

Hosp. Ramos Mejia. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por el Doctor
ROBERTO A. RUBI

ENFERMEDAD DEL CUELLO VESICAL EN LA MUJER

CORRESPONDE a Trabucco el mérito de haber llamado la atención —en nuestro medio— sobre la enfermedad del cuello vesical en la mujer.

Su comunicación a esta Sociedad, el 20 de mayo de 1937, es un estudio completo del tema, al que agrega una segunda observación presentada en colaboración con Gorodner. En la sesión del 27 de junio del año en curso comenta un tercer caso, interesante a todas luces, por tratarse de una hipertrofia glandular en una mujer joven, lo que le permite realizar un estudio comparativo —muy bien documentado— de la patología del cuello vesical en el hombre y en la mujer.

En esa misma sesión Ercole contribuye con un caso personal: mujer de 64 años en retención completa por una esclerosis de cuello, que cura por resección endoscópica.

El tema como se ve ha sido ampliamente tratado; nada agregaremos, pues, a lo ya dicho y esta comunicación no tiene más objeto que enriquecer la casuística de una afección, que al decir de Caulk (1921) es más frecuente de lo que se cree, justificando toda la verdad encerrada en el aforismo de Trabucco: "muchas veces para descubrir la enfermedad del cuello en la mujer basta pensar en ello".

Y antes de referir los Síntomas de nuestro caso destacaré el hecho de haber utilizado la vía endoscópica (vía de elección, por otra parte) para tratar la enferma, pues nos ha llamado la atención de que en los dos casos hallados en la bibliografía europea —de Marc Papin y H. Friedreich— estos autores hayan utilizado la vía transvesical en el tratamiento de sus respectivas pacientes.

El 27 de julio pasado ingresa a la cama 66 de la Sala la señora B. A. de P., de 65 años de edad, cuyos antecedentes hereditarios y personales no revelan nada digno de mención.

Enfermedad actual. — Se inicia hace 6 años con micciones dolorosas y polaquiuria a predominio diurno. síntomas que el tiempo no ha hecho más que exagerar, hasta el extremo de que en los últimos meses, las micciones se realizaban cada 10 o 20.

En la actualidad la enferma localiza su dolor profundamente en el hipogastrio y en ambas regiones inguino-abdominales, con una intensidad variable según los días; dolor que precede la iniciación de la micción, la acompaña mientras dura y subsiste algunos minutos una vez que ha cesado.

La micción por otra parte le exige un esfuerzo de expulsión de tal intensidad, que presenta fluxiones hemorroidarias a repetición.

En general se efectúa a chorros entrecortados, a veces gota a gota, y en los últimos tiempos suele presentar periodos de pseudo-incontinencia. De tarde en tarde la micción se hace imperiosa y entonces el dolor adquiere una intensidad inusitada. Llámale la atención la cantidad de orina que emite: 2 litros durante las horas de reposo; su gran turbiedad y sobre todo su fetidez tan acentuada.

Estado actual. — Enferma bien conservada para su edad. Discreto estado de obesidad. Facies pálida, decoloración de las mucosas. Lengua saburral. Abdomen de paredes flácidas, en el que hace franco relieve un globo vesical que alcanza la horizontal del ombligo.

Fosas lumbares: libres e indoloras; se palpa el polo inferior del riñón derecho.

Uretra permeable a un explorador N° 21, libre. Se coloca sonda permanente y se recoge así una orina viscosa, con abundantes gleras y fuerte olor a fermentación amoniacal.

Como tratamiento se le indica:

1. Lavajes vesicales diarios con nitrato de plata al 1 %.
2. Sulfanilamida (2 grs. diarios).
3. Leucotropina (1 amp. endovenosa diaria).
4. Evacuación intestinal cotidiana.

El análisis de orina nos da: orina alcalina, D. 1011, vestigios de albúmina, urobilina e indican.

En el sedimento: células epiteliales, piocitos abundantes, microorganismos y cristales de fosfato-amónico-magésico.

