

CISTITIS INCRUSTADA EN UNA MIELITIS TRANSVERSA

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

La relativa frecuencia en la concomitancia de lesiones medulares y afecciones vesiculares erróneamente atribuidas a las primeras y pasibles de reconocerse mediante un examen endoscópico detenido, obliga a presentar esta nueva observación muy demostrativa, por cierto.

La vejiga medular o neuropática, cord bladder de los americanos, ha sido motivo de numerosos estudios en los últimos tiempos, como resultado de los traumatismos de guerra, habiéndose creado hasta departamentos especiales, dentro de los Servicios de Urología, para su mejor examen y tratamiento, habiendo en asistencia en los Hospitales de la Armada de los E. Unidos alrededor de 1.400 casos durante el mes de octubre de 1945

Es frecuente observar trastornos vesicales (retención, incontinencia, disuria, etc.) en las afecciones traumáticas, infecciosas o tumorales de la médula directamente imputable a ellas y que mejoran o curan clínicamente, al cabo de un tiempo, cuando la vejiga consigue recuperar su automatismo, en las lesiones altas o es evacuada mediante la colaboración del diafragma, los músculos del abdomen y la presión manual realizada por el mismo paciente.

La resección endoscópica única o múltiple del cuello vesical hipertónico o esclerosado secundariamente por el estado de contracción permanente, ha permitido obtener resultados funcionales inesperados en los casos de vejiga neuropática crónica.

La estrecha colaboración del neurólogo, ortopedista y urólogo es sumamente necesaria para lograr un resultado satisfactorio y que ha sido motivo de numerosos trabajos en el extranjero y de escasas observaciones en nuestro país, destacándose entre ellos uno de los últimos trabajos del Dr. Ercole.

Sin embargo, en ocasiones raras por cierto, pero innegables el trastorno uri-

nario, retención, incontinencia, etc., puede instalarse en una vejiga neuropática que recuperó o no su automatismo, como enfermedad concomitante, *agregada* a la primitiva y secundaria o no a ésta (cistitis, litiasis vesical, papiloma, carcinoma etc.) pasible, sin embargo de ser tratada con éxito y *responsable de los trastornos que presenta en la actualidad el enfermo*. Este es precisamente nuestro caso.

Se trata de J. C., polaca, de 36 años de edad, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, quien hace 2 $\frac{1}{2}$ años a raíz de un proceso infeccioso de causa indefinida, contrajo una *mielitis transversa*, a la altura de la 1ª lumbar aproximadamente. Con motivo de esta complicación presentó una *paraplejía marcada con retención en los primeros tiempos, seguida de incontinencia*. A esta incontinencia completa, se le agregó posteriormente, un *discreto dolor espontáneo* en el hipogastrio exacerbado con la presión, que nos llamó la atención (¿cistitis concomitante?) por tratarse de una vejiga medular.

En virtud de su paraplejía debe ser acompañada por otra persona para poder deambular.

En estas condiciones se presenta a nuestro Servicio del Hospital Fiorito hace 7 meses, aproximadamente (Noviembre de 1946).

Al examen físico constatamos como datos positivos: *marcada hipotonía muscular de los miembros inferiores; franca disminución de los reflejos tendinosos*, eritema vulvar y crural por la pérdida continua de la orina, presentando ésta un fuerte olor a "agua panada", de las viejas (pan quemado al carbón y puesto en agua fría) *que estimamos característico de las cistitis incrustadas y que es relativamente fácil de reconocer si los colegas se habitúan a oler sistemáticamente las orinas turbias*, como lo hacemos nosotros. Este olor podría confundirse con el de las orinas neoplásicas vesicales, pero este último es más intenso y nauseabundo, como todos nosotros lo sabemos y sumamente penetrante en las formas avanzadas, por la intensa fermentación amoniacal y la presencia de pequeños grumos de esfacelo tisular.

Otro detalle que nos llamó la atención por tratarse de una vejiga neuropática, fué el intenso dolor que acusó la enferma al practicársele el sondaje exploratorio, índice indudable de un proceso sobreagregado.

