

NEURECTOMIA PRESACRAL EN LAS CISTITIS DOLOROSAS

Por los Dres. D. BERRI, N. CARTELLI y C. COMOTTO

Los trabajos de diversos autores sobre la fisiología e inervación de la vejiga ha permitido formarse un concepto sobre la función de los nervios que la inervan, sirviendo esto de base a un número de intervenciones sobre el simpático cervical para el mejoramiento no solamente de los diversos trastornos funcionales de los mismos, sino también en el tratamiento del síntoma dolor, obteniéndose no solamente resultados favorables sino algunos espectaculares en los variados procesos vesicales entre otros las cistitis crónicas intersticiales y las neoplasias y gangrenas de la vejiga.

De los tres nervios que inervan la vejiga uno de ellos es el plexo-hipogástrico superior o nervio pre-sacral de Lartaget o plexo inter-iliaco el que está conectado con la cadena de ganglios sacrales.

Este nervio pasa por delante de los cuerpos vertebrales de la 4ª y 5ª lumbar entre las arterias ilíacas primitivas y por la bifurcación de la aorta, en contacto con el retro-peritoneo estando separado de la quinta lumbar por la vena ilíaca primitiva. Está formado por un tronco único o una malla plexiforme, constituido por fibras sensitivas mielínicas y células ganglionares.

Más abajo el nervio pre-sacro se divide en dos nervios hipogástricos que terminan cada uno de ellos en el ganglio hipogástrico correspondiente, situación en las caras laterales del recto. Del ganglio los filetes terminan en las capas muscular y mucosa vesical. Estos nervios transmiten por sus fibras la sensación de distensión y dolor vesical.

Davis admite que el presacro no tiene función específica pero que su extirpación mejora el síntoma dolor y que si bien este resultado no es completo, su sección hace la vida tolerable a los pacientes, que en otra

forma no tienen un momento de calma, siendo por otra parte una intervención que no ocasiona complicación seria alguna.

Nosotros nos hemos limitado en las dos observaciones que presentamos, a la resección del pre-sacro respetando los ganglios hipogástricos.

La intervención sencilla por su técnica se ha limitado a seccionar el peritoneo, investigar el pre-sacro por delante del promontorio y una vez obtenido esto resecarlo en una cierta extensión.

Pasaremos a exponer estas dos observaciones:

1ª observación. — Enfermo de 52 años, argentino, que nos consulta porque desde hace unos 25 días presenta polaquiuria diurna y nocturna (cada 1 1/2 a 2 horas) sensación dolorosa vesical durante las micciones más intensa al final de la misma y hematuria final, apareciendo también durante las micciones pequeños coagulitos. No presenta otros trastornos en el examen somático a excepción del estado de nerviosidad que le producen sus molestias vesicales.

Examinado desde el punto de vista urológico no presenta en su uretra, próstata ni órganos genitales nada digno de llamar la atención a excepción de un pequeño núcleo en cabeza de epidídimo izquierdo que duele a la palpación y que en ocasiones le produce dolor espontáneo y persistente que lo obliga a guardar reposo.

El examen cistoscópico muestra una mucosa despulida, con cuello ligeramente deformado y orificios ureterales, el derecho visible y el izquierdo oculto por una zona infiltrada que ocupa una gran parte de la paredes lateral izquierda e inferior de la vejiga, en algunos sitios de aspecto vegetante.

Se le practican secciones de electrocoagulación endoscópica en la zona vegetante y medicación sintomática especialmente para su dolor, seguida luego de aplicaciones de radioterapia profunda. Mejora el enfermo durante un mes pero después de este período el dolor del núcleo del epidídimo se hace continuo, intolerable en ocasiones y que no cede a ninguna modificación, lo que nos obliga a resecarlo, cediendo sus dolores pero persistiendo ligeras molestias en piel de la regiones escroto inguinal y muslo izquierdo.

Un mes después, comienzan nuevamente sus molestias vesicales, pero haciéndose cada vez más intensas, siendo su polaquiuria y su tenesmo de una intensidad tal que en ocasiones no cede sino con la morfina.

Se le administra toda la medicación que creemos pueda ser efectiva para sedarlo, sin ningún o muy poco resultado.

