

HOSPITAL RAWSON

SERVICIO DE UROLOGIA DEL Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

ESCLEROSIS TOTAL Y PARCIAL DEL CUELLO VESICAL

Por el doctor

ARMANDO TRABUCCO

Cuando se trata de invasión de tejido conjuntivo a especial predominio de sus fibras, suelen confundirse muy a menudo dos enfermedades localizadas en cuello de vejiga, que si bien llevan a la misma sintomatología, tienen, en cambio, una anatomía patológica bien diferente en cuanto a lugares de transformación tisural.

Esclerosis total del cuello es aquella en que el tejido hiperplásico invade todo el contorno del ostium, rodeándolo en forma de manguito, haciéndolo indistensible a la dilatación instrumental más arriba de cierto diámetro, muy inferior, por supuesto, al que normalmente soporta, no habiendo tratamiento médico ni mecánico que puedan forzar su pasaje a no ser provocando serios traumatismos en esa región.

La esclerosis parcial, en cambio, se halla siempre localizada en el labio inferior del cuello vesical; o cruza de parte a parte. El labio superior de estos casos se encuentra siempre libre y se deja distender fácilmente por instrumentos de gran calibre.

La sintomatología es lo único en común entre estas dos afecciones. La dejaremos de lado, por ser exactamente igual a la de todos los trastornos dependientes del cuello de vejiga y del adenoma de próstata.

Anatomía patológica. — La anatomía patológica, a parte de que siempre se halla basada en la transformación esclerosa

de los tejidos; se presenta de una manera muy diferente, tanto macroscópicamente como al estudio microscópico. Macroscópicamente (Fig. 1), la esclerosis irregular del cuello muestra al

