

Disectasia del cuello vesical ⁽¹⁾

por el doctor

M. Bretón

A. V., de 52 años, natural de Tolón, casado, ingeniero.

Antecedentes: Después de una blenorragia que se curó con lavajes, le quedaron molestias a la micción, consistentes en retardo y el chorro delgado, y sin fuerza, molestias que fueron aumentando hasta llegar a la retención completa de orina, que requirió sondaje evacuador. Notó que el viaje en coche le aumentaba las molestias y llegó, cada tres horas, a sondarse él mismo. En un viaje a París acude a la consulta del doctor LEGUEU, que le diagnostica "cálculo fosfático" vesical y le es practicada una litotricia por dicho profesor. Ello fué en marzo de 1920. Después de un corto período de mejoría vuelven a reaparecer las molestias polaquiuria, chorro retardado, filiforme, etc., que le alivian lavajes de protargol, aconsejados por el profesor LEGUEU. Tuvo también manifestaciones orquíticas.

En marzo de 1922 vuelve a París (su residencia era en Palma de Mallorca) y una cistoscopia le es practicada por el citado profesor, asegurándole que no tiene cálculo alguno. La micción retardada, filiforme y orina turbia.

En junio de 1925, aumentadas las dificultades de la micción, acude a un urólogo de esta capital, que después de una cistoscopia le dice no hay seguridad de curarle con una operación, y como único recurso le aconseja sondarse él mismo cuando tenga deseos de orinar. Así lo hace, encontrando gran alivio y aclarándose bastante la orina.

En agosto de 1930 se le rompe la sonda, quedándole un trozo en la vejiga. El médico que le venía atendiendo aprecia la sonda y paredes de vejiga cubiertas de sales calcáreas; y no teniendo instrumental para extracción, le hace aplicaciones de alta frecuencia en el vientre. El cuerpo extraño no le aumenta las molestias. Trasladada su residencia a Barcelona, empieza

a sacar trocitos de sonda con incrustaciones calcáreas a cada sondaje para orinar.

En este estado acude por primera vez a nuestra consulta en 10 de noviembre de 1930. La cistoscopia pone de manifiesto una cistitis incrustada y un trozo de sonda calcificada también junto al cuello. Intentamos su extracción con las pinzas del cistoscopio de Mac-Karty, y no es posible porque se "pulveriza". Además, la intensa cistitis contribuye a enturbiar rápidamente el medio y dificulta las maniobras cistoscópicas.

Sometemos al paciente a un enérgico tratamiento antiséptico urinario a base de lavaje de nitrato argéntico y administración de Uromitol, acidificación de la orina, etc.

A pesar de que periódicas cistoscopias no demuestran anomalías de vejiga, dada la lentitud con que se consigue aclarar algo la orina y la retención total, la sometemos a un examen cistorradiográfico que nos corrobora la no existencia de imagen diverticular.

Así llegamos hasta el mes de abril, en que desaparecidas las incrustaciones vesicales, persiste un edema de la mucosa vesical junto al cuello (ya no expulsa el enfermo trozos de sonda al sondarse), ocultando el cuerpo extraño.

Invitando al enfermo que orine durante el examen uretro-cistoscópico con el Mac-Karty, no podemos apreciar la más ligera contractura o modificación del contorno del cuello vesical.

Le propongo la intervención con la doble finalidad de extraer el cuerpo extraño y practicarle la extirpación del cuello esclerosado, única causa, a mi juicio, de la retención total de orina, dada la ausencia de síntomas prostáticos, clínicos y anamnésticos, la ausencia de obstáculo uretral, la no existencia de divertículos, etc.

Consultado nuevamente el profesor LEGUEU, da la misma opinión.

Ingresa en nuestra clínica el 8 de junio. Azo-

(1) Comunicación a la Sociedad Catalana de Urología. Octubre 1932

hemia 0'30. F. S. F. 35 % a la media hora, vía endovenosa.

Operación 9 de junio—a la Raquianestesia—. Talla hipogástrica; y con sorpresa, extracción del presente cálculo, aplanado, enclavado en el cuello y ofreciendo, como podrán apreciar, en ambas caras superior e inferior, un surco longitudinal labrado por el paso de las sondas, durante seis años que venía el enfermo sondándose y varias veces cada día; ni rastro de sonda.

Con abundantes y repetidos lavajes de vejiga conseguimos aclarar casi totalmente la orina, y dejamos reducir el orificio de la talla en forma que permite su oclusión con un dedil de goma repleto de agua, para, llena y distendida la vejiga con líquido, hacerle orinar, lo que no consigue ni a gotas.

