

Por los Doctores

JOSE S. DOTTA y
TOMAS DELPORTE

RUPTURA DE COLUMNA VESICAL

HEMOS tenido oportunidad de observar en dos ocasiones enfermos con hematurias, cuya causa era debida a la rotura espontánea de una columna vesical, y dada la extraordinaria rareza de estas observaciones, es que nos ha parecido de interés presentarlas a esta Sociedad.

Nuestra búsqueda bibliográfica ha sido infructuosa, tanto en las revistas nacionales como extranjeras, y creemos que las nuestras son las únicas observaciones que se han publicado al respecto.

He aquí las historias clínicas:

Caso N° 1. — L. F., argentino, 54 años, jornalero. — H. C. T. 111 N° 12 Hospital Italiano. Fecha de ingreso: 4-11-39.

Antecedentes personales. — Sólo es digno de mención una lesión ulcerosa en el glande hace unos 20 años. Regular bebedor. Buen fumador.

Enfermedad actual. — Hace año y medio sufre un fuerte traumatismo directo sobre la región hipogástrica a raíz del cual tiene una gran hematuria, que trata con medicación casera, desapareciendo a los 4 - 5 días. Se repite unos meses después, con caracteres de hematuria total, espontánea, de poca intensidad, la que trata como anteriormente. Como sintoma prodrómico, manifiesta sentir una sensación de calor, que iniciándose en fosa lumbar derecha, se dirige hacia la vejiga, con sensación de plenitud en el hipogastrio. La hematuria no tiene relación con el trabajo ni el reposo; es caprichosa, abundante y total. No acusa dolores, ni polaquiuria, ni ardores.

Estado actual. — Regular estado de nutrición. Presión Arterial: Mx.: 15; Mn.: 7.

Corazón: frémito en base, soplo sistólico en los cuatro focos, más acentuado en foco aórtico. Doble soplo tricuspídeo. Riñón der. se palpa descendido, de caracteres normales. Riñón izquierdo, no se palpa.

El resto del examen clínico es negativo.

Cistoscopia. — Capacidad normal, mucosa vesical con vascularización discretamente aumentada, columnas y celdas marcadas. O.O.U.U. de aspecto, forma

y eyaculación normal. A las 9 hs., algo por encima y afuera del O.U.D., se observa un coágulo adherido a la pared vesical y de cuya base se desprende un hilo de sangre.

Dosaje de Urea en Sangre: 0.27 grs. por mil.

Recuento Globular: Gl. Rojos: 4.200.000; Gl. Blancos: 6.800.

Tratamiento: Coaguleno, calcio endovenoso, reposo y bolsa de hielo.

Cistoscopia. — Practicada dos días después, continuando la hematuria. En la zona donde se hallaba adherido el coágulo, visto en la cistoscopia anterior y que ya no existe, se observa nítidamente una columna vesical interrumpida en su continuidad, como si fuera partida, y donde se constata la pérdida de sangre. Se practica una electrocoagulación de la zona sangrante, cesando la hematuria.

Reacción de Wassermann (previa reactivación). — Negativa.

Pielografía Ascendente. — Cálices y pelvis de aspecto normal en ambos lados; discreta acodadura del uréter lumbar izquierdo.

Inoculación al cobayo de las orinas de cada riñón (por vía subcutánea y por el procedimiento de Ninni). — Resultado negativo.

Investigación directa del bacilo de Koch. — Negativa.

Evolución. — Habiéndose repetido la hematuria en dos ocasiones más, se hace nueva electrocoagulación de la zona.

Alta. — El 23-12-39. Sus hematurias no habiéndose repetido más hasta la fecha se lo cita para cistoscopia de control.

Reingreso. — El 23-4-40. Desde hace varios días, ha reaparecido la hematuria con los mismos caracteres que los descriptos anteriormente, por cuyo motivo se interna.

Cistoscopia. — (24-IV-40). Columnas y celdas en abundancia. A las 9 hs. y por encima del O.U.D. en la zona donde había existido la ruptura de columna y que había sido cauterizada, se observa una pequeña lesión ulcerosa y del tamaño de un grano de arroz, de donde brota un hilo de sangre.

A raíz de que el tratamiento instituido anteriormente no había dado el resultado esperado, se propone una intervención a cielo abierto, cosa que acepta el paciente.

