maladie du col vesical de Legueu" o hipertrofia congénita del cuello vesical de Marion.

Orina: De emisión y de sedimentación, turbias, con escaso sedimento.

Micciones: De día, cada 1 a 1½ horas, de noche 8 a 10 veces, micciones imperiosas, incontinencia postmiccional, calibre del chorro disminuído en volumen y proyección.

Riñones: Semiología, nada de particular.

Instrumental: radiografía simple, nada de particular, la urografía excretora no acusa ni dilatación ni retención del sistema excretor.

Uretra: Semiología, nada de particular.

Instrumental: El explorador N° 15 da la sensación de un choque sobre un plano resistente a nivel de la región vesical.

Uretroscopia posterior: A pesar del cambio de la extremidad del uretrocistoscopio de Mac Carthy para transformarlo en instrumento de mayor curvatura, no



N° 1. — Uretro-cistografía ántero-posterior.



N° 2. — Uretro-cistografía oblicua izquierda.

se puede llegar a la región vesical, a pesar de ello, se observa lo siguiente: Una cavidad de paredes irregulares, de tipo tormentosa, despulida, sin proceso inflamatorio agudo, con algunas vegetaciones polipoideas, que revelan un proceso inflamatorio crónico. No se ve el verum.

Con uretrocistoscopio a visión terminal puede observarse arriba y a la izquierda, un orificio irregular, a mayor diámetro vertical, de bordes netos, que es el que comunica la cavidad sobre la que estamos, con la vejiga.

Uretrografía: No podemos independizar la descripción de este conducto con la que nos da la cistografía, de manera, pues, que haremos el examen de conjunto.

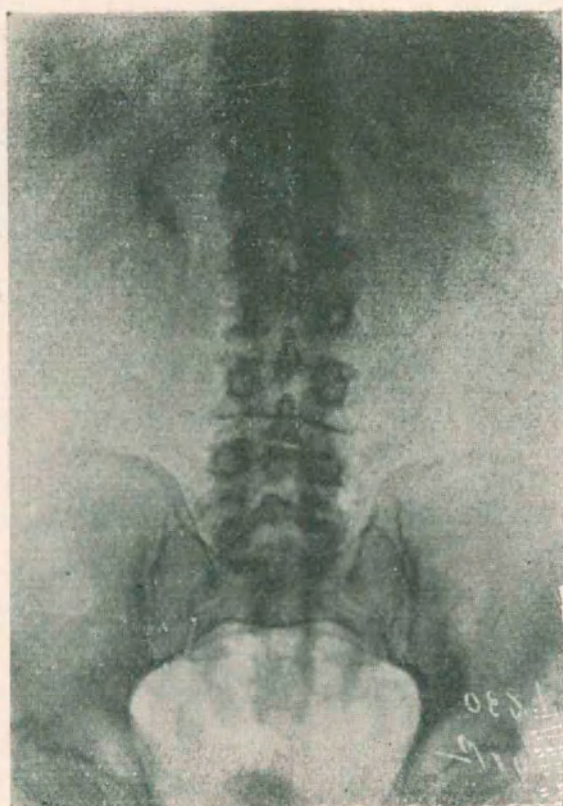
Uretrocistografía: antero posterior (N° 1). Obsérvanse dos imágenes superpuestas; una superior y otra inferior; la primera, de forma piriforme, de base

inferior y vértice superior, romo, que presenta a ambos lados, a alturas diferentes, dos prolongaciones que comunican a su vez con pequeñas cavidades, del tamaño de un garbanzo, que no son otra cosa que dos pequeños divertículos vesicales, laterales, con sus respectivos trayectos. La imagen global no es nada más que la vejiga.

Por debajo del cistograma, la segunda cavidad también piriforme, de base superior y vértice inferior, de bordes nítidos superponiéndose en su quinto supe-



Nº 3. — Uretro-cistografía oblicua derecha.



Nº 4. — Urografía excretora a los 30'.

rior a la primera imagen, es decir, ambas bases se superponen. El trayecto uretral marca una ligera dilatación sin elementos dignos de mención.

Oblicua izquierda: (Nº 2). Al igual que en la anterior, muestra las dos imágenes. La superior o cistograma que a excepción de un divertículo posterior y ligeras celdas en la pared postero superior no acusa otro elemento digno de mención; la inferior o uretrograma no da como otro elemento de juicio que la nitidez de sus bordes y la forma de la cavidad a expensas de la cual la prevejiga se ha formado.

Oblicua derecha: (Nº 3). Posiblemente por falta de distensión en el momento de la toma radiográfica, da la impresión de estar formada por dos porciones. Una tercera imagen llama la atención por su situación y forma —entre

el cisto y el uretograma (prevejiga)— no muy nítida y a tipo nevoso, que debe corresponder a la vesícula seminal.

Vejiga: Semiología: Cicatriz operatoria.

