

Hospital Rawson. Servicio de Urología,
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores

L. FIGUEROA ALCORTA
y JOSE GORODNER

PREVEJIGA

LOS progresos de la técnica radiográfica han permitido en estos últimos tiempos caracterizar una serie de afecciones y a darles a otras patente de entidad clínica bien determinada. En Urología ha contribuído en grande a que la prevejiga ocupe un lugar independiente dentro del cuadro nosológico de la especialidad. Esta afección, si bien es debida a causas etiopatogénicas diferentes, tiene una sintomatología clínica y una base patológica peculiar.

Se conocían desde hace años las grandes tuberculosis prostáticas, en general hallazgo necrósico y que en vida del paciente habían pasado desapercibidas en medio de la complejidad de los otros graves síntomas de la tuberculosis génitourinaria, de la cual forman parte en el período terminal de esta afección.

Boeminghaus describió en 1924 un caso de esta naturaleza y por primera vez con estudio radiográfico, pero es recién en 1928 que Kielleuthner se ocupa detenidamente de este cuadro, lo denomina prevejiga (Vorblase) y recorriendo la literatura, asigna este mismo nombre a los enfermos descriptos mucho tiempo atrás por Albarrán, von Wunscheim, Marwedel, Mackenzie y Seng, Thompson, Bond y Windle, Kapsammer, Hallé y Motz.

La prevejiga, como su nombre lo indica, consiste en la existencia, por delante de la vejiga, de una cavidad de volumen variable, pero siempre importante y que ocupa la zona correspondiente a la próstata y en comunicación hacia arriba, con la vejiga por un trayecto más o menos amplio y por abajo ampliamente comunicando con la uretra. Presenta esta cavidad un aspecto tan característico, que habiendo visto un solo caso, difícilmente se dejará pasar por alto una uretrocistorradiografía que la muestre.

Casi siempre se produce la Prevejiga por una fusión extensa del tejido prostático, ocasionada por diferentes causas.

El mayor contingente es proporcionado por la tuberculosis prostática, en los casos muy raros de caverna total del órgano. Salvo excepciones, son hallazgo de autopsia.

Se produce la caverna total de la próstata por dos mecanismos: por uno de ellos, el conjunto del tejido prostático necrosado se elimina como un "secuestro total", ejemplo, el caso de Marwedel. Más comúnmente se observa la segunda forma de producción del proceso, el cual se hace por la confluencia de abscesos miliares de la próstata, que constituyen cavidades que aumentan poco a poco hasta llegar finalmente a la formación de una sola gran cavidad.

Estos procesos pueden ser diagnosticados actualmente durante la vida de los enfermos por medio de uretrorradiografía.

Hennig, en este sentido, ha tenido oportunidad de seguir seis pacientes en distintas fases de su evolución, mostrando cómo en general la Prevejiga se ha ido presentando paulatinamente, comenzando por una o varias pequeñas cavidades hasta llegar en un período terminal a una sola y gran cavidad prostática o prevesical. Igualmente tuberculoso es el caso de Boeminghaus, de gran cavidad única, y el de Kielleuthner.

Los casos de Prevejiga producidos por la disgregación de la próstata a raíz de una inflamación no específica, son mucho menos numerosos que los de origen tuberculoso. Se diferencian de estos últimos en que el proceso en aquellos casos es localizado al órgano afecto, en tanto que la Prevejiga tuberculosa es sólo parte de una tuberculosis urogenital generalizada.

La etiología en los casos no específicos es la misma que la de los abscesos comunes de la próstata.

Hennig pudo observar dos casos de esta naturaleza, originados en antiguos abscesos prostáticos en blenorragias con infección mixta.

Otra causa capaz de determinar este proceso, es la prostatectomía. En efecto, después de la operación queda establecida una Prevejiga artificial que poco a poco desaparece por la contracción del esfínter interno y por la proliferación de la verdadera próstata, que habiendo antes quedado reducida a una falsa cápsula, llena poco a poco la celda prostática.