Un nuevo examen cistoscópico hecho con cierta dificultad nos mostró que la zona infiltrada se hallaba reemplazada por una tumoración que hacía gran relieve en vejiga.

La palpación profunda de la región hipogástrica efectuada ahora en mejores condiciones, pues el enfermo había perdido mucho panículo adiposo de su abdomen, nos hace percibir una tumoración del tamaño de una naranja de consistencia pétrea e íntimamente adherida en la profundidad. El tacto combinado nos permite percibir dicha tumoración, que es fija, dura y adherida a la vejiga.

Ante la imposibilidad de poder mejorar los trastornos ocasionados por dicha tumoración, a excepción de la morfina (que el enfermo no aceptaba como medicación), se decide practicar una resección del pre-sacro que el enfermo acepta.

Abierto el abdomen se constata una carcinomatosis peritoneal con un gran núcleo en pelvis, íntimamente adherido a los planos vecinos y suelo de la pelvis y formando cuerpo con la pared lateral izquierda de la vejiga. No pudiéndose actuar sobre dicha tumoración, cosa

que no nos hubiera llevado a ningún resultado por la invasión peritoneal, se decide reseca el nervio pre-sacral, extirpando un centímetro.

Los dolores vesicales que acusaba el enfermo desaparecieron por completo, no habiendo necesidad de administrar más morfina.

Diez días más tarde el enfermo hace un cuadro urémico, produciéndose su deceso.

2ª observación. — L. L., argentino, 77 años. Se interna en el Servicio por presentar una retención aguda de orina. Es sondeado, extrayéndose unos 800 cc de orina ligeramente turbia. Desde entonces sus micciones espontáneas son imposibles, lo que nos obliga a tenerlo con sonda permanente.

Examen urológico. — Muestra tratarse de un adenoma de próstata, mostrando al tacto rectal una próstata aumentada de volumen y de consistencia lisa con algunos puntos indurados, no dolorosa, ni adherida a mucosa vesical.

Examen cistoscópico. — Mucosa despulida en toda su extensión con celdas y columnas, orificios ureterales visibles de situación y forma normales. Cuello deformado por dos lóbulos laterales pequeños y uno medio. Signo de la cortina esbozado y Marión positivo en ambos lados.

Resto del aparato urinario normal.

Veinte días después de estar con sonda permanente y con buenas pruebas funcionales se le practica una talla hipogástrica mostrándonos al tacto endovesical tratarse de un discreto adenoma. Se deja sonda Pezzer y se cierra por planos.

Post-operatorio. — Normal.

A pesar de haber aclarado sus orinas y funcionando perfectamente su sonda hipogástrica el enfermo acusa dolores vesicales casi continuos con imperiosos deseos de micción que no ceden con la movilización de la sonda, instilaciones de nitrato de plata, lavajes con suero fisiológico, instilaciones de suspensiones oleosas de sulfatiazol, etc., etc.; lo que nos obliga, ya que su estado general es bueno y sus pruebas funcionales dentro de los límites normales, a practicarle la prostatectomía, extrayéndose con facilidad el adenoma.

Post-operatorio. — Normal, cerrándose vejiga a los 25 días.

El enfermo continúa con su sintoma de cistitis, la capacidad es de 80 cc y 20 cc de retención. Uretra libre, no observándose al examen cistoscópico nada de particular que nos explique estas molestias, las que al aumentar de intensidad nos llega a tener que calmarlo con lo único que lo mejora, que es la morfina (2 a 3 egrs diarios).

Como habíamos obtenido un feliz resultado anterior en lo que al dolor se refiere, decidimos practicarle a este enfermo una resección del pre-sacro, reseccándose un centímetro de dicho nervio.

Desde entonces el enfermo no ha necesitado más morfina, no acusa mayor dolor, la capacidad es de 100 cc, sus micciones normales no son dolorosas, pero persiste un estado general bastante deficiente.

CONSIDERACIONES

Los resultados obtenidos en estas dos observaciones nos permiten conceptuar a pesar del escaso número de ellos que la neurectomía pre-sacral ha dado buenos resultados, pues el síntoma dolor ha llegado a desaparecer en uno de ellos y estar muy disminuido en el otro.

La capacidad vesical mejoró en el segundo y en ambos casos, se su-

primió por completo las inyecciones de sedantes como la morfina que se hacía en dosis de 2 a 3 ctgs. diarios.

