

CISTALGIAS ENDOCRINAS

Por los Dres. A. TRABUCCO, J. C. LURASCHI y L. P. PONTE

Gran cantidad de pacientes concurren a nuestro servicio con manifestaciones de polaquiuria, disuria y dolor miccional en grado variable, y al ser examinadas sus orinas son claras y su órgano vesical anatómicamente normal, es decir, sin modificaciones provocadas por órganos vecinos: matriz, vagina, ovario e intestino. Los cultivos de sedimento urinario siempre fueron negativos, igualmente su examen somático, descontando toda alteración psíquica u orgánica, tanto congénita como adquirida, en especial del árbol urinario.

Este estado patológico lo denominamos cistalgias endocrinas.

Enfocamos su estudio de la siguiente manera: primero realizamos el examen del órgano vesical, debiendo ser su capacidad superior a los 250 cc., luego citoscópicamente controlamos con la mayor atención la zona trigonal y cuello vesical, continuando luego la exploración de la uretra con el uretroscopio de Mc Carthy. Terminado este estudio instrumental, le hacemos efectuar esfuerzo a nuestra paciente y ante cualquier alteración que se observe en vagina, o incontinencia de orina aún muy ligera, practicamos entonces cistografía simple y luego completamos con cistografía de Hogdinson.

En las 48 horas siguientes, para evitar cualquier alteración que hubieren dejado las maniobras antedichas, nuestros pacientes, previa higiene de órganos genitales, orinan en recipientes esterilizados, para efectuar estudios con su sedimento. Luego con una pequeña cureta de uso odontológico efectuamos el raspado por separado de trigono, uretra y vagina.

Para ello introducimos en forma muy suave por meato uretral la cureta hasta región trigonal, inclinamos y efectuamos entonces el raspado; el material extraído se extiende sobre un portaobjetos, repitiéndose luego idéntica maniobra con uretra y vagina. La delicadeza con que hemos actuado, nos evitó la hemorragia que inutilizaría el material extraído. Este material es luego desecado al aire durante breves segundos, y colocado en alcohol-eter en partes iguales, coloreándolos posteriormente con la técnica de Shorr.

Presentamos 18 pacientes, cuya sintomatología de polaquiuria, disuria y dolor miccional es común, y cinco de ellos además manifestaron incontinencia de orina de muy pequeña cantidad.

D. I. de R. 54 años. Examen endoscópico: poliposos de cuello vesical. Examen de sus extendidos acción hipoestrogénica.

M. C. de S. 51 años. Examen endoscópico: hipertrofia de cuello vesical; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

G. F. 51 años. Exámenes: endoscópico: trigonitis cartográfica, leucoplasiforme, que ocupa cuello y trigono hasta uréter; de sus extendidos: acción hiperestrogénica.

M. R. de A. 53 años. Exámenes: endoscópico: trigonitis cartográfica limitada a porción trigonal; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

B. L. 28 años. Menstruaciones irregulares, 1/28, 2/28, 2/30. Exámenes: endoscópico: uretrotrigonitis; de sus extendidos: acción hiperestrogénica.

L. J. 50 años. Cistografía frente y perfil igualmente cistografía de Hogdinson. No mani-

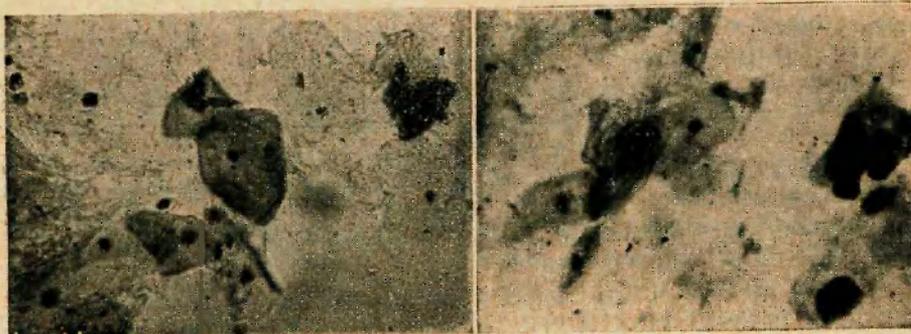


Fig. 1

Fig. II. - Hiperestrogénica

fiestan alteraciones de paredes vesical ni uretral. Exámenes: endoscópico: trigonitis, edema de labio de cuello vesical inferior; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

A. M. 38 años. Menstruaciones dolorosas: 4/28. Exámenes: endoscópico: trigonitis leucoplasiforme; de sus extendidos: acción hiperestrogénica.

M. C. 43 años. Miomectomía a los 41 años. Exámenes: endoscópico: trigonitis leucoplasiforme, cartográfica, englobando ambos uréteres y, de sus extendidos: acción hipoestrogénica

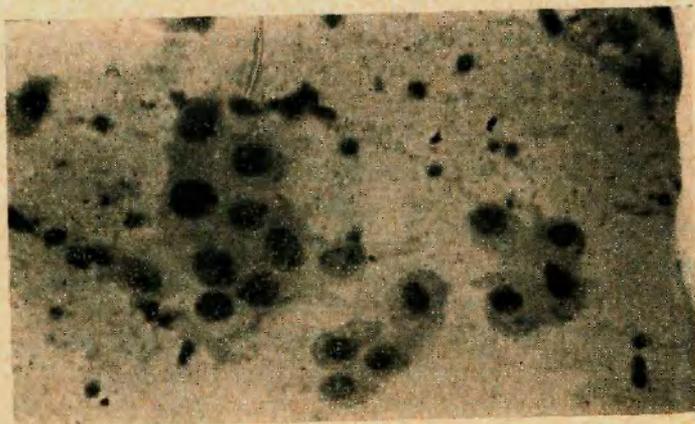


Fig. III. - Hipoestrogénica

H. G. 43 años. Menstruaciones 3/28. Cistografía frente y perfil igualmente cistografía de Hogdinson no evidencian alteraciones de pared vesical ni uretral. Exámenes: endoscópico: trigonitis leucoplasiforme; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

B. Ch. 54 años. Exámenes: endoscópico: trigonitis leucoplasiforme que se extiende al labio inferior de cuello vesical y engloba ambos uréteres; de sus extendidos acción hipoestrogénica.