Sólo en los raros casos en que la atrofia por compresión de la verdadera próstata ha sido llevada demasiado lejos, puede constituirse una Prevejiga parecida a la de los procesos supurativos. Por este hecho pueden producirse estados infecciosos debidos a la estancación de orina a su nivel; se constituyen cicatrices circulares de tipo diafragmático que dificultan el juego regular del esfínter, el cual no puede abrirse para permitir la micción. En estos casos, la esfinterotomía puede ser eficaz.

Hennig ha estudiado 4 enfermos con persistencia de la cavidad prostática después de la enucleación del adenoma. En todos ellos la vejiga comunicaba ampliamente con la celda prostática y uno de ellos presentaba cálculos en la Prevejiga. Cree dicho autor que se han producido estos hechos, por la destrucción del cuello vesical durante el acto operatorio.

Si cualquiera de nosotros sigue en forma metódica sus enfermos prostatectomizados, hallará en alguno de ellos que la persistencia de la incontinencia es ocasionada, con toda seguridad, por la presencia de la cavidad prevesical.

En los trastornos de la innervación de la vejiga, que producen alteraciones del tono del esfínter traducidas por el fenómeno de Alexieff-Schramm, la cistografía muestra por debajo de la sombra vesical una formación diverticuliforme circular o semicircular, en relación con la uretra posterior y que se asemeja a las imágenes encontradas en una Prevejiga.

Por último, existe un número de Prevejigas a las que sin ningún lugar a dudas ha de atribuírseles un origen congénito.

Chor y Helfer han tenido ocasión de observar tres casos en las edades de 12, 15 y 19 años, en los cuales la enfermedad había comenzado en su primera infancia, y entre nosotros, Astraldi, Massolo y Rebaudi, en septiembre de este año, presentaron un caso de un anciano de 80 años con una Prevejiga a la cual atribuyen un origen congénito, por presentar concomitantemente, una esclerosis del cuello vesical y diverticulosis de la vejiga.

El caso que presentamos ahora es interesante por constituir, a nuestro modo de ver, una Prevejiga de origen seguramente congénito y además porque la terapéutica que se instituyó, aunque paliativa, ha tenido mejor éxito que en casi todos los casos operados hasta el presente.

HISTORIA CLINICA

Nº 14. Serie CXXVIII, del servicio del Profesor Maraini .Año 1936. L. R., argentino, de 37 años de edad, soltero.

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido a los 69 años de edad; padecía de cistitis y probablemente de adenoma prostático. Madre fallecida a los 73 años súbitamente. Tuvo abortos espontáneos.

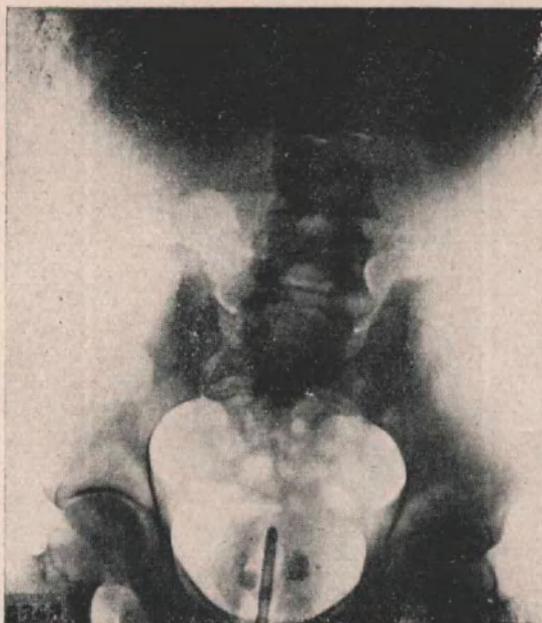


Figura Nº 1.

La sonda ha pasado más allá de la pre-vejiga y de los cálculos, encontrándose en la verdadera vejiga.

