

Hosp. Argerich. Serv. de Clínica Urológica
del Prof. Dr. R. de Surra Canard.

VEJIGA NEUROGENETICA POR PUNCION LUMBAR

Por el Dr. JUAN IRAZU

Las lesiones neurogenéticas de la vejiga, pueden ser causadas por la punción lumbar.

Recordando la topografía espinal, sabemos que, los centros vesicales están situados en el cono medular, entre el 2° y 4° segmento sacros.

Ahora bien, si calculamos la relación entre éstos y su relación con los segmentos vertebrales del raquis, fácilmente podremos explicarnos la existencia de tales traumatismos por punción.

No es frecuente que haya dificultades en una punción a pesar de su difundido uso, pero a veces suele ocurrir que al primer goteo de líquido céfaloraquídeo se inyecta el líquido anestésico, sin esperar el barbotaje y entonces se corre el doble peligro de inyectar el anestésico en las meninges de envoltura medular (piamadre), produciendo una herida punzante medular, fracasando la anestesia.

Es de suponer que después de una mala punción, se rectifique la posición de la aguja y se consiga una buena raquí-anestesia, pero que a pesar de eso se produzca una pequeña hemorragia meníngea, cuyas consecuencias hemos de reflejar en este trabajo.

A esos traumatismos por punción, atribuimos los accidentes mencionados ya por otros autores como trastornos neurogenéticos de la vejiga, a los que sumaríamos dos interesantes observaciones.

De acuerdo al tipo de operación a efectuarse se elige la altura de la punción que nunca debe pasar de la 10ª vértebra dorsal hacia arriba y por debajo hasta la 5ª vértebra lumbar. Siendo el sitio de lesión entre la 4ª y 5ª lumbar.

La altura de la punción con relación al traumatismo, tiene gran importancia, pues si es alta por arriba de 10º D., interesará el centro de la micción voluntaria de conducción cerebral.

Si la punción lesiona el centro de la musculatura lisa o de Budge, a nivel

de la unión lumbo sacra, tendremos la parálisis del simpático que inerva el esfínter interno, trígono y da la sensibilidad del peritoneo que cubre la vejiga.

Cuando el centro lesionado es el parasimpático hay parálisis del detrusor con retención y si la destrucción llega a la cola de caballo hay parálisis de los nervios pudendos con incontinencia.

Felizmente el traumatismo en la punción es de primer grado: son lesiones parciales que se manifiestan por retención aguda, distinta a la retención refleja postoperatoria debida a un espasmo del cuello vesical en desequilibrio vago-simpático.

La retención del traumatizado, es también reversible como aquélla, pero más pertinaz, alcanza a más de 500 c.c. y por lo tanto va seguida de complicaciones graves como la infección urinaria.

Existen además en este tipo de vejiga neurógena alteraciones vesicales, como ser vejiga en columnas del vértice, relajamiento del esfínter interno y uretra prostática que facilita el paso del cistoscopio y disminución de la sensibilidad de la uretra posterior. La retención se hace luego incompleta semejante a lo que ocurre en la tabes donde hay lesiones sensitivo motoras.

La cistometría, da una curva lateralizada a la derecha el deseo de orinar (D. o.) aparece con cantidades de líquido mayores de 250 c.c., otro tanto ocurre con la aparición del dolor a la distensión (D. D.) y la presión máxima voluntaria (P. M. V.) es siempre menor de 80 mm. de Hg. de las vejigas normales.

Observación N° 1.—Pertenece a una enferma: J. B. de B., de 45 años. Ficha 1509 del Hospital Argerich. Operada de ulcus gástrico el 19 de enero de 1942, con raquíanes-tesia, punción entre 11^o y 12^o dorsal con percaína; que entra en retención completa en el postoperatorio. Es cateterizada en varias oportunidades, apareciendo como consecuencia la infección urinaria. Su estado no permitió más que constatar un gran globo vesical y hacer una cistometría que dió la siguiente curva: (D. O.) con 600 c.c. de líquido 4 mm. Kg.; (D. D.) con 700 cc., 8 mm. Kg.; (P. M. V.) 12 mm. Kg. y reflujo alrededor del catéter.

