

VEJIGA DOLOROSA

Por los Dres. PEDRO J. SANTISTEBAN y JUAN J. ARMENGOD

Hemos creído de interés presentar a ustedes este caso, que nos planteara una serie de problemas. No hemos podido encasillar la afección dentro de las vejigas neurogénicas ya que el examen neurológico practicado nos mostró el estado normal de su sistema nervioso central y periférico. Tuvimos, pues, que situarla dentro de lo que Boeminghaus denomina vejiga dolorosa e irritable, o sea cuadros patológicos vesicales que iniciándose como cistitis agudas entran en la cronicidad y derivan hacia la retracción vesical. La pérdida de la capacidad vesical, debida en un principio a la hiperexcitabilidad nerviosa espástica y a la hipersensibilidad vesical frente al excitante hace posteriormente, al avanzar la inflamación, que la vejiga se transforme en una cavidad fibrosa y rígida.

Por supuesto, llegar a este diagnóstico significa descartar una serie de procesos patológicos vesicales de etiología conocida, tuberculosis vesical, úlcera de Hunner, etc.

Boeminghaus insiste que en estos casos, para que el tratamiento quirúrgico pueda tener posibilidades de éxito, debe instituirse lo más rápidamente posible, en el primer período, sin esperar que la vejiga se transforme en un órgano fibroso y rígido. En este segundo período deberá recurrirse a las operaciones plásticas vesicales.

El caso clínico es el siguiente:

F. F., 21 años, soltera. — Radicada en el interior del país. Se inicia su enfermedad en el año 1951.

Manifiesta que luego de ser operada de una apendicitis no pudo orinar, haciéndolo con mucha dificultad, y haciendo retención hasta de 48 horas. Posteriormente recobra su micción aunque nunca en la forma normal que tenía antes de ser operada. Cuando consulta lo hace manifestando que tiene incontinencia ortostática y de decúbito, no pudiendo resistir los deseos de orinar, aunque no la aquejan dolores miccionales.

El examen revela una paciente demacrada, con mal estado general. Se hacen análisis de sangre, hemograma y fórmula leucocitaria, que arroja una anemia discreta de 3.640.000 g. r. Orina, Wasserman, Kahn Standard y Presuntivas, L. C. R. normales. Uremia y glucemia normales.

Cistoscopia: No revela nada de particular.

El 21 de setiembre de 1951 bajo anestesia epidural y con Panendoscopia de McCarthy se efectúa sección de cuello vesical a las 6 horas. Se deja sonda a permanencia.

El 12 de octubre de 1951 orina espontáneamente, con orinas claras, reteniendo sus micciones, por lo que se da de alta.

El 21 de noviembre de 1951 reingresa acusando los mismos síntomas por los que consultara anteriormente.

El 4 de diciembre bajo anestesia general se hace sección del cuello a las 4 y 8 horas. Sonda permanente.

El 14 de diciembre no orina espontáneamente. Se indica Unitestón.

El día 23 continúa con su cuadro retencionista.

Se hace cistoscopia. Resultado: Esclerosis de cuello vesical.

El 17 de enero de 1952 bajo anestesia general y por vía endoscópica se hace resección de cuello vesical. Sonda a permanencia.

Evolución: La enferma recupera sus micciones, aunque con discreta polaquiuria, siendo dada de alta el 1º de febrero de 1952.

El 29 de octubre de 1955 reingresa al servicio acusando polaquiuria intensa, con micciones dolorosas. Anteriormente y en el intervalo, fué tratada en Buenos Aires, donde se le hizo una nueva resección endoscópica. Análisis de rutina incluida investigación de bacilos de Koch: negativo. Se medica con Buscapina, y es dada de alta mejorada el 11 de noviembre.

El 13 de enero de 1958 reingresa al Servicio. Lo hace manifestando que desde que se retiró la última vez continuó con polaquiuria; que ésta se ha intensificado cada vez más acompañándose de dolores a la micción, dolores que se han ido intensificando de tal manera que cada vez que tiene que orinar tiene miedo de hacerlo dadas las molestias que le despierta el acto. Se indican nuevos análisis. Salvo una discreta anemia de 3.575.000 g. r. y una eritrosedimentación de 14. los exámenes son normales. Se vuelve a investigar bacilo de Koch, con resultado negativo.

Cistoscopia: Arroja resultados negativos. No hay en paredes vesicales lesión alguna que pueda explicar este cuadro.

Estudios radiográficos: Negativos.

Con este cuadro se decide hacer la anestesia de los erectores con la técnica de Darjet el día 10 de febrero de 1958.

El resultado fué malo. Se acompaña un cuadro que la misma enferma anotara luego de efectuada la anestesia citada.

Las micciones se produjeron: 9hs.40', 10hs.55', 11hs.30', 11hs.55', 12hs.35', 13hs.25', 15hs., 15hs.45', 16hs.35', 17hs.35', 18hs.5', 18hs.50', 19hs.40', 20hs., 20hs.10', 20hs.25', 20hs.50', 21hs., 21hs.50', 22hs.30', 22hs.55', 23hs.35', 23hs.40' 0h.5', 0h.45', 1h.15', 1h.50', 2hs.20', 2hs.25', 2hs.35', 2hs.45', 3hs.5', 3hs.35', 3hs.45', 4hs., 4hs.25', 4hs.55', 5hs.25', 6hs.

Como aclaración a estos datos debemos hacer notar que salvo en las primeras micciones, en que la enferma no acusó casi dolor, en las demás acusó dolor de intensidad variable, necesitando en muchas de ellas calmantes para poder realizar el acto miccional.

Cistotonometría: A los 25 cm. cúbicos de agua la enferma experimentó deseo de orinar. A los 75 cc. de agua el deseo era intenso.

El día 3 de marzo de 1958 se decide intervenirla quirúrgicamente para practicarle operación Richer.

Bajo anestesia general se efectúa la intervención siguiendo la técnica descripta por Richer.

Postoperatorio: A los 5 días se retira la sonda uretral. Manifiesta tener dolores a la micción localizados en el trayecto uretral de intensidad tolerables. El día 15 sus micciones son indoloras y las realiza cada 4 horas. Manifiesta que sus dolores vesicales y sus deseos imperiosos de orinar han desaparecido.

El 19 de marzo es dada de alta, debiendo concurrir a los tres meses para su control.

En controles sucesivos la enferma se ha encontrado libre de los síntomas que originaran sus padecimientos.