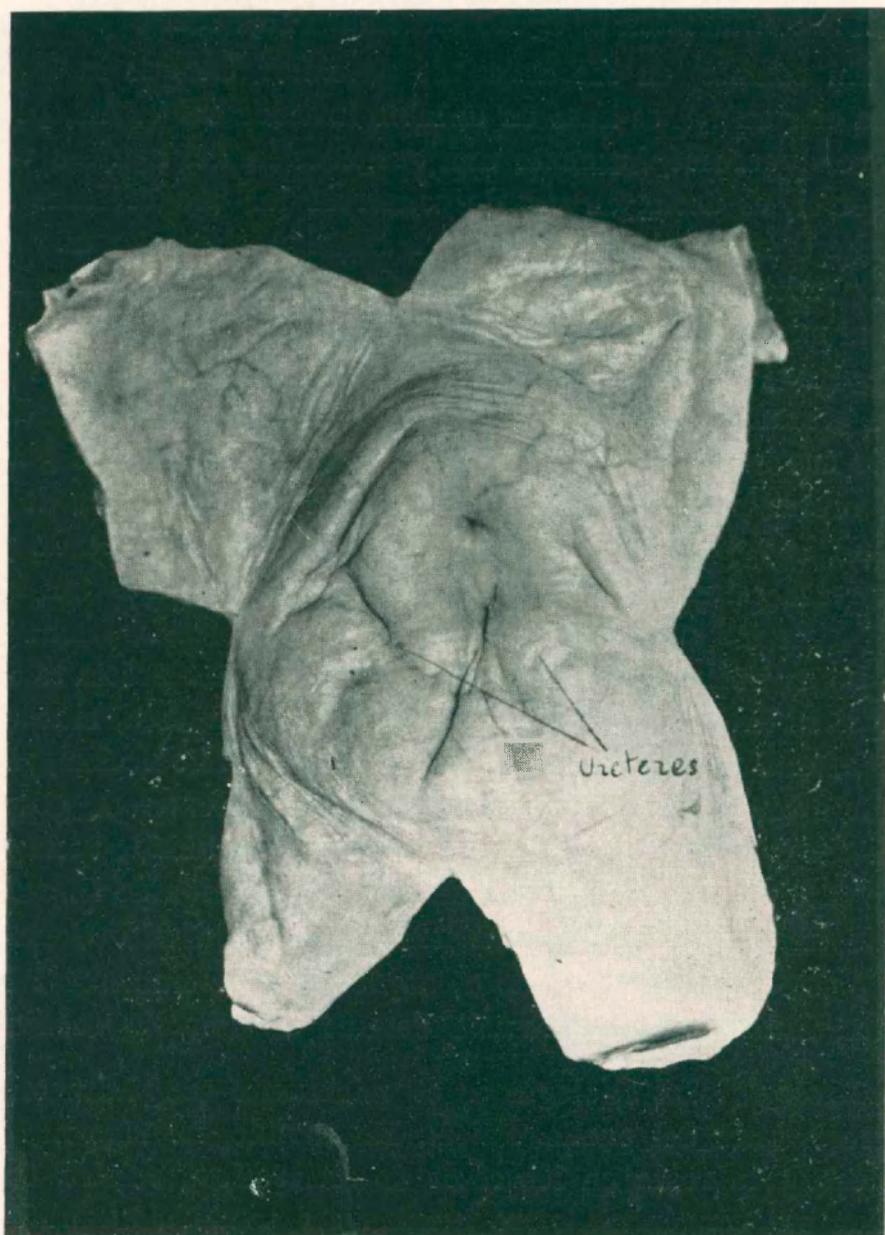


FIGURA 1

ostium vesical, por el lado de la vejiga, como un agujero puntiforme, circular, de cuyo centro parten irradiados numerosos pliegues divergentes; debido a la obstrucción la vejiga se tiene

que encontrar muy dilatada. Bajo el punto de vista microscópico, vemos en estos casos de esclerosis totales que en todo el rededor del cuello vesical se ha desarrollado un poderoso mango formado a expensas de tejido conjuntivo, que en especial manera ocupa la submucosa, invadiendo en los viejos portadores de tal lesión también el tejido muscular subyacente.

En cambio, en las esclerosis parciales, en que la hiperplasia conjuntiva se hace en el labio inferior del cuello, podemos ver macroscópicamente una exageración del agujero vesico-uretral, es decir, en vez de conservar las proporciones habituales entre sus labios superior e inferior, alarga de una manera preponderante la longitud de su labio inferior, espejándolo al mismo tiempo en su eje anteroposterior, que representa su espesor; este labio inferior adquiere la forma de una barrera situada en el suelo del cuello que separa muy nítidamente sus bordes abruptos, la cavidad vesical, por una parte, y la uretra posterior, por otra; también en estos casos de esclerosis, la vejiga se halla enormemente dilatada y sureada por numerosas columnas. Microscópicamente, observamos tan sólo la hiperplasia conjuntiva situada en el labio inferior; esta lesión no es única ni se comporta como en las esclerosis totales en que la invasión alcanza solamente la submucosa, sino que engloba casi siempre al músculo propio del cuello vesical, mezclándose entre sus fibras, formando un conglomerado tisural entre fibras conjuntivas y músculo propio, pudiendo reemplazar a este último en los casos en que la evolución de la enfermedad haya avanzado lo suficiente como para ello. Generalmente este proceso va unido a la presencia de numerosos linfocitos, indicando la existencia de una inflamación crónica.

Etiología: La etiología es especialmente congénita en la esclerosis total del cuello vesical. En cambio, no rige necesariamente esta regla en los casos de esclerosis parciales, éstas pueden ser congénitas, pero pueden ser también adquiridas. Las inflamaciones crónicas de la próstata y de las vesículas seminales juegan un papel preponderante en este sentido; comienzan generalmente con esas congestiones de cuello que se presentan en forma intermitente, para, poco a poco, debido a la injuria repetida, el tejido submucosa aumenta el porcentaje

de sus fibras conjuntivas, que van invadiendo profundamente todos los demás elementos anatómicos circunvecinos.

Diagnóstico: Aparte de las diferentes características de distendibilidad consideradas como elementos de diagnóstico, podemos basarnos para llegar a la certeza casi completa en el estudio endoscópico de estas dos afecciones.

