

Hosp. Rawson, Serv. de Urología,
Jefe: Profesor Dr. E. CASTAÑO

Por los Doctores

ARMANDO TRABUCCO y
LEONIDAS REBAUDI

ENFERMEDAD DE CUELLO VESICAL POR HIPERTROFIA GLANDULAR EN UNA MUJER DE 24 AÑOS

El presente caso constituye uno de los tantos hallazgos clínicos que sin duda alguna contribuía a formar parte del todavía parco capítulo de la especialidad urológica que trata de las enfermedades del cuello vesical femenino.

Es interesante por dos motivos: 1° por tratarse de una afección glandular y 2° por tratarse de una enfermedad de cuello de una mujer joven. Ambas cosas raramente descriptas.

Trátase de S. A. que ingresa al servicio el 6 de junio de 1939; argentina de 24 años de edad, domiciliada en Vicente López 73, Lomas de Zamora.

Antecedentes hereditarios. — Figura como importante 9 hermanos, de los cuales 5 mujeres y 3 varones, viven. Un hermano muerto prematuramente.

Antecedentes personales. — Nada de particular, salvo las eruptivas de la primera infancia. A los 15 años ha sido operada, habiéndosele sacado el apéndice y un quiste de ovario. Menarquía a los 13 años, ritmo de 28/4 sin dolor. No ha acusado en la primera infancia afecciones de las vías urinarias.

Enfermedad actual. — A los 2 años de ser operada, es decir hace 7 de ahora, empezó su enfermedad con dolores en el hipogastrio, polaquiuria, emitiendo orinas turbias. Se le practicaron instilaciones con Nitrato de Plata y Urotropina por vía bucal. Estos trastornos eran acompañados con escalofríos y fiebre que duró un tiempo regular. Ya en ese entonces se constató una retención de orinas de 400 gramos.

Dos años después tiene otro episodio similar, dolores y temperatura a 40° que mejoró con tratamiento de inyectables y comprimidos, sintiendo además molestias en las vías urinarias con los siguientes caracteres: ardor al orinar, frecuencia de micción, tenesmo al final y dolores intensos en la región lumbar de ambos lados.

Estos episodios se repiten periódicamente con sintomatología igual. Hace 4 meses tuvo una hematuria espontánea sin esfuerzo, que pasó con medicación y que no se ha vuelto a repetir.

Es de particular importancia un dato que nos revela la enferma y es que desde el comienzo de su afección tiene que efectuar un notable esfuerzo en el acto miccional.

Estudo actual. — El acto miccional se presenta lleno de dificultad: debe esperar un lapso de tiempo antes de poder realizarlo. Debe tomar una posición particular, adoptando generalmente la de cuclillas, e inicia la micción con gran esfuerzo de su prensa abdominal que debe sostener durante todo el tiempo dando

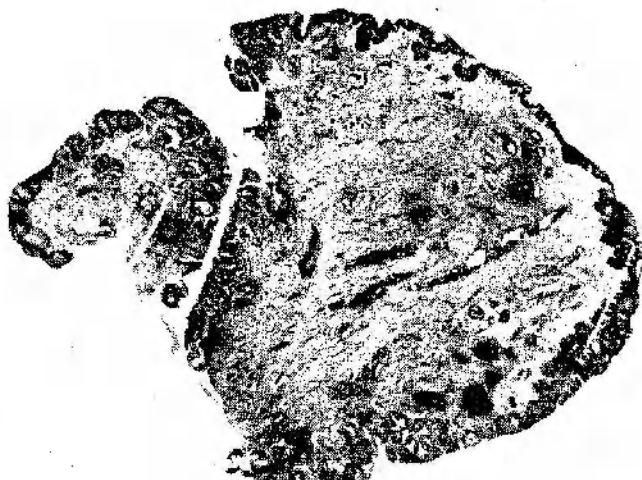


Fig. 1. — Corte topográfico de uno de los trozos. Pueden verse numerosas glándulas submucosas que se dirigen hacia adentro prolongándose hasta el tejido conjuntivo muscular. Nótese la presencia de congestión y hemorragia.

salida a un chorro urinario lento y absolutamente sin fuerza. Es una micción con retardo inicial, esfuerzo inicial y durante todo el tiempo, siendo esto último más largo que normalmente.