Como su piuria se acentúa y sus orinas son fétidas alcalinas, se instituye una irrigación continua con sol. G. (Ac. cítrico 23,50 grs. Carbonato de sodio 4,40 grs. Oxido de magnesio 3,8 grs. Agua destilada 1.000 c.c.), en marea, al 8^o día, en una paciente febril por su infección ascendente y con recarga uréica. Dos días después al cambiar el catéter que se obstruye, asoma por el meato uretral un colgajo de tejido con aspecto de un cuajo gris obscuro, que se extrae con pinzas.

Con gran sorpresa observamos que se trata del desprendimiento en block de una envoltura que por su aspecto y conformación no podía ser otra que toda la cubierta mucosa vesical y cuya extracción se vió facilitada por la gran dilatación del esfínter externo por donde se introducía con facilidad el dedo meñique.

Demás está decir que la enferma falleció algunos días después por las causas ya citadas.

Observación N° 2. — H. G., 50 años, operado en el Hospital Argerich de hernia inguino-escrotal bajo raquíanestesia. En el postoperatorio inmediato se establece una retención aguda peñinaz que no cede a los cateterismos ni a los excitantes parasimpáticos de acetil colina.

Como consecuencia de su cateterismo, se establece una infección urinaria que se acompaña de frecuencia, disuria de esfuerzo y el paciente debe poner en acción la prensa abdominal para evacuar pequeñas cantidades de orina.

Al examen físico: Globo vesical indolente por debajo del ombligo, al tacto próstata normal. El cateterismo recoge 500 c.c. de orina residual piúrica de olor amoniacal y reacción francamente alcalina.

La cistoscopia indolora traduce una congestión mucosa difusa y trabeculación espasmódica en cúpula. *Cuello:* Su esfínter interno con pérdida de tono, su contracción es lenta, incompleta.

Cistometría: (I-V-4) 8. (D. O.) con 615 c.c. de líquido; presión 13 mm. Hg.; (D. D.) con 800 c.c., 17 mm. Hg.; (P. M. V.) 48 mm. g.

Se instituyó como tratamiento, drenaje en marea, con solución G, gota a gota, a razón de 60' y derivación del drenaje a 10 ctms. de altura con relación al pubis. Se completa su tratamiento con acidificantes por boca de cloruro de amonio y en inyecciones solución de 0,002 de estricnina día por medio a dosis progresivas, durante 8 días, continúa la acidificación.

El 15-VI-48, el residuo vesical ha disminuído a 200 c.c. de orina límpida. La cistometría demuestra la recuperación vesical con las siguientes cifras: (D. O.) con 300 c.c. de líquido, 8 mm. Hg. de presión. (D. D.) con 530 c.c., 13 mm. Hg. y la (P. M. V.) 38 mm. Hg.

A los 45 días de tratamiento no hay residuo, orina límpida contometría normal y es dado de alta curado.

COMENTARIOS

Se citan dos observaciones de vejiga neurogenética como accidente de la punción lumbar en dos intervenciones de cirugía general.

La lesión que debe atribuirse a la falla del cirujano y no a la toxicidad del anestésico, interesó los centros motores y sensitivos del parasimpático produciendo una parálisis vesical y la retención de orina.

La integridad del sistema simpático y del esfínter externo así lo hace suponer. El resultado de la endoscopia y la cistometría lo comprobaron.

En ambos casos se trataba de lesiones reversibles distintas a las observadas en la sección traumática de los paraplégicos y la vejiga medular de los tabéticos y de mayor intensidad que las vejigas hipotónicas por lesiones de los nervios periféricos.

La gravedad del síndrome se debe a la infección del sistema urinario y sus consecuencias, debido a cateterismos sépticos intempestivos.

El tratamiento instituído nos parece el más razonable, ya que el drenaje en marea, la solución G, los estimulantes parasimpáticos y la acción de los anti-bióticos, permiten la recuperación vesical, bajo el control de la cistometría.