Operación. — (29-IV-40). Anestesia raquídea. Cistostomía. Se reseca a tijera la porción de vejiga correspondiente a la lesión ulcerosa. Se sutura los bordes de la herida con catgut 00. Cierre parcial de vejiga y sonda Pezzer. Pequeño drenaje en Retzius. Cierre de la pared por planos.

Postoperatorio. — Sin anormalidades.

Examen histopatológico del tejido extraído. — Tejido de aspecto necrótico con hemorragias. Lesión inflamatoria crónica no específica. (Dr. G. Fontana)

Alta. — El 21-V-40 el paciente es dado de alta, curado, aconsejándole nos vuelva a ver periódicamente.

El 20 de noviembre ppdo. concurre a instancias nuestras al consultorio del hospital y le practicamos una cistoscopia: la zona operada es imposible localizarla, pues la cicatrización es perfecta por otra parte el enfermo no ha tenido más hematurias ni trastornos vesicales de ninguna clase.

Caso Nº 2. — J. S. 39 años. Soltero. Español. Empleado. — Arch. priv.: H. Cl. Nº 41-2, 13-VIII-40.

Antecedentes personales. — Estrechez uretral congénita, por la que se ha dilatado periódicamente. Hemorragia a los 22 años sin complicaciones. Apéndicectomía hace un año. Estos últimos días ha tenido una colitis mucomembranosa, de la que actualmente está mejorado. No es bebedor ni fumador; no es constipado.

Enfermedad actual. — Refiere el paciente que hace año y medio, ha tenido una hematuria, según él total, espontánea, sin dolores y que aparece en una sola micción. A los 6 meses, esta hematuria se repite con iguales caracteres. En el día de la consulta, a las 11 hs., reaparece la hematuria sin dolores previos, de la misma intensidad al principio y al final de la micción y que aumenta en intensidad en las micciones siguientes.

Hace notar el enfermo, que antes de observar su hematuria, ya la presiente, pues experimenta una sensación particular, difícil de describir y que él compara a una sensación de "movimientos o contracciones que corren" a nivel del hipogastrio y que ya había experimentado en ocasión de las hematurias anteriores. No acusa trastornos de polaquiuria ni de disuria.

Estado actual. — Enfermo en buen estado general. Tensión arterial Mx.: 15; Mn.: $7\frac{1}{2}$. Corazón y pulmones, nada de anormal.

Riñones no se palpan. Puntos renales y ureterales indoloros. Organos genitales nada de anormal. Uretra: pasa un explorador olivar Nº 20 constatándose algunas zonas de resistencia en uretra anterior al retirar el explorador.

Próstata: al tacto rectal muy discretamente aumentada de tamaño en sus dos lóbulos laterales.

Orina. — La hematuria es franca e igualmente intensa en ambas copas.

Cistoscopia. — Capacidad e irritabilidad normal. A nivel del cuello, discreta deformación de tipo adenomatosa a ambos lados. Columnas y celdas marcadas. A las 9 hs., por encima y por dentro del O.U.D., se observa una lesión ulcerosa del tamaño de una arveja, que interrumpe la continuidad de una columna vesical pronunciada y de la que se ve manar un hilo de sangre. Esta lesión está recubierta de algunas pseudomembranas de fibrina. O.O.U.U. de caracteres normales con eyaculaciones normales en aspecto y ritmo.

Tratamiento. — Calcio, ergotina, Arhemapectol, reposo y bolsa de hielo.

Análisis de orina. — Abundantes hematies, no hay pus.

Evolución. — Como la hematuria no cede se aconseja al enfermo la electrocoagulación de la zona sangrante.

16-VIII-40. Previa anestesia local de uretra y vejiga con Pantocaína, se practica una electrocoagulación endoscópica de la zona ulcerada. Después de efectuada esta maniobra, cede inmediatamente la hematuria.

24-VIII-40. Visto el paciente, manifiesta que la hematuria ha cedido y que solo presenta algunos fenómenos de cistitis (debidos a la electrocoagulación) y algunas descamaciones en orina.

17-IX-40. No ha vuelto a aparecer la hematuria y han desaparecido los trastornos vesicales. Hace 15 días dice haber eliminado una pequeña costrita. A la cistoscopia se constata en la zona cauterizada una pequeña pérdida de substancia de bordes irregulares y de fondo blanquecino. Se aconseja nueva cauterización, la que se lleva a cabo el:

19-IX-40. Previa instilación de Pantocaína en uretra y vejiga se electrocoagula nuevamente la lesión.