Examen clínico. — En el momento de ser examinada la enferma está febril, sin nada de particular en su piel y mucosas. Es constitucionalmente una persona delgada. Aparato digestivo, nada de particular. Aparato circulatorio, nada de particular. Aparato respiratorio, nada de particular.

Sistema nervioso. — Un estudio detenido del sistema nervioso, no permite descubrir nada digno de mención.

Examen urológico. — Riñones, no se palpan ni hay puntos dolorosos salvo a la palpación profunda que despierta un ligero dolor en fosa lumbar derecha.

Vejiga. — Se palpa globo vesical a dos traveses de dedo por arriba del ombligo con la forma característica de media luna hacia abajo. La palpación bimanual nos permite constatar un órgano que no evacúa puesto que se percibe después de la micción, relleno de líquido.

El examen instrumental revela 400 gramos de retención de orinas turbio-purulentas. La evacuación a través de la sonda se hace sin fuerza y en forma continuada.

Endoscópicamente es una vejiga grande con numerosas columnas, con una mucosa ligeramente despulida y manchas hemorrágicas, sobre todo en trigono y

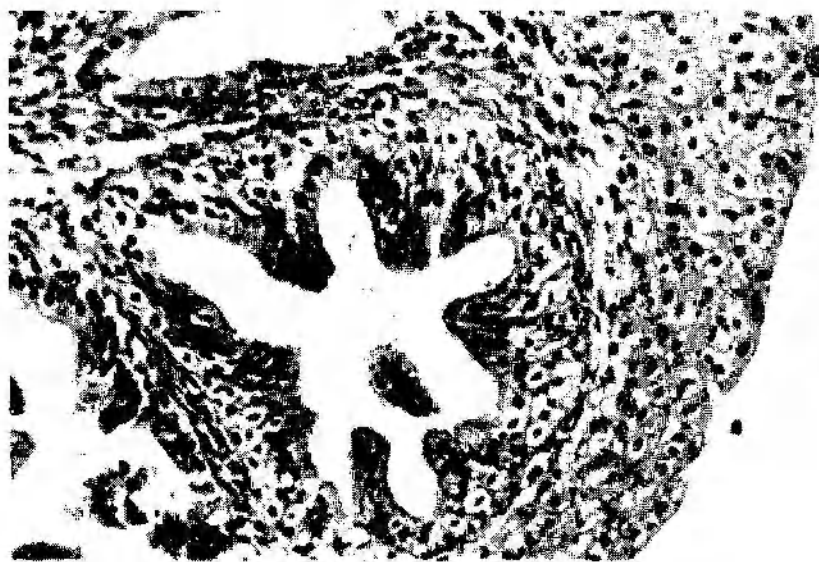


Fig. 2. — X 500 diámetros.

Una de las glándulas vistas en la figura anterior en donde pueden observarse sus características estructurales.

cuello vesical. Se observa una deformidad en la pared inferior formada seguramente por el cuerpo del útero que hace un levantamiento de ella. Se observa a los lados de este levantamiento dos formaciones discretamente profundas. El cuello vesical en su lado inferior es convexo, de dos cms. de profundidad, color rojizo e inmóvil a la orden imperativa de la micción; únese a los bordes laterales en ángulo agudo; da la impresión como si fuese un lóbulo medio.

Las radiografías del aparato urinario muestran manchas opacas en la columna, restos evidentes del lipiodol inyectado anteriormente para investigar alteraciones raquídeas. Riñones, nada de particular.

Cistografía muestra marcada dilatación de la vejiga con deformación de media luna central cuando se ve de frente y vejiga de gáitero cuando se observa de costado.

