

Serv. de Urología del Hosp. Marcelino Freyre,
a cargo del Prof. Adj. Dr. Ricardo Ercole

AGENESIA SACRO-COXIGEA E INCONTINENCIA DE ORINA

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Desde que en el año 1885 Litzmann publicara el primer caso clínico de Agenesia Sacro-coxígea, se han referido muy escasas observaciones de esta malformación del esqueleto, pues hasta el año 1931, Rocher y Roudil reúnen apenas 25 observaciones de la literatura, a las que deben agregarse sus 6 casos personales. Después de entonces son muy contadas las publicaciones al respecto, pudiendo citar en nuestro país la observación de Díaz Lira, presentada a la Sociedad Argentina de Cirugía Ortopédica en el año 1938. Merece una mención especial el trabajo muy documentado de Bruno Valentin, publicado en la Revista Brasileira de Ortopedia y Traumatología en el año 1940, donde puede consultarse toda la bibliografía sobre el tema.

Nuestra observación clínica es la siguiente:

Maria C. C., de 31 años, argentina, soltera. Enferma que debemos a la gentileza del Prof. Figueroa Casas. Esta paciente nos consulta por primera vez el 3 de septiembre de 1940.

A. H. Sin importancia. Todos sus hermanos son sanos y bien conformados. Padres sanos.

A. P. Escarlatina a los 10 años. Le han extirpado las amígdalas. Menstruaciones irregulares, dolorosas, de ritmo 3/4. Es constipada.

Enfermedad actual: Desde chica pierde sus orinas en la cama, pero además tiene incontinencia diurna. Con el esfuerzo, la tos o la risa tiene incontinencia, pero otras veces sus pérdidas de orina se hacen espontáneamente sin ningún factor que la condicione y aunque nota el momento en que su pérdida se produce, no tiene capacidad para retenerla. Por este motivo debe usar permanentemente un paño, para recoger así sus orinas.

He hecho los más variados tratamientos médicos con los más variados profesionales, ya que su posición económica se lo permite e inclusive en una oportunidad dice que le efectuaron inyecciones epidurales. Finalmente y por indicación del Prof. Figueroa Casas efectúa por primera vez una radiografía de columna lumbo-sacra que pone de manifiesto su anomalía de columna y orienta definitivamente sobre la causa de su incontinencia.

Estado actual: Enferma bien constituida, no llamando nada la atención en su aspecto

somático. El examen general es negativo. Examen neurológico negativo: reflejos conservados: sensibilidad normal. El examen de la región sacra no pone en evidencia a la inspección alteraciones en su morfología y solamente la palpación pone de manifiesto la ausencia de las últimas piezas sacras y del coxis. La región glútea también tiene su morfología conservada.

Abdomen blando, depresible, indoloro. Su palpación profunda es negativa. Riñones no se palpan. Meato uretral de aspecto normal. Vejiga: capacidad, tono y contractilidad conservadas. Cistoscopia: mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales bien implantados. Cuello vesical poco marcado. Genitales externos de aspecto normal.

Exploración radiográfica: Radiografía directa de columna lumbo-sacra: en la radiografía de frente se visualizan las vértebras lumbares de aspecto y conformación normales. Su

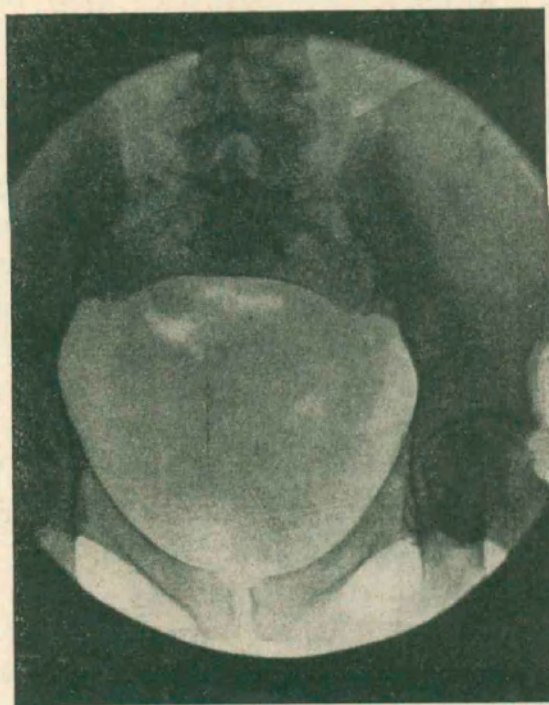


Figura 1

Radiografía de columna lumbo-sacra de frente: Se observa únicamente la primera vértebra sacra, que forma la base del sacro, con la articulación sacro-iliaca y sacro-lumbar conservadas. I^a y II^a vértebras lumbares de aspecto y de conformación normales.

observa únicamente la primera vértebra sacra, que forma la base de dicho hueso, faltando las restantes piezas sacras y el coxis. Articulación sacro-iliaca conservada, lo mismo que la articulación lumbo-sacra. En la radiografía de perfil se repite la ausencia de las últimas piezas sacras.