Antecedentes personales. — Nacido con espina bífida (meningocele), con incontinen- cia de orina y de materias fecales. Fué intervenido quirúrgicamente por el doctor Alejandro Posadas a los pocos días de nacer, con lo cual la incontinen- cia de materias fecales desapareció casi completamente a los 16 meses de edad; sólo se repite en casos de diarrea o al tomar purgantes. La incontinen- cia de orina persistió sin modificaciones. Además ambos pies son zambo-varo-equinos congénitos.

Enfermedad actual. — Presentaba después de los 16 años y de cuando en cuando ligeras hematurias. Su incontinen- cia verdadera continúa hasta hoy.

Desde hace tres años sus orinas se hicieron muy turbias, presentando una fuerte hematuria que duró 3 ó 4 días, quedando luego sus orinas en general rosadas, con sensibilidad en la región hipogástrica. Hace seis meses epididimitis aguda izquierda que duró 20 días y cedió a la terapéutica médica. Luego se le practicó una serie de inyecciones de sulfarsenol con lo que su hematuria cedió



Figura N^o 2.

Las deformaciones de la columna vertebral van desde la 5^a lumbar que no presenta apófisis espinosa neta y se halla como sacralizada; existe una cisura entre ambas hemiláminas vertebrales que se han detenido casi al terminar el proceso de coalescencia. El canal sacro está totalmente abierto. Debajo, los cálculos y el drenaje alto.

y se aclararon en parte sus orinas, que presentaban abundantes cocos y reacción alcalina.

Había llevado siempre un orinal, pero presentaba el pene y el escroto muy macerados por la orina, y toda esa región despedía un fuerte olor urinoso, por lo cual uno de nosotros, antes de intervenirlo, le practicó una sección y ligadura de ambos canales deferentes a objeto de colocarle una sonda permanente por la

uretra; pero después de una serie de instilaciones de nitrato de plata y de lavajes vesicales, comienza a sentir fuerte dolores en el hipogastrio propagados a las regiones lumbar y dorsal derechas. No había arrojado cálculos, pero sí arenillas espesas y cuajadas de mucosidades. En tal estado ingresó al servicio.



Figura N° 3.

Uretrocistografía en posición oblicua lateral: Se observa las dos cavidades separadas y los divertículos pequeños en el reborde pósterosuperior de la vejiga, hacia su parte inferior. (Se ha inyectado el líquido a poca presión, por estar el enfermo recién operado)

24-XI-1936.

Practicado un examen detenido del enfermo, además de los datos ya consignados, se observaba: Dolor en la región hipogástrica. En los movimientos respiratorios profundos, se llega a palpar el polo inferior del riñón derecho ligeramente sensible.

La uretra muy sensible sólo permite el paso de un explorador N° 13.

La vejiga era sensible a la palpación, con orinas muy turbias, capacidad de 70 c.c. y obtusamente sensible a la distensión, pero contráctil. Se practicó un examen endoscópico con un instrumento de niños y se interpretó erróneamente la observación, pues creyendo hallarnos en la cavidad vesical, se notó: Mucosa vesical muy congestionada, con edema, fibrina y tres cálculos fosfáticos, gran-



Figura N° 4.

Al abrir la sonda hipogástrica, sólo se ha evacuado el contenido vesical, viéndose únicamente la prevejiga llena de líquido de contraste.

des, irregulares, en la parte inferior. No pudiendo verse ni uréteres, ni otro orificio, por el estado de la mucosa. La próstata se palpaba muy pequeña.

Se practican radiografías simples del aparato urinario, presentándose 3 sombras calcúlosas que se interpretan como localizadas en la vejiga. El riñón derecho en ptosis, llegando su polo inferior más abajo de la cresta ilíaca y ligeramente globuloso. El pielograma por excreción, muestra la dilatación de los cálices de ambos riñones y del uréter izquierdo.