R. M. de J. 51 años. Cistografía frente y perfil igualmente cistografía de Hodgkinson no manifiestan alteraciones de pared vesical ni uretral. Exámenes: endoscópico: trigonitis con edema de labio inferior de cuello vesical, meato ureteral derecho ligeramente congestionado; examen de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

M. C. H. de A. 38 años. Menstruaciones 4/28, 4/30, muy dolorosas. Cistografía frente y perfil igualmente cistografía de Hodgkinson no manifestaron alteraciones de pared vesical ni uretral. Exámenes: endoscópico: trigonitis leucoplasiforme; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

M. A. de G. 49 años. Menstruaciones indoloras 4/30. Exámenes: endoscópico: trigonitis que engloba ambos meatos ureterales, edema de labio inferior de cuello vesical; de sus extendidos acción hipoestrogénica.

T. A. de L. 56 años. Cistografía frente y perfil igualmente cistografía de Hodgkinson no manifiestan alteraciones de pared vesical ni uretral. Exámenes: endoscópico trigonitis leucoplasiforme; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

M. E. S. 18 años. Menstruaciones irregulares y muy dolorosas. Exámenes: endoscópico uretrotrigonitis; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

A. de F. 38 años. Menstruaciones 3/28. Exámenes: endoscópico: trigonitis, edema de labio inferior de cuello vesical; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

M. I. G. de O. 40 años. Menstruaciones irregulares, 1, 2/28 a 30, muy dolorosas. Exámenes: endoscópico: edema bulboso que se extiende desde el cuello a trigono, englobando a meato ureteral derecho; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

R. de C. 75 años. Exámenes: endoscópico: trigonitis, leucoplasiforme; de sus extendidos: acción hipoestrogénica.

Interpretaciones de nuestros pacientes:

Por el estudio radiográfico, obtenemos un concepto anatómico de los planos cervicales y las relaciones entre el trigono y uretra. Pues muchas disquinesias de cuello son producidas por desviaciones de estos planos, como sucede en los prolapsos, cistocele o mala posición de cuello uterino, que muy bien pueden producir cistalgias.

Exámenes endoscópicos: estando la superficie interna de la vejiga cubierta por un epitelio de transición, a excepción de la zona trigonal, que presenta un epitelio de diferente estructura, de aspecto blanquecino, localizado desde la parte distal del trigono, hacia el cuello vesical, epitelio que representa gran semejanza con el que recubre vagina, de espesor considerablemente mayor, con células mayores que las del epitelio de transición, siendo igualmente la presencia de glicogeno otro factor de diferenciación.

Nos preguntamos si no habrá actividad funcional de este epitelio ante los estímulos hormonales cíclicos, y ante una alteración de los mismos se manifestara con: una hiperemia arterial activa, o bien palidez, ante un desequilibrio estrogénico; o la hipertrofia y descamación ante estados hiperestrogénicos, siendo la proliferación de células epiteliales de menor altura y quedando entre ellas filetes nerviosos, al descubierto, que provocaron reacciones dolorosas al contacto con la acidez de la orina, lo que caracterizaría el estado hipoestrogénico.

Pero es el estudio celular el que nos da el grado de alteración hormonal; nuestros pacientes los separamos en dos grupos: 10 de ellos son menopáusicas, las 8 restantes mujeres con ciclos sexuales más o menos normales, a quienes practicamos los raspados a los 4 a 5 días luego de finalizada su menstruación, es decir, eludimos los dos momentos máximos de eliminación de esteroides, uno relacionado con la ovulación y el otro con la fase luteínica.

Interpretamos que cuando existe una marcada proliferación con manifestación leucoplasiforme es porque la inducción estrogénica es muy activa, ob-

servando tanto en los preparados de sedimento de orina como los obtenidos por raspado, una gran descamación, algunos leucocitos y células acartuchadas, coloreados con Briolorich Scarlet y el orange G que denota marcado trofismo estrogénico, Fig. I y II. En cambio, en los raspados donde predominan las células basales activas, que se colorean con verde FCF[®] del Shorr, indicaría una detención de la producción estrogénica, Fig. III.

De acuerdo al resultado de los raspados en nuestros 18 pacientes practicamos instilaciones vesicales a retener, una por semana, en serie de cuatro, luego nuevo estudio si su sintomatología no ha presentado la mejoría deseada. En 15 la realizamos con estrogénos, en 10 fueron suficientes 4 instilaciones de 5 mg., utilizando como vehículo aceite gomenolado esteriel 5 cc. Los restantes 4 necesitaron dos series y la última, aún con estrógenos por vía intramuscular no ha obtenido mejoría.

Los 3 que presentaron estados hiperestrogénicos reaccionan fácilmente a las instilaciones con andrógenos, 10 mg. por instilación, obteniendo con una sola serie los resultados deseados.