Urograma por excreción: cavidades renales de aspecto y conformación normales. Buena eliminación del líquido de contraste.

Tratamiento: A título de prueba se decide efectuar inyecciones de suero fisiológico alrededor del cuello de la vejiga de acuerdo con la técnica de Cahier. Con una semana de intervalo cada-vez, se efectúan 5 inyecciones de 100 cc. de suero fisiológico, la última el 5 de

octubre de 1940. A raíz de cada inyección la enferma experimenta una franca mejoría, pero poco a poco su incontinencia diurna y nocturna se repite, aunque nunca con la misma intensidad y frecuencia que presentaba antes de su tratamiento. En estas condiciones se decide la electrocoagulación endoscópica del cuello vesical.

Operación: 9 de abril de 1941. Morfina previa y anestesia por contacto con solución de percaína. Con el uretro-cistoscopio de Brown-Buerger se efectúa la electro-coagulación del cuello en tres puntos, a las 4, 8 y 12 horas. Sonda uretral a permanencia durante tres días.

P. O. a los tres días se saca la sonda y desde este momento la enferma no vuelve a tener pérdidas de orina. Al principio se instala una cistitis intensa con orinas turbias, que cede a



Figura 2
Radiografía de perfil. Se confirma la ausencia del coxis y de las últimas piezas sacras.

un tratamiento de reposo y sulfamidas. Hemos continuado la observación de esta enferma hasta la fecha, continuando con sus micciones normales y sin que se haya repetido su incontinencia.

Roiher y Roodil hacen la siguiente clasificación de las Agenesias Sacro-coxígeas:

- 1.—Agenesia Sacro-coxígea total.
- 2.—Agenesia sacro-coxígea sub-total.
- 3.—Dismorfosis parcial de las vértebras sacras.
- 4.—Agenesia total o parcial de las vértebras coxígeas.

Nuestra observación pertenece al segundo grupo vale decir, a las Agenesias sub-totales. Corresponde este tipo al estudiado por Achard, Foix y Mouson, presentando los siguientes síntomas: Atrofia de las nalgas y de los músculos de la pierna, con los muslos normales; artofia de la cintura pelviana y finalmente, incontinencia de orina y a menudo de materias fécales, síntomas estos últimos que se aminoran con la edad. Por ello se ha denominado a este síndrome por agenesia sacro-coxígea, distrofia cruro-vésico-glútea, que suele acompañarse de pie bot o luxación de la cadera. El diagnóstico no ofrece en general dificultades: la cresta sacra se percibe en su origen, pero se detiene a 3 o 4 traveses de dedo por encima del ano, permitiendo el tacto rectal confirmar la ausencia del segmento sacro-coxígeo. Finalmente, una radiografía pone gráficamente en evidencia la anomalía en cuestión.

En nuestra enferma, la Agenesia sacro-coxígea se exteriorizaba tan sólo por su incontinencia de orina y su anomalía vertebral pasó desapercibida al examen médico hasta los treinta años, en que es descubierta al través de una radiografía.

Incluimos este caso dentro del grupo de las incontinencias por alteración en el mecanismo esfinteriano vésico-uretral, de acuerdo con el criterio que nos ha llevado a esbozar una clasificación fisio-patológica de las incontinencias de orina.

Estamos convencidos que cuando el trastorno en la estática perineal no es grosero, la recomposición parcial del mecanismo de oclusión vesical puede curar a la paciente, aunque la lesión originaria sea, como en este caso, de origen nervioso. Por este motivo hemos efectuado a nuestra paciente la electrocoagulación endoscópica del cuello vesical, con el resultado que se ha visto. Conocemos algunas intervenciones que se han efectuado en anomalías de este tipo sobre el raquis con el objeto de liberar a las raíces de la cola de caballo del proceso cicatricial, pero la gravedad de la intervención y lo incierto de los resultados que con ella se obtienen, hacen que no puedan entrar a considerarse frente al tratamiento que proponemos.