En 14 de julio, segundo tiempo operatorio. Extirpación del cuello haciendo tracción del mismo con una pinza de garfios y resección circular a un centímetro del orificio y otro de profundidad (facilitada la maniobra por el separador trivalvo con iluminación). Al corte con la tijera sensación de tejido fibroso.

El examen histo-patológico del cuello extirpado, practicado por el Dr. PIERA FLO, denota un tejido fibroso (esclerosis).

Durante el período post-operatorio, algunas dilataciones con el Kollmann posterior a nivel del cuello, pues el paso de las sondas a su nivel ofrecía resistencia. Sale de la clínica el 30 de agosto, restablecida la micción y con el orificio supra-púbico cerrado. A los pocos días reabertura del mismo, que con dilataciones al Kollmann y antisépticos urinarios conseguimos cierre definitivamente.

En la actualidad sigue completamente bien, acudiendo a mi consulta cada dos meses para someterse a una dilatación *profiláctica*.

El caso clínico que acabo de exponeros sugiere ligeras consideraciones de orden diagnóstico, etiológico y terapéutico.

En lo que hace referencia a diagnóstico, dada su forma de comienzo y evolución, polaquiuria con que comenzó, disuria, crisis de retención progresiva y frecuentes hasta llegar a la retención completa, interpretamos al enfermo en el sentido de ofrecer un *síndrome de oclusión cervical*.

En efecto; en las retenciones *de origen vesical* es lo primero la atonía de la vejiga, la disminución o pérdida de su contractilidad, debida corrientemente a una lesión del sistema nervioso central; espina bífida, sífilis... (nuestro enfermo la tuvo). En el caso que he expuesto empezó por lo contrario de la falta de contractilidad, con polaquiuria; además, el examen cistoscópico no ofrecía el aspecto liso o ligeramente trabeculado de una vejiga con parálisis, sino con abundantes celdas, tampoco presentaba otros trastornos de orden neurológico. Pudimos por tanto descartar el origen vesical de la retención.

Ya hemos dicho también que la cistorradiografía no acusaba en ninguna de sus dos proyecciones en que fué practicada imagen diverticular alguna. Y todos sabéis que algunas veces determinan los divertículos vesicales, la retención.

El calibre uretral permitiendo la uretrocistoscopia, nos autorizaba a desechar el diagnóstico de estrechez blenorragica y también por el aspecto del cuello sin las deformaciones características de la hipertrofia prostática (se nos ofrecía rígido, agarrando el instrumento sin contractilidad) permitía eliminar el adenoma. Podría ayudarnos a excluir esta posibilidad también la falta de síntomas al tacto rectal, edad del enfermo 38 años.

Tampoco nos daba la impresión de la especial variedad de prostatismo descrita por MARIÓN en la Sociedad Francesa de Urología el año 1926, con el nombre de "hipertrofia congénita del cuello vesical". Nuestro enfermo empezó la disuria en época de su vida tardía con arreglo a la descripción de dicho profesor, no ofrecía tampoco la imagen cistoscópica descrita en esta afección (borde posterior como un rodete con una depresión por detrás). El examen anatómopatológico demostró no haber hipertrofia

del tejido muscular, sino la abundancia de tejido fibroso-conjuntivo, que precisamente es lo contrario que nos dice MARIÓN del examen histológico de sus piezas operatorias.

Hicimos, pues, el diagnóstico de disectasia del cuello vesical por fibrosis del mismo, descrita por los autores americanos con los nombres de *Contracturé* "stenosis" fibrosis... *of the neck of the bladder*.

Debo hacer hincapié en que ni en los exámenes cistoscópicos ni en las radiografías practicadas por mí pude apreciar la presencia de un cálculo.

Igual ocurrió con las de otros colegas. Constituyó, como he dicho al exponer la historia clínica, una sorpresa operatoria el hallazgo del cálculo, no pequeño, que habéis tenido ocasión de observar.

En el orden etiológico ¿a qué atribuir la esclerosis del cuello de nuestro enfermo?

Hojeando la literatura sobre este particular, he retenido como más adaptable a nuestro caso, unas observaciones de MINET (Ass. franc. de Urologie año 1923) que dice "... muy a menudo presenta el cuello una estrechez anular, rígida y de estructura fibrosa; esta esclerosis puede localizarse al cuello o extenderse a toda la próstata y a toda la uretra posterior. Estas alteraciones de origen inflamatorio pueden suceder a supuraciones prostáticas o peri-prostáticas; fuera de estos casos, la etiología es poco precisa; sin embargo, se observa la sífilis y la litiasis en los antecedentes de gran número de estos enfermos", y de YOUNG (Practice of urologie, I pág. 451 y II pág. 481). "Esta *contracture* del cuello puede ser la secuela de una cistitis ciónica difusa o de una cistitis localizada alrededor del meato vesical, secundaria ella a su vez a una uretritis posterior crónica o a una prostatitis crónica... La blenorragia no parece desempeñar un papel evidente; sin embargo, en algunos enfermos el comienzo de los trastornos mic-

cionales coincide con una uretritis gonocócica... La *contracture* puede suceder igualmente a infecciones crónicas de orígenes diversos, tales como sondajes repetidos, cálculos, intervenciones quirúrgicas en la región del cuello."