El enfermo se hallaba en muy malas condiciones generales y se procedió a la colocación de una sonda permanente, indicándose instilaciones de nitrato de plata y antisépticos urinarios. En Julio 14 de 1936, se ha logrado colocar una sonda N° 16. Sus orinas se aclaran y su estado general mejora. El 17 de Julio

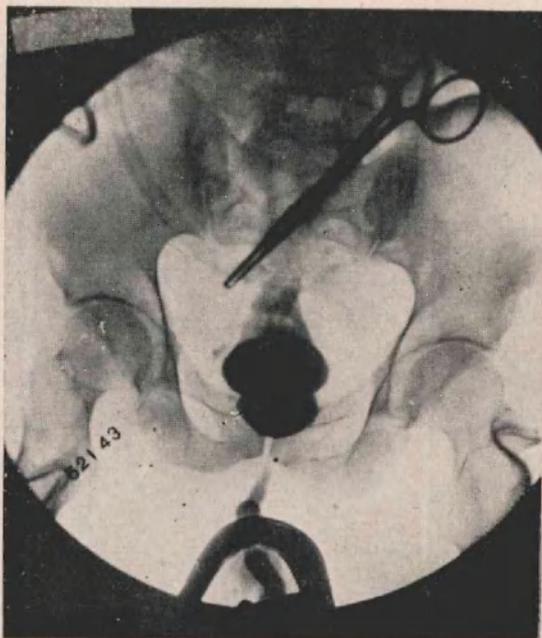


Figura N° 5.

Uretrocistografía en ánteroposterior, 22. meses después (IX-16-1938). Vese nítidamente la separación entre la prevejiga y la vejiga, ambas comunicando por un estrecho hiatus. Pequeñas formaciones diverticulares en pared lateral derecha en sus ángulos. (Una pequeña cantidad de líquido de contraste se difunde alrededor de la sonda).

se le coloca una sonda de Pezzer N° 22, pero a los pocos días aparece temperatura y presenta escalofríos; estos persisten y el estado general se agrava seriamente. Se indica suero fisiológico y glucosado, aceite alcanforado, quinina, vacunas y sustancias antisépticas por vía endovenosa.

En Agosto 24 se constata que desde hace dos días los chuchos y la temperatura, que habían durado un mes han cesado, pero se observa la aparición de una periuretritis supurada que se extiende desde el ángulo péneo escrotal al

periné, con una zona fluctuante. Se interviene sobre dicho absceso lo que permitió la salida de regular cantidad de pus fétido y bien ligado. 15 días después, la herida está casi cicatrizada, su estado general mucho mejor y su peso aumentado.

En Octubre 15 se resuelve practicar una talla hipogástrica para extraer los cálculos que creíamos hallarse en la vejiga. Se sigue la técnica de Mac-Gowan

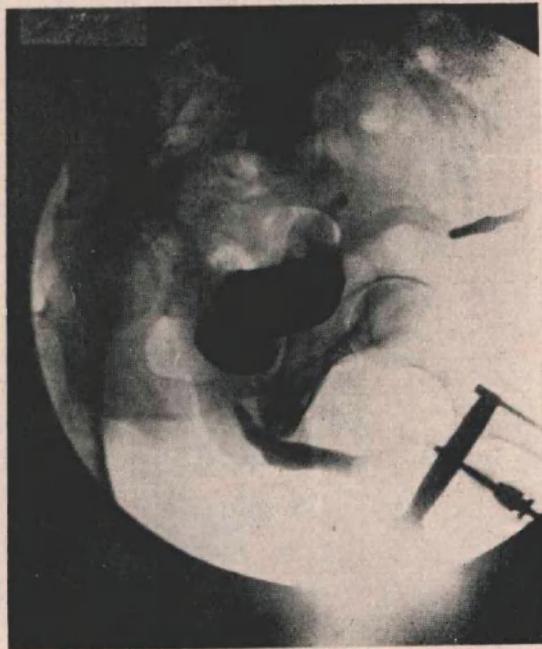


Figura Nº 6.

El mismo en posición lateral oblicua: Obsérvense la separación entre la cavidad superior vesical y la inferior pre-vesical. También los pequeños divertículos y el líquido difundido superficialmente.

y Parker, pero al abrir la vejiga observamos con sorpresa que los cálculos no se hallaba en ella, sino en la uretra posterior, en una especie de divertículo, y que el cuello de la vejiga era perfectamente normal. A través del mismo sólo logramos extraer algunas pequeñas masas fosfáticas y pensábamos abrir el cuello para extraer los cálculos, pero en esos momentos el enfermo presenta un estado tan alarmante, que decidimos terminar de inmediato la intervención sin ocuparnos de los cálculos, y dejando una sonda de Pezzer acodada en la cistostomía.