Los exámenes de laboratorio acusaban: una abundante piuria con hematías y albuminuria; un recuento sanguíneo normal y una urea en suero de 0,32 gr. Las reacciones de Wassermann y Khan en sangre, era negativa.

Le indicamos sulfatiazol e instilaciones de nitrato de plata al 1 %, para mejorar su vejiga. Después de 10 curaciones, que aclararon ligeramente sus orinas, pero no la incontinencia, le practicamos la primera cistoscopia. La distensión fuy muy dolorosa en esa oportunidad y la vejiga de una capacidad de 80 c.c., mostraba abundantes lesiones *vegetantes y blanquecinas*, que ocupaban la pared lateral izquierda y el trígono, como podrá reconocerse en la cistografía de la urografía excretoria. En virtud de la reducida capacidad vesical esas formaciones ocupaban prácticamente todo el campo cistoscópico, no siendo posible precisar otros datos relacionados con el resto de la mucosa.

Ante esta imagen cistoscópica, pensamos primeramente en una cistitis incrustada ("olor a agua panada") una neoplasia o una tuberculosis pseudopoliposa e incrustada sobreagregada. Insistimos en el tratamiento local y sulfamídico con el propósito de mejorar las lesiones.

La segunda cistoscopia practicada 1 mes después en buenas condiciones locales permitió establecer el diagnóstico de *cistitis incrustada*.

La electrocoagulación realizada días después bajo anestesia raquídea, hizo desaparecer total-

mente la persistente incontinencia, devolviéndole en parte la felicidad a esta pobre enferma.

Debemos agregar que la última cistoscopia practicada hace 8 días, y 2 meses después de la electrocoagulación, permitió observar todavía la existencia de algunas lesiones de cistitis incrustada, que tratamos exclusivamente con altas dosis de penicilina, 50.000 u. cada 3 horas (2.000.000) de acuerdo con el criterio esbozado en esta Sociedad por el Dr. García el año pasado.

Con esta terapéutica mejoró aún más el aspecto de las orinas y la mucosa vesical, habiéndose reducido en parte el tamaño de las lesiones, así como *aclarado su tinte: más blanco y brillante*, detalle que nos llamó la atención, pero sin desaparecer totalmente.

Esperamos eliminarlas con una buena electrocoagulación.

La enferma en la actualidad orina cada 3 ó 4 horas con unas discretas molestias y *sin la menor incontinencia*.

De este breve relato podemos extraer una conclusión de indudable valor clínico y terapéutico sobre: *la necesidad y hasta la obligación diríamos del urólogo de realizar sistemáticamente el examen cistoscópico satisfactorio vale decir con buena capacidad, de todo enfermo neuropático, sin distinción de afección, que presente trastornos urinarios.*

No pocas sorpresas y muchas posibilidades de éxito, se presentarán siguiendo este acertado criterio.

DISCUSIÓN

Dr. Irazu. — *Le preguntaría al Dr. Bernardi si hizo control del Ph urinario y en caso, qué Ph existía.*

Dr. Bernardi. — *No se hizo.*

Dr. Irazu. — *¿Se hizo tratamiento modificadorio acidificante?*

Dr. Bernardi. — *No se ensayó el tratamiento acidificante a base de ácido fosfórico, etc. porque consideramos que a nosotros no nos ha dado el resultado exitoso que han obtenido otros autores. Consideramos que es un tratamiento largo y engorroso y que ha sido más satisfactorio la electrocoagulación.*

La electrocoagulación nos ha dado brillantes resultados en casos de cistitis incrustadas a consecuencia de adenomectomías. Intentamos ensayar el tratamiento de que nos habló a la ligera el Dr. García. El nos dijo que había tenido buen resultado con la penicilina a altas dosis, pero como no especificó la cantidad que suministraba, nos quedamos en la duda. Como habitualmente hemos 30.000 unidades cada 3 horas, hicimos 50.000 en el mismo lapso y llegamos a inyectar dos millones de unidades. Hicimos ese tratamiento durante 12 ó 13 días. Las lesiones de cistitis difusas concomitantes agregadas a las incrustaciones mejoraron y llamó la atención de que se hubiera limpiado los depósitos calcáreos, pero no tuvimos un resultado absoluto.

