

GANGRENA DISECANTE DE VEJIGA

Por el Dr. RODOLFO GONZALEZ

Nuestra observación se refiere a una enferma que ingresa al Servicio de la Cátedra de Clínica Génito-Urinarias el 16 de Septiembre del año ppdo., y cuya historia clínica es la siguiente:

C. R. de P., argentina, de 59 años.

Antecedentes hereditarios. --- Sin importancia.

Antecedentes personales. --- Eruptivas en la infancia. Menarquía a los 12 años; ritmo: 3/30.

Dice haber sido siempre sana.

Antecedentes de la enfermedad actual. --- 20 días antes de su ingreso presentó un cuadro infeccioso que fué diagnosticado "gripe" y tratado como tal. A los pocos días de la iniciación del mismo se instalan trastornos disúricos caracterizados por polaquiuria intensa, tenesmo, micción imperiosa, orina turbia y hematuria terminal. Como esta sintomatología fué progresivamente en aumento y su hematuria se hizo total y abundante, se solicitó su ingreso al Servicio.

Estado actual. --- Paciente obesa, pálida, sub-febril; facie dolorosa e intoxicada.

Aparato respiratorio. --- Clínicamente normal.

Aparato circulatorio. --- Area cardíaca normal. Tonos ligeramente apagados.

Pulso rítmico, --- 100'. T. A: 12 7.5 (V. L.).

Abdomen. --- Algo distendido. Se palpa el borde inferior del hígado, a dos traveses de dedos por debajo de la arcada costal, liso, sensible. Bazo no se palpa. En el hipogastrio existe defensa muscular, especialmente en la región suprapúbica, donde la palpación despierta dolor. La piel es de color normal, no existiendo infiltración ni manifestaciones inflamatorias de los planes superficiales.

Aparato uro-genital. --- Uretra: libre. Vejiga: prácticamente sin capacidad; el intento de distensión es muy doloroso. Riñones: no se palpan. Puntos reno-ureterales negativos.

Exámenes de laboratorio. --- Sangre: Glóbulos rojos: 3.850.000.Hb.: 65.V.G.O.84. Glóbulos blancos: 10.400. Polinucleares: 77. Linfomonocitos: 33. Urea: 0.64 %. Tiempo de hemorragia y coagulación: normal. Eritrosedimentación: coeficiente de Katz: 35.

Orina: maloliente, con abundante piuria y hematuria. Gran cantidad de gérmenes: colí, estafilos y estreptococos.

Al segundo día de su ingreso al Servicio, la hematuria se hizo particularmente intensa, practicándosele una transfusión sanguínea de 400 c.c. Para poner en reposo su vejiga se colocó una sonda de Pezzer a permanencia. La terapéutica instituida consistió en instilaciones vesicales

con solución tibia de antipirina, coagulantes, extracto hepático, suero glucosado e insulina y antisépticos urinarios suaves.

La fetidez de la orina era tal que obligó al aislamiento de la enferma.

Transcurren 15 días con franca mejoría del estado general y urinario. Pero pasado este lapso se observa una marcada intensificación de sus síntomas: aumento de la hematuria, contractura muscular y dolor marcado en la región suprapúbica, acentuación de la dicuria y desmejoramiento general. Y a causa del intenso tenesmo vesical, la sonda es expulsada repetidas veces, lo que obliga a retirarla. Al intentar colocarla nuevamente, llama la atención la presencia entre