Instrumental: Es imposible en el momento de este examen introducir una sonda en la cavidad vesical.

Cistoscopia: Se consigue realizarla después de la dilatación del orificio de comunicación entre la vejiga y la prevejiga y merced al resectotomo de Mac Carthy, que permite modificar la extremidad del mismo una vez introducido el instrumento.

La mucosa vesical está despuida, con celdas y columnas; a la derecha se ve un orificio diverticular. Los meatos como el resto de la vejiga no se pueden observar, porque la dureza del cuello limita los movimientos de báscula del instrumento. El cuello es irregularmente circular a ángulo entrante superior, de bordes cortantes.

Próstata: El tacto rectal revela la existencia de una masa o superficie difícil de delimitar a bordes confusos, achatada, lisa, indolora que debe ser, suponemos, una próstata excluida y achatada.

Genitales: Nada de particular.

Marcha de la enfermedad: A partir de una sonda a bequille que se deja en permanencia, se sigue la dilatación a beniqué hasta el N° 58.

COMENTARIOS

En los antecedentes clínicos figuran dos hechos de importancia; 1º) Micción imperiosa e incontinencia postmiccional; 2º) Una serie de intervenciones, dislaceración o cervicotomía por la llamada enfermedad del cuello.

En el examen instrumental, dos hechos también evidentes: 1º) Diverticulosis vesical; y 2º) La presencia de una cavidad desarrollada a expensas de la uretra prostática que es, sino, que la llamada prevejiga o "Vorblase" de los alemanes.

Para nosotros, la sintomatología actual es la traducción de su prevejiga: al menos así se expiden los que se han ocupado del asunto, como Chor y Helfer, en 1936, por nuestra parte, es la primera vez que vemos esta lesión.

Esta prevejiga, en nuestro caso particular, la consideramos como lesión congénita, ya veremos por qué. Abogan en tal sentido la concomitancia con otras lesiones de igual naturaleza. La enfermedad del cuello, para Marion, es congénita y la diverticulosis vesical, que debe ser considerada como tal, ateniéndonos al concepto de uno

de nosotros (Rebaudi), quien dice que el diagnóstico diferencial entre diverticulosis vesical congénita o adquirida, estriba en el hecho de que la imagen cistográfica presenta, para los primeros, un trayecto o cuello largo entre la vejiga y el divertículo.

Hemos dicho que explicaríamos por qué decimos que es congénita esta prevejiga. Veamos: Chor y Helfer, así como Conceição é Silva (Jr.) y por último D. Hennig, en trabajos publicados en 1936, 1937 y 1931, respectivamente, al ocuparse del tema, dicen más o menos, entre otras cosas, lo siguiente:

Hasta el año 1936, sólo se conocían en la literatura urológica mundial, 30 obs. La próstata, nosotros diríamos la uretra prostática, toma parte en la formación de esta prevejiga, ya sea por destrucción de la próstata a expensas de procesos inflamatorios, las más de las veces tuberculosos, las menos de ellas banales, otras veces como resultado de la adenomectomía de la próstata; en este caso, su tamaño varía de acuerdo a la data del examen con respecto a la intervención y por fin a la que se desarrolla a expensas de un cálculo de la uretra posterior.

Nosotros agregamos las prevejigas resultantes de la cirugía endouretal: resección endoscópica del adenoma prostático y aún más evidente y definitiva, en la intervención sobre la cavernosis o diverticulosis de la próstata, siguiendo la técnica de Heitz Boyer. (Ver trabajos de este autor).

De todas estas consideraciones, vemos que nuestro enfermo escapa en absoluto a todas ellas. Tanto más cuanto la intervención de Rebaudi ha sido sobre el cuello de la vejiga, y no es concebible en conceptos dinámicos urinarios, la dilatación por debajo de una estrechez.

Conceição é Silva (Jr.) en su Obs. atribuye la prevejiga como resultante de una dilatación de la uretra posterior por una estrechez uretral, bien entendido que por arriba o delante de la estrechez.

Sin pretender criticar, ateniéndonos a los hechos de observación diaria, no creemos que tal dilatación de la uretra posterior o prevejiga, tenga solamente tal etiología y patogenia, sino que, de aceptarse la causa etiológica, patogénicamente debe haber habido concomitantemente un proceso supurado destructivo y eliminativo de la próstata.

De manera, pues, que por eliminación de causas etiológicas, as por concomitancia de otras lesiones de naturaleza congénita, nuestro enfermo presenta una prevejiga de naturaleza también congénita.

Podemos agregar: 1º) La falta de repercusión en este caso a las vías urinarias superiores. 2º) Que presenta, clínicamente, dos síntomas que son comunes a todas las demás observaciones conocidas (micción imperiosa e incontinencia postmiccional). 3º) Que la uretrocistografía es el elemento capaz de confirmarla; y 4º) Que la terapéutica es eminentemente paliativa.