El examen bacteriológico es negativo para el bacilo de Koch; en cambio se observan abundantísimos colibacilos y en menor proporción enterococos. Dosaje de úrea en suero: 0,40 grs. %. F. S. F.: 8 - 40 %.

Examen clínico general. — No revela nada de particular, exceptuando una ligera esclerosis arterial. Tensión: Mx. 16½, Mn. 11 (Vaquez-Laubry).

Exámen neurológico (Dr. Parengo). — Es normal y descarta la posibilidad de un proceso nervioso capaz de crear una disfunción cervical.

Cistoscopia. — Se distiende la vejiga con 400 c.c. de agua. Nótase una congestión difusa de la mucosa, con vascularización exagerada, sobre todo en el

trigono, ocupado en la vecindad del cuello por lesiones de edema bulloso, a grandes bolas. Notables trabeculación de la vejiga, con gruesas columnas que delimitan entre ellas innumerables celdas, algunas muy voluminosas. Meatos bien implantados sobre un músculo interureteral grueso y saliente; se contraen rítmicamente y tienen, al parecer, eyaculaciones claras.

El cuello festoneado en toda su circunferencia presenta su labio posterior bien saliente, ligeramente convexo, originando por detrás una depresión trigonal

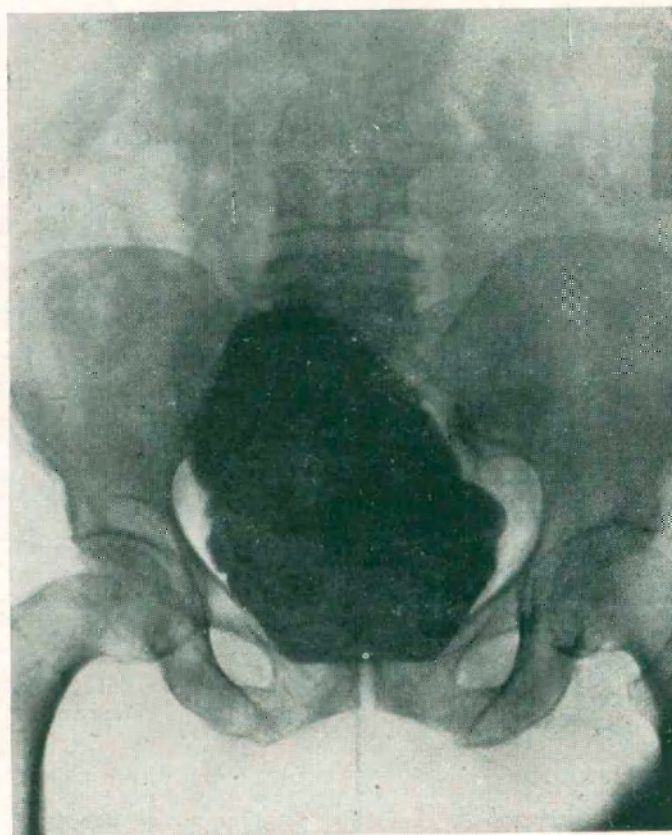


Figura 1

acentuada, limitada más hacia atrás aún por el relieve del músculo inter-uretérico.

La panendoscopia resulta ilustrativa. El cuello en su vertiente inferior hace un franco relieve bajo la forma de un rodete transversal, grueso, tenso, que a manera de alero se proyecta en uretra posterior. La mucosa de esta presenta una congestión difusa, con arborizaciones vasculares, que sangran al menor contacto. El cuello, por otra parte, en la contracción provocada, voluntaria, goza de muy poca movilidad.

Cromocistoscopia: 7 de cada lado.

Aprovechamos la oportunidad de realizar el tacto vaginal, estando el cistoscopio puesto, y podemos apreciar el espesor desproporcionado del cuello con respecto al resto de la uretra.

La radiografía simple del árbol urinario no revela nada anormal.