Análisis. — El de orinas revela como datos dignos de mención:

Aspecto turbio. Urea, 12 %. Cloruros, 4 %. Albúmina presencia. Pus presencia. Sangre presencia.

El estudio bacteriológico de la orina revela numerosos colibacilos y estafilococos. El examen funcional renal hecho con índigo carmin revela salida de colorante a los 4' de ambos lados con buena concentración.

Azohemia 0,55 % el 16 de junio de 1939.

Cloruremia 3,50 % la misma fecha.

Marcha de la enfermedad — Se resuelve intervenir el 22 de junio de 1939, Cirujano, Dr. Trabucco. Anestesia epidural. Novocaína al 2 % 30 c.c.

Se hace resección del labio inferior del cuello empleando el resectótomo de McCarthy a corte frío. Se extraen 4 trozos de tejido del tamaño de un poroto cada uno, del labio inferior del cuello vesical. Se electrocoagula la superficie sangrante y se deja sonda permanente.

Al día siguiente meteorismo intestinal y fiebre a 38°.

Se prescribe Cloruro de Sodio al 20 % endovenoso y 0,50 cg de Sulfanilamida cada cuatro horas.

24 de junio, enferma muy mejorada. 26 de junio se hace una exploración, no encontrando retención. Se prescribe Argirol al 10 % por orinas turbias. La enferma es dada de alta sin retención.

Hemos visto a la enferma a los 6 meses, pudiendo constatar el éxito operatorio; enferma con micciones fáciles y habiendo desaparecido la polaquiuria, así como los dolores lumbares, encontrándose en excelente estado físico y moral.

El estudio anatómopatológico de los trozos que hemos sacado revela la presencia de numerosas glándulas del tipo de las prostáticas que estaban situadas en pleno tejido conjuntivo. La mucosa tenía en ciertas partes una metaplasia hipodérmoidea fácilmente explicable por el estado de infección a que estuvo sometida.

En las microfotografías adjuntas pueden verse las características de las glándulas que acabamos de describir. Son glándulas cilíndricas a núcleo basal que se colorean intensamente con hematoxilina.

DISCUSION

Dr. Ercole. — *Al principio de este año, tuve oportunidad de tratar a una enferma de 64 años, que presentaba desde hacía 4 años, polaquiuria y dificultades en la micción y luego, retención franca de orina, lo que obligaba al esposo a sondarla permanentemente, dos o tres veces por día; en ciertos momentos, la enferma podía recuperar su capacidad funcional.*

El examen de la enferma, en lo que se refiere a su sistema nervioso, fué negativo; los reflejos eran normales. Le hice una cistoscopia y me encontré con un cuello que hacía un discreto relieve con la tendencia a transformar su concavidad en convexi-

dad, con un pequeño nodulito; en la vejiga alcanzaban a dibujarse algunas celdas y columnas. Con el diagnóstico de enfermedad del cuello le hice a esta enferma una resección endoscópica y curó radicalmente. Su retención de orina desapareció, como asimismo desaparecieron todas las dificultades que tenía antes de la intervención. El examen histo-patológico demostró un predominio del tejido fibroso.

Dr. Trabucco. — Agradezco la contribución del doctor Ercole.

Efectivamente, hasta ahora, el predominio fibroso en la mujer —no en el hombre— era el que se encontraba descrito en los últimos trabajos que se han hecho y que se pueden consultar, de la literatura mundial; son alrededor de unos 40. Pero hasta ahora, no se había descrito la hipertrofia glandular, la que es sumamente interesante, y si esta noche tenemos la suerte de exponer mi trabajo "Paralelo entre la enfermedad de cuello vesical en el hombre y la mujer", pondré de manifiesto esta variabilidad de afecciones del cuello y así haré remarcar lo interesante que es la afección del cuello femenino, bajo el punto de vista glandular.

Creo que hasta ahora no se ha publicado de una manera fehaciente e indiscutible nada sobre afecciones de cuello vesical femenino de origen glandular. Ahí estriba el interés del caso.