

LA ENFERMEDAD DEL CUELLO VESICAL EN EL HOMBRE, NUESTRA EXPERIENCIA

Por los Dres. R. GONZALEZ y J. M. GÓMEZ

Sobre más de 700 uropatías obstructivas padecidas por enfermos internados y tratados en el Servicio de la Cátedra, hemos registrado la enfermedad del epígrafe en 17 y exclusivamente en hombres.

Debemos aclarar que los valores porcentuales a que con frecuencia se aludirá, no pretenden reflejar una verdad estadística: deben entenderse sólo como un medio para facilitar nuestra propia y mejor comprensión del problema. Asimismo, deliberadamente no haremos referencia a la copiosa bibliografía existente.

I. — Anamnesis.

La mayor parte de nuestros enfermos tenían entre 17 y 49 años (58,6 %), distribuyéndose las edades así:

Entre 10 y 20 años, 11,7 %; entre 20 y 30 años, 11,7 %; entre 30 y 40 años, 17,6 %; entre 40 y 50 años, 17,6 %; entre 50 y 60 años, 17,6 %; más de 70 años, 5,8 %.

Los signos iniciales fueron descriptos clásicamente como "prostatismo". Con cierta frecuencia, (35,2 %), hemos observado la hematuria matizándolos. La retención aguda completa de orina fué denunciada en el 35,2 %, particularmente en sujetos jóvenes.

Orinas sépticas han sido señaladas en el 64,7 % e infecciones considerables urinarias, sólo en el 5,8 %.

A pesar de la tan conocida y generalizada opinión, sólo hemos comprobado estados francos de insuficiencia renal en una baja proporción: 5,8 %.

La sintomatología presentada por el enfermo en el momento de su ingreso al Servicio, reconocía una variable antigüedad:

Más de 2 años, en el 58,8 %; más de 3 años, en el 35,2 %; más de 10 años, en el 23,5 %; más de 15 años, en el 11,7 %.

Los enfermos de mayor data hacían comenzar sus enfermedades 15 a 20 años antes.

Es llamativa la ausencia de signos subjetivos renales en los antecedentes: sólo un paciente acusó dolores de tal especie, en el momento de la micción, en su riñón izquierdo (reflujo vésico-ureteral).

II. — Examen urológico.

En todos la uretra fué permeable, excepto en un estrechado filiforme (calibre 4) que padecía también litiasis uretro-vesical.

Igualmente el tacto rectal fué negativo en la totalidad de ellos.

Encuadrando nuestros pacientes en los tres grados del prostatismo, hemos visto:

1º grado, el 40 %; 2º grado, el 46 %; 3º grado, el 13 %.

Destacamos la circunstancia paradójal de que en los pacientes de menor edad (17 y 18 años), en los que la afección clínicamente databa de poco tiempo, el daño funcional era evidentemente mayor que en aquellos de edad avanzada.

Corroborando lo anteriormente dicho sobre la insuficiencia renal, agreguemos que la sueroureometría dió cifras discretamente mayores a la normal en el 41,1 % y francamente altas en el 5,8 %, y que las pruebas funcionales efectuadas en ellos arrojaron resultados paralelos.

III. — Examen radiológico.

En los exámenes urográficos excretorios, hemos comprobado un retardo secretor en el 29,4 %, hasta llegar a presentar el "riñón mudo" el 11,7 % de los pacientes.

Frecuentemente hemos señalado la existencia de litiasis vesicales, varias veces motivo determinante para la consulta: en el 29,4 %. En algún caso fué sometido el paciente a reiteradas intervenciones (cistolitotomías), sin que fuera tratada la afección causal radicada en cuello.

Más de la mitad padecieron litiasis fosfática (60 %), siendo el 20 % oxálica y el restante 20 % úrica.

La clásica imagen cistográfica, tan semejante a la que observamos en los adenomas incipientes, la hemos visto invariablemente, siendo en los jóvenes un signo diagnóstico de notable importancia.

IV. — Examen cistoscópico.

Signos de intenso sufrimiento vesical (fuerte columnización, sólo los hemos observado en el 17,6 %, presentando los demás pacientes imágenes discretamente acentuadas. También aquí corresponde llamar la atención sobre los jóvenes, quienes ofrecían indicios más acusados que los enfermos mayores.

Endoscópicamente, dos tipos de alteraciones hemos precisado, corrigiendo los a veces engañosos aspectos cistoscópicos con la observación directa del campo quirúrgico: en casi un tercio, la clásica barra mediana y en más de la mitad de la hipertrofia en rodete u "hocico". En otros dos enfermos, la obstrucción a nivel del verumontanum y en un tercero se trataba de un pequeño lóbulo adenomatoso. Hemos visto pocos divertículos, en el 13,3 %, coexistiendo con alteraciones cervicales.

V. — Tratamiento quirúrgico.

Hemos empleado las distintas técnicas quirúrgicas que se mencionan:

En un enfermo, (9 %), la de Salleras.

En otro, (9 %), la enucleación de un pequeño adenoma.