R. DOSSAT, en su trabajo "La pathologie de col de la vessie" de los *Archivos urológicos Necker* (tomo VI, pág. 439), al ocuparse de los trastornos funcionales del cuello y de sus causas locales: "En otros casos, la retención parece ser consecutiva a una *esclerosis del cuello de origen vascular*: se invoca ya la sífilis (MINET), la arterioesclerosis (BUERGER), un espasmo vasomotor de la enfermedad de Raynaud (GERAGTHY)..."

De lo expuesto podemos deducir que en nuestro enfermo existían todas las causas etiológicas alegadas por los autores citados, uretritis-prostatitis, sondajes, calculosis... lesiones inflamatorias del cuello, la lúes produciendo lesiones esclerosantes de origen vascular; y como causa determinante la litotricia, a partir de cuyo trauma operatorio la retención consecutiva (siempre transitoria en cuello normal) fué en este caso definitiva.

El tratamiento no podía ser otro que la extirpación del cuello. Después de vencer con la cistectomía previa y abundantes lavajes la intensa cistitis y extracción del cálculo.

El éxito acompaña casi siempre a esta intervención, cuando radica en el cuello la causa de la retención. Recordemos a propósito de ello, que en la prostatectomía de hecho se extirpa siempre el cuello y a ello son debidos principalmente los buenos resultados operatorios (ya que no se discute que muy pocas veces es por el volumen de los adenomas o a la obstrucción mecánica por ellos determinada que se presenta la retención). En la prostatectomía por vía peri-

neal, el esfínter liso es con frecuencia res-petado (WATSON), siendo una causa no des-preciable de resultados imperfectos con esta técnica.

Los tratamientos por vía endo-uretral (BOTTINI, forage de LUYS, punch operation de YOUNG, con sus inconvenientes de hemorragia e infección y hasta la recidiva por posible existencia de adenomas inadvertidos, no los juzgamos aplicables a nuestro caso, por la intensa infección y presencia de cuerpo extraño (trozo de sonda... y cálculo).

RESUM

L'autor relata l'observació d'un malalt de 52 anys d'edat, el qual va sofrir als 38 una blenor-ràgia amb prostatitis i orquitis que li deixà trastorns disúrics, fins arribar a la retenció completa, veient-se obligat a sondejar-se ell mateix. En maig de 1920 li fou practicada pel professor Legueu una litotricia per càlcol fosfàtic. Després d'un curt període de millora, torna altra vegada la retenció i amb un dels sondatges se li trenca la sonda, quedant-li un troç a la bufeta. En aquest estat acudeix al comunicant (no-vembre 1930) que intenta l'extracció per vies naturals encara que inútilment, ademés pel tèr-bol del medi, cistitis incrustada, perquè en fer la presió amb la pinsa endoscòpica es "pulveritza" el troç qualificat de la sonda.

La radiografia no denota càlcol. La cistora-diografia per davant i obliqua permet descartar un possible diverticol responsable de la persis-tent piúria i fins de la retenció. La sintomato-logia clínica i dades d'exploració, edat de començament, etc., permeten eliminar que es tracta d'un prostàtic; no hi ha estrenyiment uretral. A l'examen uretro-cistoscòpic amb el Mac-Karty, no es possible apreciar la més lleugera modifi-cació o contractura del contorn del coll invitant a què orini el malalt.

Amb el diagnòstic de "esclerosis del coll" li fou practicada l'extirpació del mateix, prèvia talla vesical que va permetre descobrir i extreure un voluminós càlcol aplanat i ambdues cares rentat un surc pel pas de les sondes durant els 6 anys que venia sondant-se el malalt.

L'acte operatori fou coronat per l'èxit, per res-

tabliment de la micció i aclarir-se l'orina, conti-nuant bé el malalt en l'actualitat. L'examen his-to-patològic del coll extirpat va confirmar que estava integrat per teixits fibrosos.

L'autor s'extent, al comentar el cas, en consi-deracions d'ordre diagnòstic, etiològic i terapèu-tic.