El diagnóstico endoscópico, en las esclerosis totales, se hace por la regularidad de circunferencia, que adquiere el cuello vesical. Debido al instrumento, además, como es indistendible más arriba de cierto número, el tejido perteneciente a esta zona se encuentra muy apretado contra el cistoscopio, motivo por el cual se produce una isquemia bien marcada, que hace variar el color rojizo del cuello vesical, en el blanco característico de todo tejido en que se detiene por cualquier motivo su irrigación sanguínea. Si sugerimos al enfermo que orine, la visión endoscópica no varía en lo más mínimo, hay inmovilidad absoluta de todo el contorno del cuello vesical.

En las esclerosis parciales, en cambio, el diagnóstico endoscópico es bien fácil, mediante el cistouretroscopio de Mc. Carthy, o mejor con el panendoscopio del mismo autor, se tiene una visión casi perfecta de todo el reborde uretrovesical. En los cuellos normales, tanto el borde superior como los laterales e inferior forman en sus uniones un arco de círculo suave y sin ángulos agudos de ninguna especie; además, el labio inferior forma un solo plano con el trigono por su lado vesical y con la pared posterior de la uretra por su lado uretral. En cambio, cuando existe la presencia de esclerosis en el borde inferior del cuello vesical, éste se levanta enormemente sobre su nivel normal en la zona trigono-cuello-uretra, de manera que interrumpe francamente este plano liso, formando una barrera que lo cruza transversalmente. Al observar la vejiga desde el cuello vesical, tenemos, en estos casos, la sensación de caída perpendicular de este último al unirse con el trigono. Los extremos laterales de esta barrera mediana se unen a los bordes laterales del cuello vesical, no ya en arco de círculo, sino en un ángulo de 90°, y más agudo también si el desarrollo fibroso es considerable. Otro detalle que nos puede hacer pensar en esta enfermedad es el aumento de distancia entre el

borde vesical y el borde uretral del suelo del cuello; el borde uretral, en los casos de gran desarrollo, se hace a expensas de la fosa retromontanal. Es interesante dejar constancia de que en nuestros casos patológico siempre hemos visto que el cuello y la uretra posterior se unen en ángulo recto, estando aparentemente el verumontanum aplicado contra la rampa vesical del cuello que se encuentra hipertrofiado. Al sugerir la idea de orinar, el enfermo mueve tan sólo el labio superior; normalmente, el que entra en acción es especialmente el labio inferior del cuello vesical.

Tratamiento. — Es de suma importancia la diferenciación de estas dos formas de esclerosis de cuello. El tratamiento es totalmente diferente; no podemos aplicar una regla general, como sería la resección a cielo abierto de la totalidad del ostium vesical como preconiza Marion; en las fibrosis parciales, es completamente innecesaria la aplicación de este procedimiento; someter a un paciente a intervención de tal categoría consideramos que está completamente de más, máxime que ella importa la resección del labio superior del cuello, que en estos casos se encuentra perfectamente sano. El procedimiento de la resección cuneiforme del cuello de vejiga, se debe hacer en las esclerosis totales; es lo único que, lógicamente, puede aliviar a estos pacientes. En las esclerosis del borde inferior de cuello de la vejiga, tenemos suficiente con la resección endouretral del mismo; podemos hacerlo, ya sea con el "Punch" o mediante el cuchillo diatérmico. Nosotros empleamos, especialmente, el "Punch" modificado por Me. Carthy, quien le agregó un sistema óptico que permite seguir paso a paso la intervención bajo el control de la vista. Este procedimiento nos ha dado excelentes resultados consiguiendo en la mayoría de los casos la curación completa de todo trastorno urinario; la hemorragia post-operatoria, la controlamos con el panendoscopio, electrocoagulando todo vaso que sangra; luego colocamos en permanencia una sonda semirígida No. 24, dejándola 48 horas, después de este tiempo, se saca y el enfermo puede retomar sus actividades sin inconvenientes.

A continuación leeremos algunas historias clínicas de casos que hemos operado:

A. C., 50 años; jornalero. Entra al servicio, el 13 de mayo de 1931.

Antecedentes. — Blenorragia hace 25 años.

