

HEMORRAGIA GRAVE DE VEJIGA, ESTALLIDO DE ARTERIA

Por los Dres. L. REBAUDI, J. SAUBIDET y A. R. BASILICO

La rotura espontánea de una arteria vesical, complicación rara cuya etiología resulta difícil aclarar, nos mueven a traer este caso a la consideración de ustedes.

Confesamos que al abrir la vejiga los primeros sorprendidos fuimos nosotros, ya que la mayor parte de los procesos no tumorales de vejiga, traen como consecuencia la obstrucción de las arterias, de ahí la poca frecuencia de las hemorragias de esta naturaleza en contraposición de la mayor frecuencia de las hemorragias venosas por várices.

Presentamos a ustedes la historia clínica del enfermo para extraer después las conclusiones que en nuestro concepto aclaran la etiología de la hemorragia arterial.

Historia clínica (resumida): N. N., 30 años, argentino, lustrador de muebles, soltero. Ingresa el 28-1-48.

Antecedentes personales: Niega venéreas, a los 10 años es operado en un hospital de esta ciudad, practicándosele una meatotomía en un meato hípospádico. Hace 5 meses operado nuevamente en el mismo hospital por hipospadia balanico, efectúan entonces un meato perineal colocando una sonda permanente. Estuvo por este motivo internado 47 días.

Desde hace 12 horas hematuria total espontánea indolora con coágulos medianos, entrando 8 horas después en retención completa concurriendo por ese motivo a este servicio, donde queda internado.

Se constata la vejiga a 2 traveses de dedo por debajo del ombligo y es dolorosa, se explora entonces la uretra y a nivel del bulbo uretral se nota una estrechez en forma de anillo correspondiendo al meato perineal de la operación anterior.

Se intenta evacuar la vejiga con una sonda bequille n° 18, resultando esto imposible por la existencia de coágulos; se introduce entonces una sonda metálica efectuándose la eliminación de los coágulos que bloqueaban la vejiga y a pesar del lavado minucioso la hematuria continúa en forma tan intensa que impide el examen cistoscópico. En estas condiciones el enfermo es

intervenido de urgencia; previamente se efectúa un examen clínico general, el que sólo deja como sedimento patológico un acné polimorfo de la región dorsal.

La operación se efectúa con anestesia raquídea y consiste en una talla vesical hipogástrica. Abierta la vejiga se amplía su incisión y se constata la presencia de numerosos coágulos que son extraídos; se coloca entonces un separador de Legueu. La mucosa vesical está congestionada, despulida, de aspecto granuloso. Por detrás del trigono en el lado derecho, se comprueba la entrada de una celda de 1,5 centímetros de diámetro y sobre el borde inferior de ésta se ve una arteriola pequeña que late y sangra con sangre roja (el chorro podría calcularse en 1 mm. de diámetro). Cuello vesical y meates normales. Se procede a electrocoagular el vaso sangrante, se tapona la celda con gasa. Se achica la brecha vesical y se deja sonda de Pezzer nº 28. Drenaje de Retzius con Rubber. Durante el acto operatorio se efectúa una transusión de 200 c.c.

Post-operatorio: normal.

Con la orina del enfermo se efectúa un examen directo buscando Koch y una inoculación al cobayo, dando ambos resultados negativos. Una reacción de Wassermann da resultado negativo en dos oportunidades; en cambio la Kahn resulta positiva una vez y negativa la segunda. El examen de sangre efectuado el 3 de febrero de 1948 da R. G. 3.300.000. El examen de los esputos es con respecto al Koch, negativo. El análisis de orina es normal.

El 22-III-48, se efectúa una primera cistoscopia, existiendo sólo 100 c.c. de capacidad, la mucosa congestionada con abundantes celdas y columnas, no se encuentra nada de particular, salvo la presencia de la sonda de Pezzer en la herida hipogástrica. Cuello vesical normal.

El 20 de abril se efectúa una nueva cistoscopia, observándose a más de los detalles anteriores, el pequeño orificio aún persistente de la talla que no se ha cerrado todavía, por detrás de éste se ve una depresión y dentro de ella el orificio que comunica con un divertículo, posiblemente del uraco.

Cistorradiografías:

I. — De frente: La vejiga llena con 150 c.c. de solución opaca, se la observa deformada con una prolongación hacia arriba como si existiese un divertículo del uraco. El contorno vesical irregular se lo adivina por encima de la sombra antes dicha, la irregularidad está producida por numerosas celdas de gran longitud, sobre todo en su base derecha. A la derecha se observa el dibujo nítido de un reflujo vésicorenal pasivo.

II. — Lateral derecho. Se observa la prolongación superior como si fuese realmente la dilatación del uraco, su comunicación con la vejiga se halla estrechada por la parte anterior. Se reproduce aquí la deformación del contorno vesical por las celdas y el reflujo ureteral derecho pasivo, a más puede apreciarse la hipertrofia del músculo vesical.

La pielografía por eliminación deja apreciar la ptosis renal bilateral y la hidronefrosis derecha.

