

Hosp. Rawson, Serv. de Urología,
Jefe: Profesor Dr. B. MARAINI

Por los Doctores

ARMANDO TRABUCCO
y JOSE GORODNER

RESULTADOS ALEJADOS DE LA RESECCION ENDOSCOPICA, EN UN CASO DE ENFERMEDAD VESICAL EN LA MUJER

HACE poco tiempo, uno de nosotros (T) presentó un caso de una enferma anciana, padeciendo de molestos trastornos urinarios producidos por una esclerosis inflamatoria del cuello vesical. La enferma curó con la resección endoscópica de dicha parte del órgano.

Poco después hemos tenido ocasión de tratar una paciente con idéntica dolencia, a la que aplicamos un tratamiento similar, pero hemos querido seguir su evolución a larga distancia, para observar un resultado definitivo, tanto desde el punto de vista clínico subjetivo, como desde el punto de vista objetivo, es decir, de las modificaciones que al examen endoscópico alejado, mostraría la zona operada y los cambios ocurridos en su funcionalismo.

Siendo estos resultados de una constancia satisfactoria, más de un año después de intervenida la enferma, es que la presentamos.

HISTORIA CLINICA

Rita S. de B. Argentina, de 68 años de edad, casada.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Menarquía a los 14 años, siempre regular. Menopausia normal a los 48 años. Un aborto espontáneo a los 27 años. 7 hijos sanos, de los cuales 3 fallecidos de viruela.

Enfermedad actual. — Data ya de cierto tiempo, pues según recuerda la enferma, se inició hace más de 7 años con una crisis de retención aguda completa de orina, que duró 24 horas, cesando solamente con el sondaje.

Desde esa época, aunque sus micciones espontáneas reaparecieron, se presentó una polaquiuria diurna y nocturna. Al mismo tiempo observó la paciente que al pretender practicar la micción contrayendo la pared abdominal y el detrusor de la vejiga, el acto le resultaba imposible de realizar, en tanto que colocándose en posición sentada o semiacostada y relajando su musculatura, la micción, aunque lenta, se producía de inmediato.

Siguió un año en estas condiciones, al cabo de cuyo tiempo tiene una nueva crisis de retención que obliga a sondarla. Continúa así, debiendo despertarse 3 a 4 veces por noche para orinar, en tanto que durante el día la frecuencia de sus micciones variaba desde cada media hora hasta cada 3 ó 4 horas. Como sus síntomas se acentúan, habiendo debido recurrir a varios sondajes de urgencia, resuelve internarse, ingresando al servicio del Profesor Mariani en el Hospital Rawson, donde ocupa la cama 47.

Estado actual. — Fuera del aparato urinario, no presenta particularidad digna de mención.

Aparato urinario. — La micción la efectúa 3 ó 4 veces por las noches, siendo de día su frecuencia miccional muy variada. Esta micción es *retardada, lenta y entrecortada*. Al hacer esfuerzos se interrumpe. Debe sentarse y relajar su abdomen y el periné y entonces el acto se realiza con los caracteres disúricos mencionados. No tiene dolor alguno.

Al examen de la uretra, se observa que es algo menos elástica que normalmente.

Uretrocistoscopia. — Con el aparato de Luys se observa que el cuello vesical permanece *inmóvil* al pedir a la enferma que haga esfuerzos para orinar.

Cistoscopia y examen clínico-instrumental de la vejiga. — El órgano es sensible al contacto y a la distensión y contráctil; retiene 20 c.c. de orina. La capacidad de la vejiga es normal y las orinas claras.

El examen endoscópico permite ver una mucosa vesical sana. Presenta *numerosas columnas* de discreto relieve sobre todo a nivel de la pared lateral derecha. Orificios ureterales de aspecto normal.

El *cuello* presenta sus bordes laterales festoneados y el *borde inferior levantado y algo hipertrófico*.

El examen ginecológico es negativo.

Se practica una *cistografía* con yoduro de sodio al 12^o, obteniéndose la imagen de una vejiga grande, pero de contorno regular en posición antero-posterior y en la lateral.

La orina global, químicamente es normal. Se encuentra de aspecto turbio, de reacción alcalina, con vestigios de albúmina y rastros de urobilina, algunos estafilococos y piocitos.

Reacciones de Wassermann y de Kahn Standard, negativas.