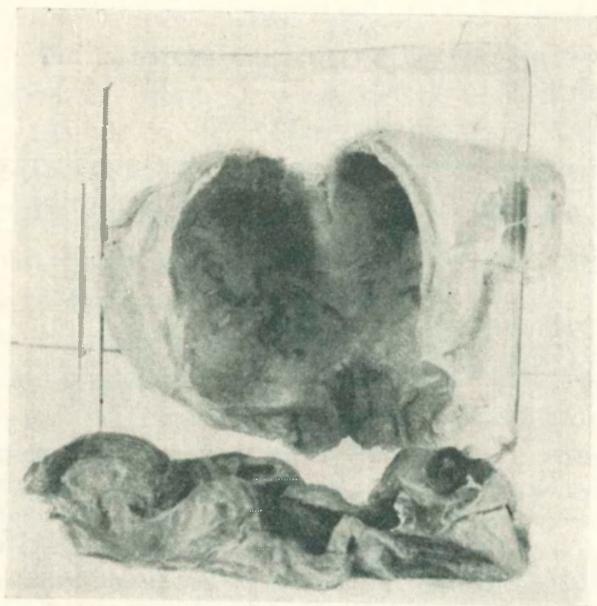


Figura 1

los labios de la vulva de una masa de tejido esfacelado, de fuerte olor pútrido, saliendo del orificio uretral, muy dilatado y que no podía espontáneamente eliminarse. Con suaves maniobras de tracción logramos exteriorizar un verdadero saco de tejidos necróticos y que en conjunto tiene el aspecto de un molde de la vejiga y de cuya estructura nos informa el laboratorio de Anatomía Patológica: "formado por tejidos necróticos, en parte calcificados, con abundantes colonias de gérmenes. No se observan tejidos característicos pero donde la morfología general recuerda la estructura de la mucosa vesical".

De inmediato la enferma siente un gran alivio a sus trastornos disúricos. El insoportable mal olor de la orina desaparece; la hematuria continúa más atenuada y sin coágulos.

Pero, a pesar del reposo vesical, sonda a permanencia y del activo tratamiento de orden general, la enferma desmejora progresivamente.

Aparecen manifestaciones bronquiales y de estasis en ambas bases pulmonares. El pulso es taquicárdico, hipotenso y hay síntomas ostensibles de colapso cardio-vascular y la enferma fallece a los pocos días en un cuadro de toxi-infección generalizada e insuficiencia cardíaca.

Necropsia (Dr. L. Ferraris).

"Se comprueba en el pulmón derecho grandes émbolos, detenidos en las ramificaciones inferiores de la arteria pulmonar.

La cava inferior está trombosada a la altura de la segunda vértebra lumbar y este fenómeno se difunde a ambas venas ilíacas y femorales.

Riñones. — El derecho de 115 gramos y el izquierdo de 100 gramos, congestivos, se decapsulan con facilidad. Sus superficies están cubiertas de numerosas estrellas vasculares y quistes de retención. Pelvis y cálices dilatados, particularmente en el lado derecho con ligero espesamiento de sus paredes.

Uréteres. — Involucrados en su porción pelviana e intraparietal por el proceso que afecta a la vejiga.

Vejiga. — De paredes engrosadas, lardáceas, congestivas; se acompaña de éstasis, fibrolipomatosis de todos los tejidos peri y yuxtavesicales. Enorme dilatación de la uretra, por donde penetra fácilmente el dedo pulgar. Abierto el órgano presenta una superficie interior congestiva, hemorrágica. La muscular está hipertrofiada con transformación hialina de sus haces. Abundante proliferación del conectivo que disocia esta túnica, acompañándose de intensa infiltración inflamatoria (células plasmáticas en su mayor parte). Intensa pericistitis: en algunas zonas, focos de supuración. La mucosa falta por completo y se ha substituído por un tejido de granulación intensamente vascularizado, donde arrecian los fenómenos de infiltración inflamatoria."

En la figura puede apreciarse el estado de la vejiga, abierta, y el molde de la mucosa vesical eliminada.

Se designa con el nombre de gangrena vesical a la necrosis total o casi total de la mucosa y a veces sub-mucosa y capa interna de la musculosa de la vejiga. En la literatura médico-uroológica se ha descrito esta afección bajo distintas denominaciones: cistitis gangrenosa, exfoliante, necrótica, membranosa, crupal o diftérica, gangrena disecante, etc. Se trata de un mismo proceso, cuyo elemento característico es el esfacelo o mortificación de la mucosa vesical que se desprende parcial o totalmente, quedando más o menos libre en una vejiga con orina pútrida.

Si bien Fronstein dice en su estudio sobre cistitis gangrenosa: "la gangrena vesical es a tal punto rara que debería describirse cada caso aislado", Stirlin y Hopkins encuentran hasta 1933, 207 casos y, desde entonces, se han venido refiriendo numerosas observaciones que hacen admitir su mayor frecuencia.

Sobre su etiología y patogenia se han emitido opiniones y teorías distintas que derivan de la diversidad de factores que pueden producirla. Estos factores o causas pueden agruparse en: Tocológicas: incanceración de la vejiga por el útero grávido, entre el 3º y 5º mes del embarazo; parto prolongado; compresión por maniobras instrumentales. Infecciosas: tifoidea, meningitis, gripe, etc. Físico-químicas: por acción sobre la mucosa vesical de líquidos calientes, cáusticos, necrosantes, rayos X, radium. Nerviosas: litiasis, estrecheces, etc.