La enferma mejoró en forma casi total con la electrocoagulación, pero todavía subsisten lesiones lo que quiere decir, que la penicilina en dosis de dos millones de unidades no nos ha dado el resultado de que hablan los autores. Quizá se necesiten mayores dosis.

Dr. Schiappapietra. — Nosotros hemos observado que las cistitis incrustadas coinciden siempre con una reacción alcalina de la orina. La dificultad radica en cambiar el tono de las orinas.

Hemos ensayado todos los tratamientos en boga y hemos llegado a las irrigaciones continuadas con solución G. Si la solución G tiene que dar algún resultado, y hemos hecho irrigaciones continuadas con esa solución en la pelvis renal y divertículos vesicales, tendría que ser precisamente en la cistitis incrustada.

En ocasiones, hemos observado que la cistitis incrustada y los fenómenos vesicales se modifican favorablemente con la solución G, si los fenómenos dolorosos de la vejiga lo toleran. A pesar de que a veces sedamos al enfermo, aun con infiltración de novocaína a través de la vagina y tratamiento sedante y dopante en todo sentido, para que tolere la acción local continuada de la solución G, si bien algunas de esas vejigas han mejorado, al suspenderse la administración de la solución G, por lo general, vuelven a producirse otra vez los mismos fenómenos.

Hay que insistir con la medicación de orden general y lo que nos ha dado más resultado ha sido el neo-salvarsán. Lo usamos desde hace mucho, desde que, un colega que tenía un tumor de vejiga con fenómenos inflamatorios, mejoró tanto que nos dió la impresión de que iba a la curación. No fué más que la acción benéfica del neo-salvarsán al acidificar la orina, tópico que ha sido bien estudiado, entre otros por el Profesor Castaño.

Lo que nos ha dado mejor resultado para limpiar la orina séptica con orinas alcalinas, ha sido el neo-salvarsán.

Dr. de Surra Canard. — El Dr. Schiappapietra ha puesto al día el criterio general sobre la acción medicamentosa para el tratamiento de la cistitis incrustada.

Refiriéndose a la comunicación del Dr. Bernardi, diré que es una lástima que no haya practicado la cistometría, sobre todo tratándose de una vejiga medular. En este caso particular, hubiera sido de gran interés la cistometría seriada para valorar cuando estaba en período de incrustada la mucosa de la vejiga, para valorar la participación de la vejiga, a fin de formarse criterio sobre

el porvenir de esa vejiga neuropática que ha quedado después de su shock medular.

Dr. Irazu. — Coincide con el Dr. Schiappapietra en el sentido de que el tratamiento modificador de la alcalinidad urinaria por medio de la solución G es eficaz.

Ultimamente, hemos tenido un caso interesante en el Hospital Argerich, servicio del Dr. de Surra Canard. Se trataba de un sujeto que tenía un diagnóstico de neoplasia de vejiga. Posteriormente, se consiguió capacidad vesical y se instituyó el tratamiento de la irrigación continua. Actualmente, esa persona está curada. De modo que creo necesario insistir sobre ese tratamiento que es altamente eficaz.

Dr. Bernardi. — Dado que ahora se encuentra presente el Dr. García, yo me permitiría preguntarle en qué dosis emplea la penicilina.

Dr. García. — En los últimos tiempos, a raíz de las prostatectomías, observábamos con marcada frecuencia la formación de granulomas con incrustación de los mismos, que daban origen a un cuadro poco menos que insoponible para los enfermos, prácticamente más grave que la dolencia causal.

Empezamos a utilizar la penicilina y con gran sorpresa obtuvimos mejoría en esos granulomas, en los incrustados y en los no incrustados. Hablamos con el Dr. Ercole acerca de los resultados obtenidos y con el mismo criterio, hicimos la terapéutica de la cistitis incrustada suponiendo que existe una patogenia semejante. Si bien la etiología puede ser distinta, es probable que la patología sea semejante.