Creemos por esto que es conveniente en circunstancias en que todos los otros tratamientos no han mejorado el síntoma dolor: de efectuar esta intervención que no tiene mayores riesgos y sí resultados satisfactorios para los pacientes que de no ser así se les hace intolerable la vida.

DISCUSIÓN

Dr. Schiappapietra. — *En casos de neoplasias, de cánceres inoperables, he usado el método de Dogliotti.*

En cuanto a la sección del presacro para calmar el dolor, no siempre se es tan afortunado. En un enfermo que efectúe la sección del presacro los dolores no se calmaron. La vejiga es uno de los órganos más difíciles de enervar. El plexo del hipogastrio es tan complejo, que por indicación del doctor Diez, inicié la experimentación en algunos perros; a pesar de que la anatomía del perro se presta, no conseguí la enervación de la vejiga en los pocos casos en que la he buscado.

Sr. Secretario Dr. Bernardi. — *Estoy de acuerdo con el doctor Schiappapietra en cuanto al caso que han tenido los doctores Berri, Cartelli y Comotto, porque es evidente que en una carcinosis renal que llega al peritoneo, la sección del nervio presacro es insuficiente. La enervación de la vejiga no se hace exclusivamente por el presacro sino que también se realiza por nervios parasimpáticos. Sobre todo, el parasimpático tiene filetes pélvicos. Generalmente, se fracasa cuando se tiene tumoraciones vesicales y ha tenido mucha suerte el doctor Berri al poder resecar el nervio presacro en un centímetro y haber tenido la cesación completa del dolor.*

En cuanto al segundo caso, creo que antes de proponer a un enfermo una tercera intervención, hubiera sido mejor ir por la vía baja y hacer una anestesia retro-vesical, o inyección más alta de todo el plexo a la manera de Wichinsky en los procesos dolorosos inyectando una gran cantidad de novocaína de la misma manera que hacía Mathis para la cistitis dolorosa. Infiltrando así toda la vejiga y en esas condiciones, muchas veces en la cistitis dolorosa, se podía tener una modificación muy grande del sistema simpático y del parasimpático que intervienen en la enervación de la vejiga y del cuello. No hablamos del nervio pudendo que pertenece a los nervios espinales. En ese caso, cuando se trata de enfermos con un proceso que no es muy grande, puede obtenerse una modificación evidente. En ese caso, se actuaría por sedación, a través del simpático, y por modificaciones circulatorias que son muy importantes,

Dr. Gorodner. — *En los casos de carcinoma, en los cuales puede llegarse al fracaso, estando el enfermo en buenas condiciones, se han obtenido éxitos por el método de Dogliotti y Pagés.*

Dr. Berri. — *En cuanto a lo que manifiesta el doctor Schiappapietra, he tenido oportunidad de tratar varios casos de tumores de vejiga por el método de Dogliotti. En unos casos, con buen resultado; en otros, con mal resultado.*

Con respecto a lo que dice el doctor Bernardi, en este caso, hicimos el tratamiento del presacro cuando tuvimos que haberlo hecho haciendo la extirpación de los nervios hipogástricos. Sabemos que para calmar el dolor, no es una sola la sección del nervio presacro, sino que se debe seccionar también todos los ganglios que dan sus filetes a la vejiga. Pensamos hacer la experiencia con la resección del presacro y los resultados obtenidos fueron bastante buenos. Desde ese momento, no tuvimos que usar más morfina y en el último enfermo que tenemos en la Sala —lleva varios días de evolución— se calmaron sus dolores de inmediato al tratamiento con la sección del presacro. Probablemente, la técnica con infiltración de novocaína hubiera dado resultado. No tengo experiencia en eso; nos hemos limitado a presentar estos dos casos, que nos han parecido alentadores, porque los enfermos se han beneficiado. Uno de ellos, falleció a los 15 días, por estar en un estado muy avanzado su proceso carcinomatoso. En el otro, aun cuando su estado es muy deficiente, no se le ha vuelto a hacer más morfina.

Sabemos que el presacro es un nervio que inerva la bóveda vesical. Si hubiéramos hecho la extirpación de los ganglios hipogástricos, el resultado hubiera sido mejor, pero nos ha alentado a presentar estos casos la eliminación del dolor.