8-I-41. El enfermo concurre de nuevo a la consulta, manifestando que esa mañana, realizando su trabajo habitual, experimenta los mismos fenómenos prodrómicos que él describió anteriormente, razón por la cual va a orinar, notando sus orinas hemáticas, motivo de su visita. Aceptada de inmediato la terapéutica se le practica nuevamente una electrocoagulación endoscópica (previa instilación vesical de col. de Pantocaína al 1 por ciento) de la zona lesionada. La lesión se observa de un tamaño más reducido en superficie, pero dando la impresión de ser más profunda. Luego sonda uretral permanente durante diez días.

2-IV-41. Citado el paciente manifiesta no haber tenido más hematurias, teniendo micciones normales. A la cistoscopia se comprueba la cicatrización de la lesión.

CONSIDERACIONES

Como es lógico suponer, hemos agotado los recursos tendientes a despistar un origen distinto al supuesto por nosotros de estas hematurias.

Si bien cistoscópicamente veíamos fluir la sangre de una zona de vejiga, alejada de los orificios ureterales, no por eso excluíamos la posibilidad de tratarse de una ulceración específica o no.

En ocasión de observar el primer caso, practicamos pielografías, exámenes bacterioscópicos de orina total y por separado, inoculación al cobayo de orina, por vía subcutánea e intraganglionar por el procedimiento de Ninni, reacción de Wassermann previa reactivación, y todas ellas nos dieron resultados negativos.

Por otra parte, los enfermos no presentaban los síntomas subjetivos propios a las lesiones ulcerosas de vejiga, de cualquier índole.

Sabemos muy bien que las lesiones ulcerosas de vejiga, sean ellas tuberculosas o sifilíticas, van acompañadas por un cuadro cistítico intenso, y más aún las úlceras de Hunner, que llegan a producir trastornos vesicales tan violentos que alteran intensamente el estado general del paciente. Además a la cistoscopia el aspecto de la lesión es más o menos característico.

La ulceración tuberculosa es de dimensiones variables, presenta sus bordes irregularmente, recortados, festoneados, despegados, llegando hasta formar pequeños colgajos de coloración rosada, puede tener depósitos necróticos o pequeños coágulos en su superficie; por fuera de la ulceración la mucosa se muestra enrojecida en una zona bastante limitada.

La úlcera sífilítica se presenta más o menos elevada sobre un área de mucosa edematosa y congestiva, de bordes bien definidos, cortados a pico y rígidos, con un fondo grisáceo cubierto de restos necróticos o hemorrágicos. Estas úlceras son habitualmente múltiples y agrupadas en racimos y se hallan situadas generalmente en las proximidades de uno o ambos orificios ureterales.

La úlcera de Hunner o fibrosis submucosa localizada es más frecuente en la mujer, aparece habitualmente en las partes móviles de la vejiga y se caracteriza por pequeñas exulceraciones de dimensiones variables, únicas o múltiples de área intensamente roja, circunscripta, con dilatación vascular periférica; puede presentarse más adelante como una verdadera ulceración, profunda, granulante, de bordes duros, con edema e hiperhemia periférico, y con la mucosa vesical en forma de pliegues radiados que parten de ella, que sangra fácilmente y es muy sensible al menor contacto.

En cambio nuestros enfermos presentaban al examen endoscópico una lesión bien nítida, delimitada en su zona anfractuosa por bordes bien marcados, como si fuera una separación de fragmentos, con zonas periféricas completamente normales, sin edema ni congestión, de superficie sangrante, con algunas pequeñas pseudomembranas blanquecinas cubriéndola en partes.

Además estos enfermos no tenían en ese momento, ni antes, ningún trastorno vesical ni miccional; nada de polaquiuria, ni disuria, ni ardores, ni pus en la orina.

No creemos pues que haya dudas respecto al diagnóstico por nosotros sentados, dado que la hematuria que presentaban estos enfermos no podía ser imputada a ninguna de las causas habituales, renales o vesicales, capaces de producirlas.

Queda en pie ahora explicar el mecanismo de la ruptura.