La cistografía (fig. 1) demuestra una vejiga muy aumentada de tamaño, sobre todo a expensas de su eje longitudinal, llegando a adquirir el aspecto de una cúpula más o menos puntiaguda (Heckenbach).

Su segmento inferior es de contornos netos; el borde inferior llama la atención por la disposición horizontal y rectilínea, en oposición al moderado infundíbulo normal. La gran dilatación se realiza, tal como lo hiciera resaltar Heckenbach, a expensas de la mitad superior de la vejiga, cuyo contorno se presenta irregular, a grandes dilataciones e imágenes pseudo-diverticulares. En cambio no se observa en este caso la sobre-elevación del cistograma con respecto al osteograma.

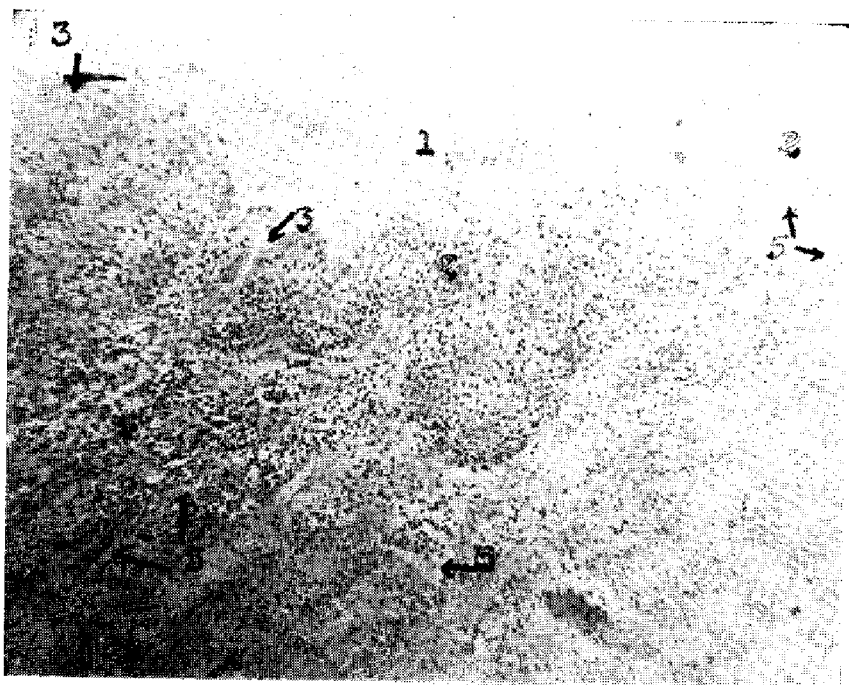


Figura 2. — 1) Cavidad vesical; 2) epitelio normal; 3) infundíbulo tapizado por células cilíndricas de tipo miciparo; 4) infiltrado linfoplasmocitario del corion; 5) capilares dilatados.

El conjunto de estos elementos de juicio nos permiten establecer el diagnóstico de enfermedad del cuello y proponer el tratamiento adecuado.

Se prepara la enferma extremando las precauciones que se tomaron a su ingreso: lavajes con nitrato de plata, sulfanilamida por vía oral... etc., 9 de agosto de 1940, se interviene: Dr. Rubi.

Anestesia epidural, 60 c.c. de novocaína al 1%.

Empleamos el resectoscopio a frío de Mc. Carthy, con el que se extraen 7 fragmentos, oscilando su tamaño entre una lenteja y un poroto, de los cuales cinco se envían al anatomo-patólogo.

Se electrocoagula un grueso vaso sangrando en las 5 horas. y se deja sonda permanente. (Pezzer N° 18).

En el post-operatorio la enferma se hidrata convenientemente por vía bucal, se aumenta la sulfanilamida a 3 grs. diarios y reemplazamos los lavajes de nitrato de plata por instilaciones de protargol al 5 %.