“A posteriori” el enfermo reacciona bien tanto en su estado general como en su diuresis. Aparece supuración uretral que cede con lavados y vacunas. Aumenta de peso, pero se presenta una escara sacra que se trata por los rayos infrarrojos.

En Enero de 1937 la escara está muy disminuida y el enfermo es dado de alta, indicándosele volver para extraerle los cálculos por la vía perineal.

En Noviembre de 1936 se le había practicado una uretrorradiografía, obteniendo la imagen neta de una prevejiga que nos dió la clave de los fenómenos observados antes y durante la intervención quirúrgica.

No hemos querido presentar con anterioridad este caso, pues deseamos seguir su evolución durante un largo tiempo a objeto de observar los cambios que pudieran producirse anatómicamente y el resultado de la terapéutica instituída.

Analícemos ahora detenidamente nuestro enfermo y compáremosle con los enfermos de idéntica afección y los resultados obtenidos por otros autores.

Referente a la sintomatología, el hecho más importante en los portadores de una Prevejiga, es la incontinencia postmiccional. Los enfermos orinan y luego de terminado el acto, se les escapa una cierta cantidad de líquido que es el contenido de orina remanente en la cavidad prostática. Es una incontinencia falsa en general, pues casi siempre el aparato productor del cierre de la vejiga está íntacto.

Este síntoma se ha presentado en todos los casos de Boeminghaus, Kielleuthner, Hennig, Astraldi, Rebaudi y Massolo y en uno de Chor y Helfer.

En cambio, en dos casos congénitos de estos últimos autores y en el nuestro, la incontinencia es verdadera y data de la más remota infancia.

Este síntoma tan desagradable obliga a los enfermos a llevar un orinal con todos sus inconvenientes, haciendo pensar en otros medios paliativos más eficaces, que permitan a los enfermos una mejor convivencia social. Para esto se ha recurrido en numerosos casos a la talla vesical, que pudiera lograr una perfecta derivación alta de toda la orina.

Esta operación la practicaron o se practicó en dos casos de Chor y Helfer y en el de Astraldi, Massolo y Rebaudi, completándola con la comunicación amplia de ambas cavidades. El resultado de este acto quirúrgico fué malo y los enfermos continuaron con-

denados a llevar un orinal, porque la evacuación de la orina se realizaba por la sonda hipogástrica y por el pene.

En nuestro caso también practicamos la talla, pero felizmente el grave estado del enfermo durante la operación nos impidió practicar la comunicación entre ambas cavidades, con lo que rendimos un incalculable beneficio al enfermo.

En efecto, hemos visto que en la mayoría de estos casos el esfínter vesical se halla intacto y la vejiga es por sí misma continente, de manera que los que practicaron la comunicación entre ambas cavidades, destruyeron dicha barrera, haciendo del enfermo que tenía una falsa incontinencia postmiccional, un verdadero incontinente, no pudiendo el tubo hipogástrico resultar de un valor satisfactorio y reduciendo a los enfermos no sólo a llevar su orinal, sino también un tubo hipogástrico, a menos de volverlos a su condición primitiva, al permitir el cierre de la fístula abdominal.

En nuestro enfermo, a quien hemos visto por última vez el 15 de noviembre del corriente año, hemos constatado, ya sea por sus declaraciones como por nuestra observación instrumental, que el drenaje hipogástrico da salida a la totalidad de la orina, manteniéndose toda la región genital en un estado de higiene perfecta y habiéndole producido el tratamiento un resultado en alto grado superior al primitivo.

A pesar de que nuestro paciente padecía incontinencia verdadera, no pierde actualmente orina por la uretra, por ser el pasaje de comunicación entre la vejiga y la Prevejiga muy estrecho, buscando la orina su salida por arriba, donde el camino es más amplio.