Wilferth y Griez Müller revisan, en 1924, 123 casos de gangrena vesical y encuentran: 43 debidos a retroflexión uterina: 21 a trabajos de parto: 11 por compresión instrumental: 14 consecutivos a cistitis: 7 en estrechados 6 en enfermos con cálculos: 6 consecutivas a inyecciones cáusticas en la vejiga: 13 casos en el curso de una infección general, correspondiendo 7 a tifoideas: en 11 se reconoce por causa una lesión del sistema nervioso: en 20 casos no se menciona etiología.

Estas causas tan distintas, ¿por qué mecanismo actúan? Retención, trastornos vasculares e infección, sería el trípede sobre el que se desarrollan la mayor parte de las gangrenas vesicales. Y es la mayor o menor participación de cada uno de esos elementos, lo que da características a la patogenia de los distintos casos.

En la gangrena vesical por acción del útero grávido en retroflexión, a la retención por compresión se agrega la acción infecciosa, especialmente por el colibacilo, que jugaría el rol primordial (Papin, Marion, etc.) y lesiones vasculares, arteriales y venosas, que desorganizan la circulación vesical, lesiones que serían para Oppel la causa fundamental del esfacelo de las capas internas de la vejiga.

En los retencionistas, por obstáculo uretro vesical, la gangrena se produciría cuando interviene una infección virulenta, por gran cantidad de microbios de elevada toxicidad y acción necrótica. En algunos casos se han aislado anaerobios a quienes se ha hecho responsables del proceso. Sin embargo, la gangrena vesical puede desarrollarse por acción de otros gérmenes como el colibacilo y el estreptococo que pueden actuar tanto como anaerobios y aerobios. También intervienen el estafilococo, *S. Viridans*, *B. Proteus*, etc. En los casos por acción directa de medios físicos agua muy caliente, inyectada por error en el curso de lavajes vaginales: rayos X (caso de Buch): gangrena vesical después de seis sesiones de radioterapia: de medios químicos: sustancias cáusticas que alcanzan accidentalmente la vejiga, especialmente en maniobras con propósitos abortivos, la necrosis de la mucosa por la acción físico-química, se convierte en gangrena por influencia de la infección.

La infección puede alcanzar la vejiga por las vías naturales, cateterismos y maniobras sépticas o por vía linfovenosa en el curso de procesos infecciosos generales, como es lo que ha sucedido seguramente en nuestro caso y originar esta grave infección cuando encuentra la vejiga alterada por la retención o por trastornos tróficos de origen vásculo-nervioso. La infección viene así a desempeñar el rol fundamental de la gangrena vesical.

Las lesiones anátomo-patológicas varían con la extensión e intensidad del proceso destructivo. El elemento que caracteriza esta afección, es el esfacelo

de la pared interna de la vejiga. Y, aun cuando están tomadas las restantes capas, las lesiones más marcadas asientan en la mucosa.

De los casos de Wilferth y Müller, en 43 solo la mucosa estaba afectada: en 23 había participación de la sub-mucosa y en 39 la mucosa, sub-mucosa y capa interna de la mucosa. Algunas raras veces el proceso llega en profundidad hasta el peritoneo, produciéndose perforaciones vesicales, causa de graves pericistitis y peritonitis mortales. En superficie, la extensión de las lesiones va desde la pequeña exfoliación hasta el desprendimiento total de la mucosa, cuya eliminación espontánea por la uretra se ha observado más frecuentemente en la mujer debido a la brevedad y el diámetro del conducto uretral. En el hombre ello es excepcional: sólo se registran las observaciones de Legueu y Oeconomos.

En los casos de supervivencia, la reparación de la vejiga se hace por fibrosis. Cuando la necrobiosis de la mucosa no es total, puede alcanzarse una recuperación casi completa por regeneración de la mucosa a partir de las zonas no afectadas. Pero esto es excepcional. Generalmente, el tejido de cicatrización conduce a la contractura y reducción de la capacidad vesical, con retracciones y rigideces, causas de graves lesiones mecánicas a nivel del cuello y orificios ureterales. Las lesiones a nivel del cuello vesical conducen a la incontinencia de orina y la de los meatos ureterales, a su dilatación e incontinencia.