En el segundo caso, tenemos el antecedente de la estrechez congénita, causa lógica de la existencia de las columnas. Es un

enfermo que uno de nosotros lo asiste desde hace varios años, dilatándosele periódicamente su uretra, habiendo constatado en muchas ocasiones espasmos uretrales intensos que impedían la introducción de cualquier sonda.

Posiblemente los síntomas prodrómicos que el enfermo dice sentir serían debidos a contracciones clónicas de la vejiga, consecutivas a un espasmo uretral, pues las veces que este enfermo tuvo estos síntomas y la hematuria los sucedió, fué estando con vejiga ocupada. La lucha de la vejiga contra el obstáculo provocaría el desgarramiento de la columna vesical, pues ellas como sabemos, no son más que fascículos musculares de la capa plexiforme, que al tener que realizar contracciones enérgicas, pueden desgarrarse.

Pero en nuestra primera observación, no hemos podido descubrir la existencia de ningún obstáculo mecánico a la libre emisión de la orina (estrechez uretral, esclerosis del cuello vesical, adenoma prostático, etc.) razón por la cual no podemos invocar este mecanismo como causante de la ruptura.

La existencia de un traumatismo anterior, acompañado de hematuria, que se repite en otras ocasiones, podría orientar en este sentido nuestras deducciones.

El tratamiento que instituimos, nos pareció que era el más apropiado, pues electrocoagulando la lesión, pensamos que cicatrizaría rápidamente. Pero no sucedió así y al repetirse en otras ocasiones la hematuria, en el primer caso, nos resolvimos por la pequeña cistectomía parcial como recurso definitivo. La curación después de ella fué completa y el enfermo visto hace poco tiempo se conserva en excelente condiciones. En el segundo caso también se reprodujeron las hematurias, pese a las electrocoagulaciones repetidas y amplias. Pero, pensando en que la operación representa un recurso desproporcionado en relación al motivo, se nos ocurrió poner sonda uretral a permanencia durante unos días, con el objeto de que la cicatrización se hiciera con la vejiga en reposo para que ella fuera perfecta. Y felizmente así sucedió, pues hasta la fecha el enfermo no ha repetido las hematurias y la lesión aparentemente está curada, según hemos podido constatar en una cistoscopia recientemente practicada.

DISCUSION

Dr. Isnardi. — Deseo manifestar mi extrañeza por este diagnóstico que me parece un tanto extraordinario. Primeramente, una ruptura parcial de un fascículo de la vejiga, se produce siempre en los puntos más débiles de la vejiga y no sobre la columna, que es el punto más resistente. En segundo lugar, la ruptura intersticial de un fascículo muscular no produce hemorragia, ni aún en fascículos musculares grandes. Y en tercer lugar, admitiendo la ruptura de un fascículo muscular, no hubiéramos tenido la hemorragia franca en la vejiga.

Por lo tanto, me parece poco admisible esta explicación patológica de la hematuria de este enfermo y más bien me inclino a pensar que se pudo haber tratado de una várice o de un vaso superficial de la vejiga que se hubiera ulcerado.

Dr. Dotta. — La misma extrañeza que produjo al Dr. Isnardi nuestros diagnósticos, nos produjo a nosotros mismos. Hicimos investigaciones de toda índole y sobre todo, cistoscopías minuciosas para determinar este punto. Hemos dicho ya que la zona periférica o que rodea a la lesión era una zona completamente sana y normal; no había várice, ni congestión ni edema.

Ahora, al hacer el estudio del mecanismo con que se pudo haber producido la ruptura, lógicamente, no me atrevo a afirmar que sea una ruptura producida por una contracción muscular.

Por otra parte, en esa zona de vejiga, en la parte correspondiente a las columnas vesicales, la mucosa está adherida totalmente, de manera que podía ser ése el motivo para que la hemorragia se haya producido hacia la vejiga y no hacia la capa submucosa. No tenía características de ser una úlcera simple, ni tuberculosa ni específica. No observamos várices, como lógicamente pensamos en un primer momento ni pequeñas formaciones papilomatosas. El examen histopatológico las excluía por completo.

Trajimos esta comunicación al seno de la Sociedad para despertar una discusión al respecto. No hacemos más que traer nuestra opinión y nos halaga y nos interesa que nuestros colegas aporten su opinión.