Al 4° día se retira la sonda. La enferma orina espontáneamente. pero nece-



Figura 3. — 1) Mucosa con su configuración normal; 2) tendencia a la epidermización; 3) cavidades vasculares que forman un tejido angiomatoide; 4) corion con infiltrado linfocitario de mediana intensidad.

sita aún hacer algo de fuerza para evacuar la vejiga; quédale un residuo de 20 a 50 c.c., según los días.

El 31 de agosto, una nueva cistoscopia nos permite apreciar en la parte posterior del cuello, entre las 6 y las 7 horas, un mamelon alargado de 1½ cm. de longitud, que se electrocoagula de inmediato, colocándole a la enferma sonda permanente durante 48 horas. Al retirarla la micción es fácil e indolora, las orinas son claras y el residuo es nulo.

A continuación transcribimos el estudio histológico realizado por el Dr. Bosq, a quien agradecemos su gentileza.

Pieza remitida: fueron remitidos 5 trozos de tejido extraídos a saca-bocados cuyo tamaño varía entre un garbanzo y un poroto.

Examen histológico. — Los trozos fueron incluidos y en cortados en series, procurando orientar los cortes perpendicularmente a la superficie de la mucosa vesical.

El examen de los preparados obtenidos permite hacer la siguiente descripción de conjunto:

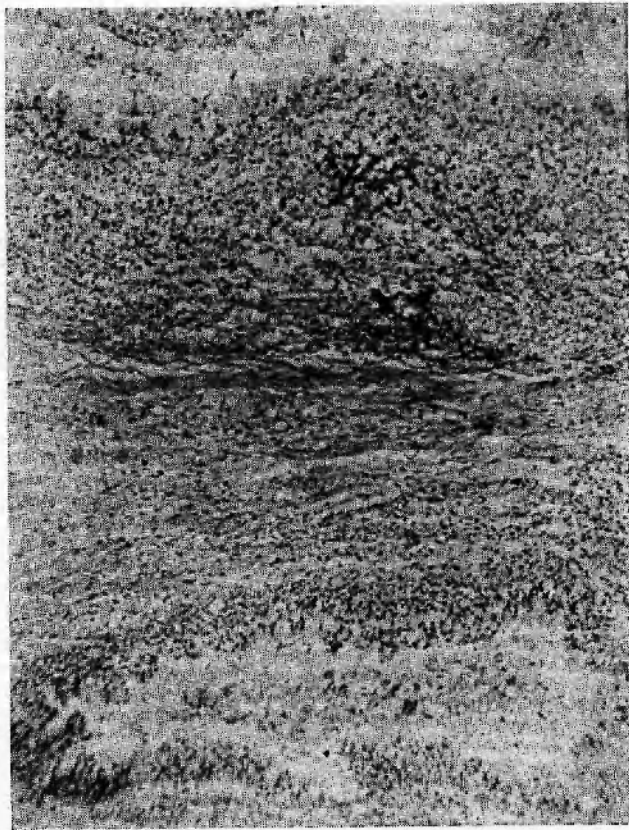


Figura 4. — 1) Epitelio vesical; 2) intenso infiltrado linfoplasmocitario; 3) cavidad pseudoglandular; 4) epitelio cilíndrico, estratificado.

En algunos lugares el revestimiento epitelial conserva su estructura normal (fig. 2, 3 y 4) observándose algunas hendeduras infundibulares tapizadas por células cilíndricas de aspecto muciparo (fig. 2).

A trechos, dicho revestimiento sufre una transformación total; lo sustituye un epitelio epidermoide, es decir que las células alargadas son reemplazadas por otras cúbicas, claras que se disponen en hileras superpuestas donde se puede distinguir una basal, un cuerpo mucoso, recubierto a veces por células aplanadas.