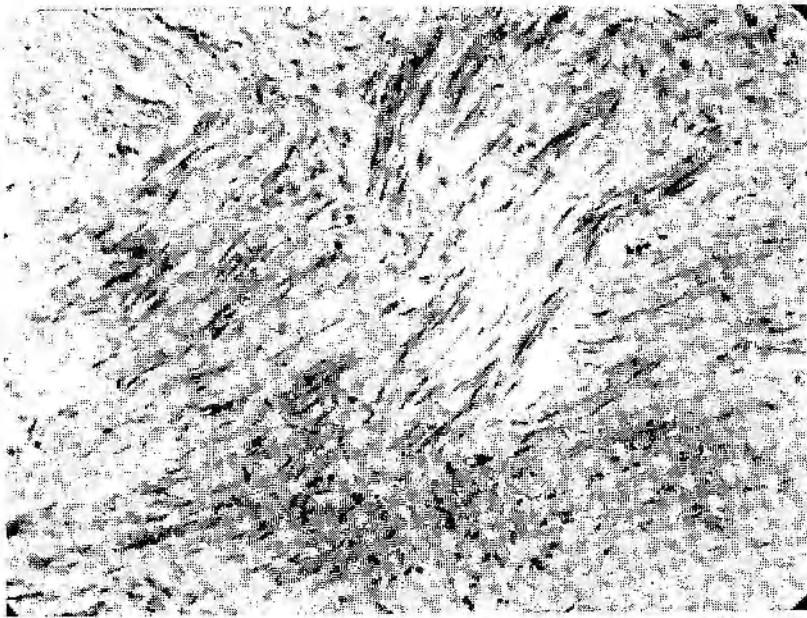
Operación. — Septiembre 18 de 1937. Con el cautery-punch de Caulk, se reseca dos fragmentos acintados del borde inferior del cuello, de un espesor de 2 milímetros cada uno. Sonda permanente N^o 20.

Tres días después se retira la sonda, pero previamente se ha llenado la vejiga con 250 c.c. de líquido. Al invitar a orinar a la enferma, ésta lo hace con toda naturalidad, quedando un residuo de 50 c.c.

Septiembre 22: No experimenta ninguna de las molestias anteriores a la operación y no tiene ningún residuo, por lo que se le da de alta a los 4 días de operada.

Un año después, en Septiembre de 1938, la volvemos a ver.

Sus molestias no se han presentado durante este largo lapso de tiempo. No



Microfotografía tomada con obj. 4 x ocul. 6 Leitz. Coloración Hemalún-eosina. Puede observarse un conjunto de fibras musculares lisas sufriendo la invasión conjuntiva, que dispersa y disgrega las fibrillas, transformando los elementos nobles en tejido escleroso poco elástico.

presenta residuo. No tiene micciones nocturnas y orina 4 veces por día, con toda facilidad y sin adoptar actitudes extrañas para evacuar su vejiga. Sus orinas son claras.

La *utrocistoscopia* muestra que el cuello conserva perfectamente el *canal* que se le ha creado mediante la resección endoscópica.

También se observa que ha recuperado la *movilidad*, dado que al invitarla a orinar, el reborde inferior se deprime. También se mueve el reborde superior. En Noviembre 15 de 1938, sigue perfectamente.

Examen anátomo-patológico de los fragmentos resecaados: Los trozos extraídos fueron inmediatamente fijados en el líquido de Bouin, incluidos luego en

parafina, cortados y coloreados con hematoxilina-eosina y con el método tricrómico de Masson a la hematoxilina-fuchsina y verde luz.

Se nota en el borde de la preparación, una zona necrosis producida por el ansa cortante del aparato de Caulk. Esta zona de necrosis es superficial, no encontrándose focos profundos de coagulación.

La mayor parte del preparado está constituida por fibras diseminadas y muy separadas entre ellas por tejido conjuntivo de tipo escleroso muy fibroso relativamente pobre en núcleos y en el cual se observan algunos histiocitos jóvenes, células plasmáticas, linfocitos y capilares de neoformación.

Como vemos, nuestra enferma presentaba la tríada sintomática clásica de la enfermedad del cuello vesical: *Disuria, vejiga columnada y esclerosis cervical*. También, como en la casi totalidad de los casos descriptos los fenómenos se presentaron en *edad avanzada*, y no congénitamente. Durante años, padeció de sus trastornos, y aunque fué atendida en numerosas oportunidades aún por especialistas, no se halló ninguna causa que explicando sus molestias, condujeran a una terapéutica eficaz. Este hecho no es excepcional, dado que generalmente no se presta atención al cuello de la vejiga femenina, cuando se practica la cistoscopia.

Notable es en este caso la regularización del canal practicado en el cuello y la recuperación del movimiento en este sector de la vejiga y la instantaneidad de la curación y su persistencia después de 14 meses de operada.

Para terminar, recordaremos esta frase casi aforística: Muchas veces para descubrir la enfermedad del cuello en la mujer, débese pensar en ella.