En aquest cas existien totes les causes alle-gades per distints autors per a aquesta malaltia: uretro-prostatitis, sondatges, calculosis-cervical, etcètera, determinants de lesions inflamatòries del coll; la sífilis produint lesions esclerosants d'origen vascular, i com a causa determinant el traume d'una litotricia, amb la retenció con-secutiva que, sempre transitòria en coll normal, en aquest cas fou definitiva.

Els tractaments per via endoscòpica endoure-tral (apart dels inconvenients d'infecció, hemor-ràgia, recidiva per possible existència d'adeno-ma no eren aconsellables en el cas presentat per la intensa infecció i presència del cos estrany.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit le cas d'un malade, âgé de 52 ans, qui dans sa 38^{ie} année a eu une blen-norrhagie avec prostatite et orchite qui lui ont laissé des troubles dysuriques, jusqu'à la reten-tion absolue, ayant été obligé d'employer la son-de sur lui-même. Au mois de mai 1920, M. le Prof. Legueu lui a fait une lithotritie pour des calculs phosphatiques. Après une brève amélio-ration, la rétention est réapparue; en employant la sonde, celle-ci s'est cassée, et un morceau est resté dans la vessie. Dans ces conditions le malade est venu se visiter et l'auteur a essayé inutilement l'extraction par les voies naturelles.

La radiographie ne montre pas de calcul. La cysto-radiographie, de front et oblique ne fait voir aucune cause ni de la pyurie persistente ni de la rétention. La symptomatologie clinique, les données de l'exploration et l'âge du malade au commencement de la maladie nous permettent d'éliminer l'idée d'un prostatite; il n'y a pas de rétrécissement uretral. Dans l'examen uretro-cystoscopique avec le Mac-Karty on ne peut apprécier ni la moindre modification ni contrac-tion des environs du col de la vessie.

Avec le diagnostic de "sclérose du col de la vessie" l'extirpation du même a été pratiquée; d'abord une incision vésicale a permis la dé-couverte et l'extraction d'un volumineux calcul

aplati, sur les côtés duquel on a pu apprécier les excavations causées par l'emploi du catheter pendant 6 ans.

L'opération est réussie, la miction a été rétablie; actuellement le malade se trouve très bien.

L'examen histo-pathologique a démontré que le col était formé par tissu fibreux.

Dans ce cas il y avait toutes les causes alléguées par les différents auteurs: uretro-prostatite, emploi de sonde, calculose cervicale, qui déterminent les lésions inflammatoires du col; la syphilis qui produit des lésions scléreuses d'origine vasculaire et comme cause déterminante le trauma d'une lithotritie, avec la rétention consécutive, rétention toujours transitoire dans un col normal, mais dans ce cas définitive.

Le traitement par la voie endoscopique endouretrale (à part les inconvénients d'infection, hémorragie, rechute par l'existence d'une adénome) ne peut pas s'appliquer dans ce cas à cause de l'intense infection et la présence d'un corps étranger.

SUMMARY

The author describes the case of a patient of 52 years of age, who at 38 contracted a blennorrhagia with prostatitis and orchitis which left him with dysuric troubles; retention was complete and he was obliged to use a catheter.

In May 1920, Prof. Legueu carried out a lithotripsy for phosphatic gall stones. After a slight improvement retention began again and while the patient was using the catheter this broke and a portion of it remained in the bladder. In November 1930 the patient visited the author who tried unsuccessfully to effectuate an extraction by the natural conduct.

A radiograph showed no stones. The cystoradiograph, in both the front and the oblique position, showed that there was no possible other cause of the persistent pyuria and retention. The clinical symptoms, the data obtained on exploration and the age at which the condition began showed that it was not a case of a prostatic; there was no urethral narrowing. Examination by MacKarty's method showed not the slightest modification or contracture of the cervical region of the bladder.

With a diagnosis of "sclerosis of the cervical region of the bladder" the extirpation of the same was carried out; a bladder incision had previously shown the existence and permitted the extraction of a large flat stone, on both sides of which could be seen an excavation caused by the passage of the catheter during the 6 years it had been used.

The operation was successful, micturition was reestablished, the urine being quite clear.

The histo-pathological examination of the region which was extirpated showed it to be composed of fibrous tissue.

In this case there were all the various possible causes of inflammatory lesions: uretro-prostatitis, use of catheter, cervical calculosis; lues producing sclerosis of vascular origin; as a determining cause the trauma of a lithotripsy with its consecutive retention, always transitory under normal conditions, but in this case definitive.

Endoscopic endourethral treatment (apart from the disadvantage of infection, hemorrhage, relapse due to the possible existence of an adenoma) was not advisable in this case because of the intense infection and of the presence of an extraneous body.