Obtuvimos excelentes resultados iniciales. Hace dos años y medio o tres que utilizamos esta terapéutica y con frecuencia, a los resultados inmediatos y brillantes, sucedió un período de calma y la reaparición de la sintomatología y de la incrustación. Sabemos que en la penicilinoterapia ha variado mucho las dosis; hoy se administran dosis infinitamente mayores que las que se utilizaban antes.

Lamento que no haya concurrido a esta reunión el Dr. Bertolasi, porque hemos tratado conjuntamente, un caso muy interesante. Hemos visto que el aumento de las dosis en la administración diaria no mejora prácticamente los resultados obtenidos con las dosis medianas. Llamamos dosis medianas a unas 200.000 unidades diarias, pero sí, en cambio, ha sido beneficiosa la prolongación de la terapéutica, al punto de que ocurre en caso todos los casos, un fenómeno perfectamente perceptible. A medida que se va acentuando la mejoría la vejiga se va limpiando y lo primero en desaparecer son las incrusta-

ciones, pero persisten las ulceraciones. Mientras subsista la ulceración en la vejiga, siempre es posible la incrustación.

En síntesis, diremos que hay que insistir con la penicilina hasta obtener, si es posible, la epitelización de las lesiones. Pequeños intervalos sin quimioterapia permiten la progresión de la cicatrización vale decir, que la administración de la penicilina no necesita ser continuada. Se pueden hacer pequeños intervalos, pero llega un momento en que, si esa cicatrización no ha sido completa, la lesión sufre una regresión, aumenta nuevamente los fenómenos inflamatorios locales y vuelven a producirse las incrustaciones.

En lo que respecta a las dosis, creemos que es más importante la prolongación del efecto de la penicilina que la administración cuantitativa de las dosis. Hay que tener al medio urinario sin la influencia que creemos debe ser bacteriana, aun cuando no podemos adelantar qué germen es el que está en juego, porque casi siempre la infección es mixta.

Lo fundamental es que el estado de asepsia relativa, sino absoluta, se mantenga, que la lesión regrese y que llegue a epitelizar. En los casos en que hemos administrado la penicilina en forma prolongada, llegando a varios millones de unidades, los resultados obtenidos en algunos meses son, al parecer, definitivos. Insistimos, pues, en la prolongación más que en el factor cuantitativo en el tiempo del efecto. A ello agregamos habitualmente Vitamina A. Creemos que puede influir como factor reepitelizador. Hemos tenido casos en que sin ninguna medicación local, desde el segundo día de la aplicación de la penicilina, hemos observado disminución de todas las molestias, aumento de la capacidad vesical y una mejoría subjetiva que al tercero o cuarto día, en algunas oportunidades, es bien manifiesta.

Vimos eliminar las incrustaciones en masa dando lugar a verdaderos cuerpos extraños, formaciones calculosas, por supuesto que sin la consistencia de tales. Hemos visto desaparecer esas incrustaciones como grumos y observar la lesiones 4 ó 5 días después de la eliminación de esos grumos.

Seguimos esa terapéutica, porque todo el mundo sabe cuán ingrato ha sido hasta ahora el tratar una cistitis incrustada.

Dr. Irazu. — Sería interesante saber cuánto tiempo dura ese tratamiento y qué cantidad aproximada de unidades hay que hacer.

Dr. García. — Habitualmente, utilizamos de 25 a 30.000 unidades cada 3 horas en la práctica hospitalaria. En la clientela privada, utilizamos dosis más altas y espaciadas: unas 250.000 unidades cada 8 horas y tratamos de mantener la terapéutica penicilínica por lo menos durante cuatro semanas. Cada 4 ó 7 días se pueden espaciar 3 ó 4, para que no se manifieste una re-

gresión inmediata de la lesión. El proceso de reparación va más allá de la interrupción del tratamiento. Entonces, no digamos que durante esas cuatro semanas el tratamiento es continuado; es discontinuo pero con espacios de discontinuidad breves.

Dr. Bernardí. — *Agradezco mucho la contribución del Dr. García a un tema tan interesante.*