Enfermedad actual. — Comienza con nicturia, hace 5 años; (una o dos veces). Hace un mes, este síntoma se agravó, aumentando su frecuencia, hasta 5 veces por noche, con dolores al orinar. En esta última semana se presenta con poliuria diurna y nocturna cada 2 horas.

Estado actual. — Bajo el punto de vista uro-genital:

Riñones, no se palpan.

Micción, dificultosa; cuyo chorro cae a los pies del sujeto.

Orinas, claras.

Retención, 60 grs.

Uretra, libre.

Próstata, nada de particular.

Genitales externos, nada de particular.

Cisto-uretroscopía: vejiga a columnas; uréteres normales, ligamento inter-uretérico y trígono, nada de particular. Cuello de vejiga, elevado, aumentado de tamaño, simulando una barra transversal, esta se une a las paredes laterales de cuello, formando ángulo agudo. Uretra posterior, alargada en la fosa retromontanal.

Tratamiento.—Se resecan tres trozos del labio inferior del cuello de la vejiga, uno medio y dos laterales, los tres del tamaño aproximado a un garbanzo. Se fulgura cuidadosamente la zona operatoria, constatando la ausencia completa de sangre, dejamos al enfermo sin sonda permanente.

Post-operatorio, excelente. El enfermo pudo orinar sin ninguna dificultad, desde los primeros momentos, manifestando que nunca había orinado tan libremente como en ese momento. Es dado de alta, sin retención.

E. G.; edad, 55 años. Comerciante. Mayo 5 de 1931.

Antecedentes. — Blenorragia, a los 18 años, quedando desde entonces una uretritis crónica.

Enfermedad actual. — Comienza a los 2 años, con polaquiuria, tratándola con dilatación y masajes prostáticos, mejorando bastante en ese entonces, con dicho tratamiento. Últimamente, comienza de nuevo sus trastornos urinarios traducidos por polaquiuria, dolor al final de la micción, que no ceden esta vez con el tratamiento de dilatación y masajes.

Estado actual. — Riñones no se palpan.

Orinas turbias.

Retención, 150 grs.

Uretra, permeable.

Próstata pequeña fibrosa, con algunas adherencias. Vesículas palpables, ambas.

Genitales externos, normales.

Cisto-uretroscopía; mucosa vesical algo rojiza; uréteres nada de particular, trigono aumentado de tamaño, cuello de vejiga francamente elevado, uniéndose en ángulo recto con sus paredes laterales; en uretra posterior, el lado uretral del cuello, hace un levantamiento bien neto, para unirse con la pared de la uretra en ángulo agudo, dejando de esta manera una fosa retromontanal bien marcada; verumontanum chico con los orificios de los conductos eyaculadores entreabiertos.

Tratamiento. — Se reseca con el aparato sacabocados de Mc Carthy, dos trozos de tejido, del tamaño de un garbanzo cada uno, situados en el labio inferior del cuello. Se observa salida profusa de sangre, en la herida operatoria. Se coloca sonda permanente No. 24.

Durante el transcurso del día de la operación, debido a los coágulos que tapaban frecuentemente la sonda, el enfermo se encontró muy incómodo. A la mañana siguiente, el enfermo se halla en mal estado general con lengua seca; 130 de pulso; la sonda se hallaba completamente obstruída, palpándose globo vesical hipogástrico, debido a esto se evacúa la vejiga con una sonda de Thompson, extrayéndole gran cantidad de coágulos. En ese mismo momento, hicimos una nueva inspección visual de la zona operada, constatando que no daba sangre, a pesar de esto, colocamos nuevamente sonda permanente; al día siguiente, y en los días sucesivos, el enfermo mejora rápi-

damente. A las 72 horas, se saca la sonda, estando sus orinas libres de sangre.

Es dado de alta, el 15 de mayo, habiendo desaparecido los



FIGURA 2

fenómenos subjetivos que incomodaban al enfermo, constatando al mismo tiempo la falta absoluta de retención urinaria.

El estudio anátomo-patológico de los trozos de tejido, pertenecientes a este enfermo, nos demuestra que se trata de una hiperplasia fibrosa del suelo del vesical. (Figura 2).