La insuficiencia de los orificios ureterales ha sido muy bien estudiada por Gayet y Rousset en su trabajo "L'urètre forcé", donde manifiestan que para observar uréteres "forzados" experimentalmente, es suficiente hacer en la vejiga la inyección de una cierta cantidad de un cáustico cualquiera. La dilatación ureteral y la consecutiva pielorenal, están bajo la dependencia de la incontinencia de los meatos, por retracción de la pared vesical o ya antes, cuando los orificios son forzados debido a las continuas, irregulares y excesivas contracciones vesicales.

La sintomatología en el comienzo no es característica. Suele presentarse el cuadro de una cistitis sobreaguda: micciones continuas y muy dolorosas, orina purulenta y fétida, hematuria generalmente abundante y estado infeccioso más o menos grave.

La presencia de orina fétida y hematúrica en un enfermo, con cierta alteración del estado general, debe hacer sospechar esta afección y aún más, si se observa la eliminación de trozos de mucosa vesical esfacelada. La evidencia es completa cuando se produce la expulsión de todo el molde de la mucosa vesical. Para Guyon, la gangrena vesical representa un epifenómeno en el cuadro de una cistitis infecciosa grave.

Con la eliminación de la mucosa esfacelada suele atenuarse o desaparecer el olor pútrido de la orina así como también la disuria y retención resultante de la obstrucción del cuello por la mucosa vesical desprendida.

El pronóstico de la gangrena vesical es muy grave. De los 153 casos reunidos por Wolfertth y Müller, hay 84 muertos por pielonefritis, uremia, séptico-piohemia, perforaciones vesicales con pericistitis y peritonitis. Para el sexo masculino se ha señalado una frecuencia de mortalidad dos veces mayor que en la mujer.

En los enfermos que sobreviven, el restitutio ad integrum es excepcional. Generalmente quedan cistitis crónicas irreductibles, incontinencias de orina y dilatación urétero piélica que suele conducir a la insuficiencia renal. En la observación de B. Schweitzer (Leipzig) la enferma cura pero queda con poca capacidad e incontinencia. Volante, de Turín, sigue durante tres años un caso de gangrena vesical (eliminación en block de la mucosa vesical, un mes después de la inyección en la vejiga de agua casi hervida (persistiendo poca capacidad, polaquiuria y orina turbia. Levy-Dreyfus refiere en 1933 a la Sociedad Francesa de Urología la observación de una gangrena vesical consecutiva a la inyección, con fines abortivos, de una solución cáustica. La enferma curó de sus accidentes graves pero presentó, posteriormente, progresiva dilatación ureteral con la consiguiente repercusión renal, infecciosa y funcional; la observación se refiere a 5 años.

Lo fundamental del tratamiento es establecer lo antes posible un buen drenaje vesical. En la mujer suele ser suficiente una gruesa sonda a permanencia, colocada por la uretra cuyo calibre permite, como hemos visto, la extracción o la expulsión de la mucosa. En el hombre, la disposición anatómica de la uretra no se presta para un buen drenaje y menos para la eliminación de la mucosa, es necesario efectuar una cistostomía. Para algunos, la cistostomía debe hacerse en todos los casos en que se sospecha el diagnóstico. Noges, al relatar la comunicación de Oeconomos (sociedad Franc. d'Urolo, 1922) sostiene la necesidad de la cistostomía en todos los casos de infección vesical más o menos graves, aun sin gangrena, que no cedan pronto a la sonda a permanencia.

La cistostomía permite la extracción y eliminación de los tejidos esfacelados y al establecer un buen drenaje se hace la mejor profilaxis a las graves complicaciones de la infección urinaria.

La terapéutica de las secuelas, sobre todo de la vejiga retraída con incontinencia uretral y ureteral, no es otra que la cistostomía, casi siempre definitiva. Es el único medio para evitar la progresiva dilatación útero-pielo renal y la subsiguiente insuficiencia.

Schelle, de Francfort, ha propuesto tratar la vejiga retraída, secuela de la gangrena vesical, agrandándola por medio de un asa intestinal delgada excluída por sus dos extremos y suturada a la vejiga abierta. Refiere un caso de éxito; pero se trata de una operación muy grave, muy pocas veces aplicable a enfermos infectados e insuficientes.

RESUMEN

A propósito de nuestra observación de un caso de gangrena disecante de la vejiga, estudiamos su etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, desprendiéndose de aquella y de las referidas, en la literatura médico-uroológica, la extraordinaria gravedad de ese proceso.