En seis, (54,5 %), la conización diatérmica a cielo abierto, idéntica a la clásica operación de Marion, pero efectuándose con bisturí eléctrico.

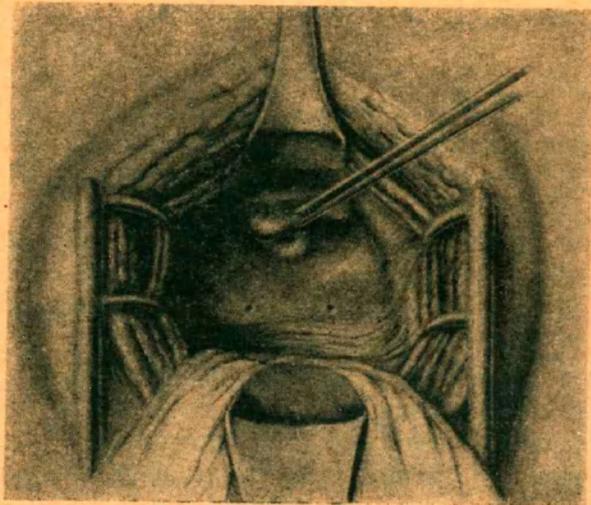
En dos (18,1 %)* el desgarró digital de sendos cuellos adelgazados, aunque hipertróficos.

En uno (9 %), la excisión de una cuña de la vertiente posterior cervical con aguja diatérmica.

Los restantes pacientes, 6 en total, rehusaron la intervención.

Invariablemente hemos obtenido buenos resultados con cualquier técnica, excepto en dos casos, que comentaremos por creer que en nuestra profesión, nada enseña más y mejor que los contrastes:

Obs. N° 5. - H. C. N° 751. — Clásica observación de enfermedad del cuello, en un paciente de 26 años, que estaba en el segundo grado del prostatismo. Se practicó en él la técnica de Salleras. Con resultados inmediatos muy buenos, el enfermo reingresó a los dos



años por intensa cistitis. Como se hubiese reabierto la brecha hipogástrica, fué nuevamente intervenido, comprobándose la perfecta permeabilidad del cuello. Con tratamiento médico-uroológico curó.

Obs. N° 12. - H. C. N° 2396. — Paciente de 62 años en un tercer grado de prostatismo y con frecuentes hematurias, fué intervenido efectuándosele una conización diatérmica a cielo abierto. A poco de ser dado de alta, se inició en forma rápidamente progresiva un cuadro de cistitis que transformó la vida del paciente en tal suplicio que hubo de practicársele la operación de Richer, con lo que mejoró algún tanto, sin desaparecer por completo sus molestias. El agente causal, de acuerdo a repetidas investigaciones, era una variedad de bacilos coliformes.

Nuestra corta serie no acusa mortalidad.

VI. — Anatomía e histología patológicas.

Ya hemos visto las formas anatómicas frecuentemente observadas en nuestra experiencia: una tercera parte correspondiendo a la barra mediana y dos terceras partes a la hipertrofia total, en rodete, del cuello. Recordemos tres excepciones: un pequeño adenoma y dos "contracturas", para decirlo a la manera de los a.a. de habla inglesa, a nivel del verumontanum.

La intervención quirúrgica nos deparó en un caso una sorpresa:

Obs. N° 16 - H. C. N° 2386. — Sujeto de 39 años, con dos de antigüedad clínica de su proceso, en 2° grado del prostatismo y presentando el cuadro doloroso renal correspondiente al reflujo-vésico-ureteral izquierdo. Fué intervenido a cielo abierto, encontrándose a más de la hipertrofia en rodete del cuello un raro repliegue vesical que le cubría a manera de delantal (ver. Fig.), según muestra el dibujo mejor que cualquier descripción. Fué resecaado el cuello (conización diatérmica) y el repliegue, estando ambos constituidos, según el histopatólogo, por tejido hiperplásico fibro-muscular. No hemos observado ningún otro caso semejante.

En el estudio histopatológico efectuado sobre las piezas quirúrgicas hemos encontrado:

En la mitad de los casos, fibroesclerosis con indicios evidentes de infección crónica.

En una cuarta parte, hipertrofia fibro-muscular.

En la cuarta parte restante, hipertrofia muscular pura, tal como ocurre en la enfermedad de Marion.

VII — Conclusiones.

1. — El síndrome obstructivo estudiado es poco frecuente en nuestra experiencia y se da en ella exclusivamente en los hombres.

2. — Si bien los enfermos más jóvenes hacen datar su afección de poco tiempo, en ellos el examen especializado demuestra alteraciones anatómicas y funcionales notablemente más serias que en los enfermos mayores.

3. — En estos últimos no existe ningún paralelismo entre la gravedad de las alteraciones y la antigüedad clínica del proceso.

4. — Es curiosa la comprobación de que el cirujano general que interviene un paciente joven por litiasis vesical, no atiende suficientemente a las muy probables alteraciones del cuello.

5. — En nuestra serie se ha dado con poca frecuencia la enfermedad congénita del cuello descrita por Marion, tanto en cuanto se refiere a los antecedentes clínicos como a las lesiones histopatológicas encontradas.