El epitelio sufre en algunos puntos soluciones de continuidad dejando trechos desprovistos de capa protectora (fig. 6) donde el corion escleroso se halla en contacto directo con la cavidad vesical; ulceración superficial sobre la cual es

dado observar algunos nidos celulares en proliferación (fig. 6, N° 3). Así modificada la capa mucosa con su corion forma repliegues, que seguidos en los cortes

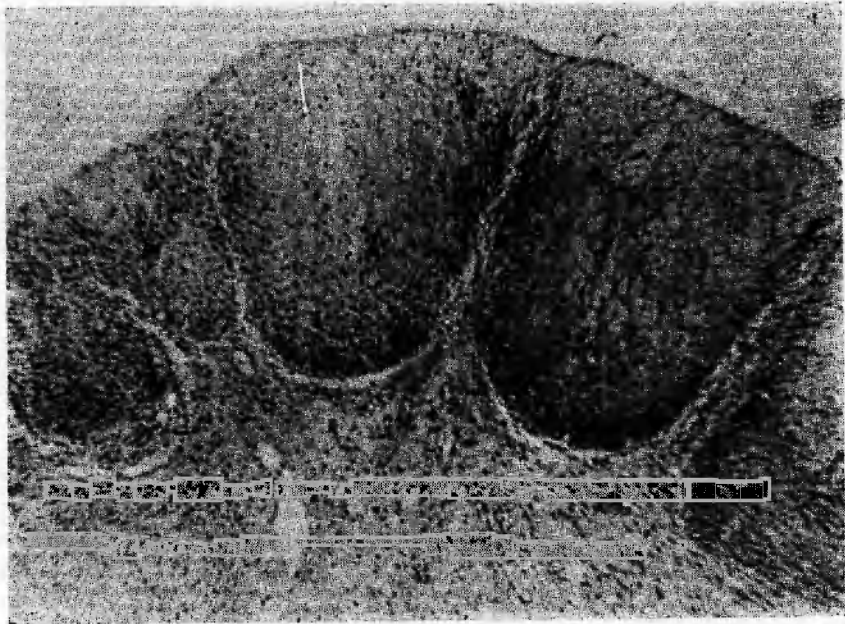


Figura 5. — Epitelio transformado en tipo pavimentoso.

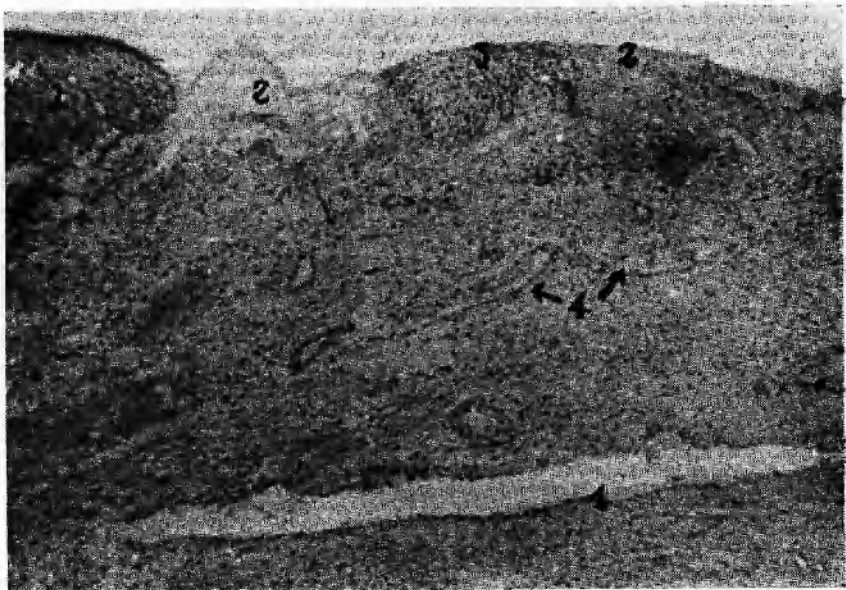


Figura 6. — Corion escleroso: 1) zona epidermoide; 2) zona ulcerada; 3) islote epitelial; 4) vasos dilatados.