BIBLIOGRAFIA

- Oeconomos, S. N.* (D'Athènes). — Un cas de gangrene disséquante de la vessie: élimination spontanée par l'urètre de la muqueuse vésicale sphacélée; cystostomie; mort par septico-pychemie; Rapport de M. Nogues. *Journal d'Urologie*. T. XIII, pág. 337, 1922.
- Bernard Schweitzer* (Leipzig). — Cystite disséquante gangréneuse consécutive a la retroflexión d'un uterus (Zeitz. f. Gyn., N° 28: 14 Juillet 1923; pág. 1140. *Journal d'Urologie*. T. XVII, pág. 88, 1924.
- Volante, G.* (Turín). — Un cas de gangrene disséquante de la vessie (*Minerva Med.* Turín. IIIe. année; N° 5: 1ere. Mars; 1923. *Journal d'Urologie*. T. XVI, pág. 89, 1924.
- Gaget, G. et Rousset, J.* — L'Urètre forcé. *Le Journal d'Urologie*. T. XVII, pág. 96, 1924.
- Gaget, G.* — A propos de l'urètre forcé. *Le Journal d'Urologie*. T. XVIII; pág. 105, 1924.
- Lampert, F.* (Hatzendorf). — Cystite gangréneuse disséquante (Seitz. f. Gyn., N° 18, Mai 1926; pág. 1203). *Le Journal d'Urologie*. T. XIII, pá. 283, 1927.
- Weiser, A.* — A propos d'un cas de gangréne gazeuse de la vessie (Zeitz. f. Urol. Chir. Vol. XXVIII; fasc. 1; Aout 1929; pág. 133-120). *Le Journal d'Urologie*. T. XXX, pág. 222, 1930.
- Roman Ouglev* (Odesa). — La gangréne vésicale. *Le Journal d'Urologie*. T. XXXII, pág. 120, 1931.
- Levy, M.-Dreyfus.* — Deux cas de angréne vésicale. Rapport de M. Marion. *Le Journal d'Urologie*. T. XXXV, pág. 248, 1933.
- Encyclopédia Française d'Urologie.* — T. 4, pág. 216.
- Lowsley and Kirwin.* — *Clinical Urology*, 2^a édition. Vol. II, pág. 1008.

DISCUSIÓN

Dr. Comotto. — En el año 1932, presencié un caso similar, tan similar que parecía calcado a éste,

La sintomatología de la enferma empezó con una cistitis intensa, sin mayores antecedentes. Se la trató con nitrato de plata e instilaciones. Tenía orinas muy fétidas y la paciente fué presa de un acceso de retención completo: la que cesó al expulsar por la uretra un verdadero molde de la vejiga. Instilamos varias ampollas de sueros antigangrenosos y le hicimos también, por vía intramuscular, estas inyecciones. La enferma curó. Después, se le hicieron radiografías, las que revelaron un pequeño reflujo del lado derecho y con mucha fortuna se produjo una restitución completa de la función y de la enferma.

Dr. Llanos. — Hace bastante años, unos 20 más o menos, tuve oportunidad de tratar un enfermo, quien se había hecho un lavaje con una solución muy concentrada de permanganato de potasio en la vejiga. A consecuencia de esto, tuvo una retención. En esas circunstancias, vino el hombre a nosotros en un estado afligente. Yo me decidí a hacerle una talla y al hacerla, vi que la mucosa se había desprendido completamente de la vejiga y que presentaba el molde de ella. Extirpé eso por la talla, puse sonda a permanencia y todo evolucionó favorablemente, pero el enfermo quedó después con una polaquiuria, es decir, que la capacidad de su vejiga había disminuído considerablemente.

El hombre se fué al campo, por lo que no sé si esa polaquiuria se modificó o no.

Supongo que al desprenderse la mucosa, se haya interesado la parte submucosa, produciéndose un proceso de fibrosis, que trajo una disminución de su capacidad para la distensión.

En cuanto a los casos que refiere el Dr. González, a mi juicio, en esas situaciones graves debidas a un proceso grave, quizá sea mejor abrir la vejiga antes de pensar de que la parte de submucosa sea expulsada espontáneamente, porque la permanencia de ese tejido esfacelado contribuye a la agravación del paciente y entonces, abriendo la vejiga, extirpando esa mucosa que está putrefacta y haciendo un buen drenaje vesical por vía hipogástrica —que siempre es mejor que la vía uretral— me parece que el sujeto se encontrará mejor y que aumentan las probabilidades de su curación.