Buscando una explicación a la rotura arterial traemos aquí como una hipótesis lo siguiente: Se trata de un enfermo con una estrechez congénita de su meato hipospádico; hipertrofiado el músculo vesical se hace posible el reflujo las conclusiones que en nuestro concepto aclaran la etiología de la hemorragia vésico renal derecho por incontinencia de la válvula ureteral y la formación de grandes celdas vesicales colocadas como es posible verlas en la cistorradiografías, especialmente en la base derecha, estas celdas están colocadas precisamente en el sitio de la entrada de los vasos vesicales, es entonces posible que una de estas

celdas inflamadas al contraer adherencias en las proximidades de un vaso muscular haya hecho posible la degeneración de la pared vascular y la posibilidad de una rotura espontánea.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *En este enfermo hubiera sido interesante completar el estudio con una uretrografía para comprobar si el meato hipospádico o estrecho es el causante de la lesión suprameática o si, además, existe una esclerosis de cuello que macroscópicamente, sin probar la quinesia del cuello, no se puede determinar muy correctamente.*

Con la uretrografía se hubiera podido verificar si existe una dilatación suprameática y si existe un trozo de cuello que hubiera podido explicar la patogenia de la dilatación vesical de pseudodiverticular superior y de dilatación con reflejo uteteral.

Dr. Surra Canard. — *Con motivo de tener que estudiar un enfermo de veinte y tantos años, estudiante de medicina, por un tumor supravescical extra-urinatio en un operado de hipospadias, cambiamos ideas con el cirujano, al respecto.*

Es de observación bastante frecuente encontrar que en la hipospadia se piensa en la solución del problema estético, pero no se tiene en cuenta usar el procedimiento de plástica en lo que se refiere al problema de la funcionalidad del canal ureteral.

En ese paciente, fué imposible hacer exploraciones por las vías naturales porque el procedimiento había mantenido una estenosis por detrás y a nivel del sitio del orificio meático congénito. Además, al hacerse un colgajo a expensas del periné, tenía un divertículo que llegaba hasta la parte lateral del orificio anal.

Creemos que es necesario considerar al hacer las plásticas para devolver la estructura anatómica normal de los hipospádicos congénitos, no solamente pensar en el procedimiento más útil en lo que se refiere a la estética, sino también en la funcionalidad, de manera que ese enfermo en el porvenir tenga una vida urinaria libre.

En ese caso, podré hacer lo que sugiere el Dr. Trabucco, que es examinar el cuello, porque no sería raro que al lado de una lesión congénita del orificio meático pueda existir una lesión congénita del orificio vesical.

Dr. Schiappapietra. — *Hace unos años, atendí de urgencia en el Servicio del Hospital, un enfermo al que tuve que hacer una aspiración para extraer los coágulos vesicales; se encontraba con los síntomas de una hemorragia grave. Aspiré los coágulos, limpié la vejiga y la próstata al examen endoscópico, mien-*

tras era animado con transfusiones. Cuando mejoró el pulso, tuve oportunidad de verificar la hemorragia en forma de latido por un vaso situado en la cúpula. Como lesión concomitante, el enfermo tenía una cistitis. Hecha la electrocoagulación posteriormente, el enfermo curó.

Seguí esa cistitis. Investigué su etiología y no hallé otra causa que una infección de orden banal. Dos años después, vi a ese hombre con una púrpura y meses después, con una hemorragia semejante en vejiga, que me obligó a seguir el mismo tratamiento anterior. Esta vez no hubo necesidad de aspirar coágulos, porque cuando notó la aparición de la hemorragia vino al Servicio, donde se le hizo una electrocoagulación. Desde ese entonces no tuvo ningún otro episodio hemorrágico.

Dr. Bernardi. — Tratándose de la vejiga con pequeños divertículos, es fácil observar estados angiomatosos en el fondo de los divertículos, como lo verificamos en un caso presentado hace dos años.

Muchas veces, esos estallidos arteriales se deben a esos pequeños angiomatosos que se producen en el fondo de los divertículos. Sería conveniente, pues, hacer un prolijo examen del fondo de los divertículos a fin de que se pueda comprobar la verdadera causa de la hemorragia.

Dr. Rebaudi. — Agradezco a mis distinguidos colegas sus contribuciones.

Al doctor Bernardi, le diré que estamos de acuerdo en que es posible que los divertículos infectados hayan traído la degeneración de la pared, que nosotros quisimos extraer, y esa sea la causa de roturas arteriales.

A los doctores Trabucco y Surra Canard, les expresaré que no se ha tratado de hacer un examen completo del paciente, dado que, naturalmente, la intervención fué de urgencia, y el enfermo estaba en muy malas condiciones. La hemorragia era profusa, hacía unas horas que perdía sangre, la vejiga estaba llena de sangre. Al ser intervenido, se observó el vaso que sangraba, y se lo electrocoaguló, es decir, que no se hizo otra cosa que la operación de urgencia típica. Tratamos luego de buscar la causa de la rotura vascular y a eso se refiere nuestra comunicación.

Por otra parte, la existencia de una dilatación por encima del meato hipospádico, posiblemente es estéril, puesto que hace 10 años, cuando tenía 20 de edad lo intervinieron de meato hipospádico filiforme en un Hospital, y después intentaron la operación plástica del hipospadias.

Probablemente exista una lesión de cuello. Como el enfermo aún concurre a nuestro Servicio, pensamos hacerle una cisto-electroscopia. El hecho esencial por el cual traemos este caso a la Sociedad no es por las lesiones por encima del meato hipospádico, sino por las intensas hemorragias que debimos cohibir en una intervención de urgencia.