En cuanto a la etiopatogenia de este caso, llegamos a la conclusión de hallarnos ante un verdadero caso de Prevejiga congénita.

Las radiografías obtenidas hace dos años, en noviembre de 1936, nos muestran la separación nítida entre ambas cavidades y la existencia de dos pequeños divertículos en la pared súper lateral de la vejiga (lesiones congénitas). Al evacuar el contenido abriendo la sonda hipogástrica, vemos que sólo se evacúa totalmente la verdadera vejiga, indicando un perfecto funcionamiento del drenaje y que el cuello de la vejiga sirve de obstáculo bastante eficiente a la salida de orina hacia la cavidad prevesical. Las radiografías obtenidas el 16 de setiembre de 1938, o sea 22 meses después de la

intervención, nos muestran que ambas cavidades se hallan nítidamente separadas una de otra por un muy pequeño trayecto correspondiente al cuello vesical; que los dos pequeños divertículos laterales persisten sin modificación alguna.

Las radiografías de la columna vertebral permiten observar perfectamente que sus deformaciones consisten en: la 5ª vértebra lumbar que está sacralizada, no presenta una apófisis espinosa neta y existe una cisura entre ambas hemiláminas vertebrales que han detenido su coalescencia casi al terminar dicho proceso de soldadura, y por último, el canal sacro se halla totalmente abierto.

En resumen: nos hallamos ante un enfermo que presenta síntomas urinarios desde su nacimiento; con lesiones congénitas de la columna lumbo-sacra, de sus miembros inferiores (pies zambo-varo-equinos) y de la vejiga (pequeñas formaciones diverticulares). Por consiguiente, hemos clasificado nuestro caso entre las Prevejigas de origen congénito.

CONCLUSIONES

La Prevejiga es una afección rara, pero no excepcional. Su etiología es variada.

El tratamiento consistió en nuestro caso en la Talla Hipogástrica, evitando en absoluto comunicar con amplitud ambas cavidades, con lo que prestamos un real servicio a este enfermo, que se tornó mucho más apto para la convivencia social.

Con respecto a esto último, debemos agregar que el paciente en cuestión ha aumentado de peso hasta un límite jamás conocido por él. Sus erecciones, que antes eran excepcionales, se presentaron después de la operación con extraordinaria frecuencia, por lo que practica el coito con regularidad, cosa que jamás hizo antes, por el estado desastroso de sus partes sexuales.

El estado de higiene de su zona genital es en la actualidad altamente satisfactorio.

No desea por el momento someterse a la operación que deseamos practicarle por la vía perineal, para extraerle los cálculos situados en la Prevejiga, por no sentir molestia alguna.

BIBLIOGRAFIA

- H. Boeminghaus: "Über seltene ausgänge von Prostataabscessen und den Blasenverschluss nach Forfall der Prostata". Zeitschrift für Urologische Chirurgie, 1924-B, 14.
- I. II. Kielleuthner: "Über ausgedehnte Prostatahöhlenbildung (Vorblase) durch Tuberkulose". Zeitschrift für Urologische Chirurgie, 1928-B, 24.
- H. Boeminghaus: "Bildung einer sogenannten Corblase infolge vollständiger sequestrierung der Prostata (Totalkaverne)". Archiv. für Klinische Chirurgie, 1929-B, 155.
- O. Hennig: "Die sogenannte "Vorblase" und ihre klinische Bedeutung". Zeitschrift für Urologische Chirurgie, 1931-B, 32.
- I. Chor et P. I. Helfer (Kiev): "La prevesie ou "Vorblase" des allemands comme entité nosologique dans la pathologie urinaire". Journal d'Urologie, 1936, pag. 157.
- Conceicao E. Silva Junior: "Pre-Bexiga". 2º Congreso Panamericano y 1º Argentino de Urologia, 1937.
- A. Astratldi, O. Massolo y L. Rebuudi: "Prevejiga". Revista Argentina de Urologia, Setiembre 1938.
-