seriados llegan a aparecer, según la incidencia, como cavidades pseudo-glandulares (fig. 4). El corion de la mucosa aparece profundamente alterado en todos los pre-

parados; en aquellos lugares donde el epitelio vesical conserva su estructura vecina a lo normal, existe un infiltrado linfoplasmocitario muy denso, predominando los linfocitos (fig. 2, 3 y 4). Donde el epitelio ha sufrido la metaplasia epidermoide, el corion es francamente escleroso, se trata de un tejido colageno denso que en algunos puntos, como ya dijimos, se pone en contacto directo con el reservorio urinario, por la desaparición del epitelio (fig. 6).

Los vasos sanguíneos y linfáticos se hallan todos dilatados, llegando en

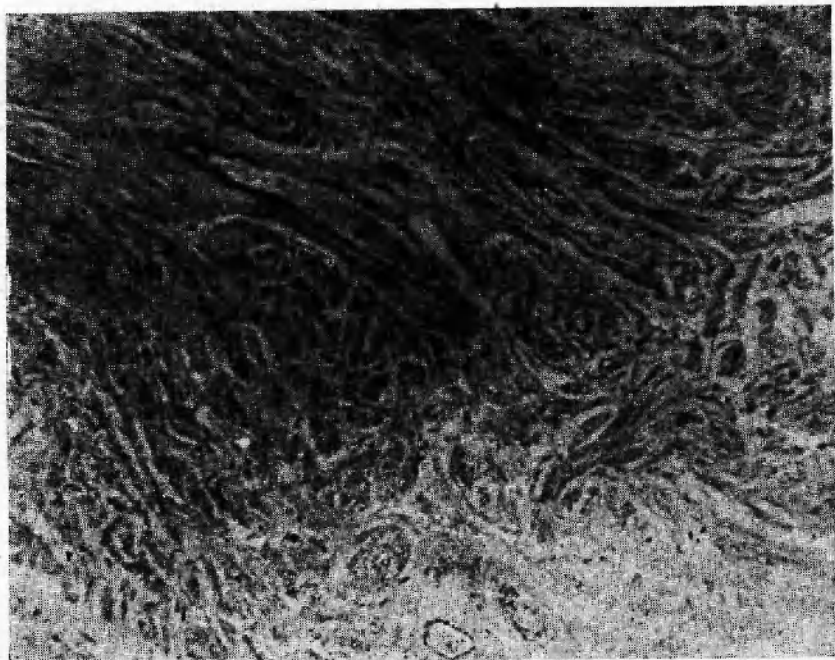


Figura 7. — Plano muscular, se observan haces entrecruzados y vasos sanguíneos dilatados.

algunos puntos a formar un tejido de tipo angiomatoide (fig. 3). Debajo del corion se observan fibras musculares, entre cuyos haces existen vasos dilatados: las fibras toman mal los colorantes y algunas presentan degeneración hialina (fig. 7). El edema se halla presente en todas las capas observadas.

RESUMEN:

Mucosa vesical con zonas de epitelio pavimentoso engrosado, con partes ulceradas, proliferación que llega a constituir hendiduras pseudo-glandulares, infiltrado denso linfoplasmocitario y esclerosis del corion; congestión y edema de todas las capas de la vejiga.

DISCUSION

Dr. Llanos. — Hemos tenido oportunidad de observar en el Hospital Centenario un caso de una chica de 11 años que ingresó con una distensión vesical muy marcada, con una infección y no hubo funcionalismo renal demostrado con la presencia de gran cantidad de úreas en sangre. Se le puso una sonda permanente; la chica mejoró notablemente, pero se le indicó a la familia que había que extirpar el cuello vesical, porque era el causante de su enfermedad. La familia rehusó la operación, la llevaron a su casa y después de 2 ó 3 meses la chica volvió a ingresar en último estado urémico, falleciendo al día siguiente.
