

DISTONIA FUNCIONAL CONGENITA DE VEJIGA URINARIA CURADA POR EXTIRPACION DEL NERVIIO PRESACRO

J. PEDRO R. DE LEDESMA

Cirujano provincial de Cáceres y del P. N. A.

Por segunda vez publicamos el feliz resultado de la cirugía del simpático presacro en casos de alteraciones de la evacuación vesical.

Pero si en nuestra anterior publicación ("Medicina", julio 1949) había una explicación racional del trastorno, así como del resultado obtenido, no puede decirse lo mismo del que motiva este trabajo, al menos dentro de nuestros personales conocimientos sobre la materia. La historia clínica es la siguiente:

Felipe Salgado González, catorce años, de Piedras Albas (Cáceres).

Desde niño siempre ha tenido micción involuntaria nocturna y sigue teniéndola. De día la micción es voluntaria, pero frequentísima. No tiene dolor al orinar. Siempre apirético.

Observado en consulta, apreciamos un globo vesical considerable que alcanza dos traveses de dedo por encima del ombligo. Orina voluntariamente unos 20 c. c., pero el globo vesical persiste inmodificado. Se le sonda y se obtienen 500 c. c. de orina clara normal. El examen de laboratorio no ofrece ninguna anormalidad.

La radiografía sin contraste no muestra cálculos en ninguna parte del trayecto de las vías urinarias y tampoco existía espina bífida oculta. La radiografía con contraste (fig. 1) ofrece un cuello vesical plano, como

Por consiguiente, se mantiene la retención sin modificar. Pues las pequeñas oscilaciones de la cantidad retenida dependen de los líquidos que ingiere.

La cistoscopia muestra la mucosa elevada por potentes columnas musculares con depresiones entre la malla de las mismas. Ninguna alteración apreciable del trigono, de los uréteres ni de la eyaculación de colorante.

El niño tiene un evidente retraso orgánico y de la pubertad.

Se diagnosticó obstáculo orgánico del cuello vesical y éste no podía ser otro que hipertrofia del esfínter. Se supuso que la operación indicada sería la resección de cuello vesical, pero no la hicimos por dos motivos, a saber: 1.º Por nuestra insuficiente especialización, puesto que tiene una técnica propia de especialistas, mientras que la resección de presacro es más adecuada para un cirujano general.

2.º Por nuestro deseo de probar la eficacia de una cirugía funcional, esto es, la extirpación del elemento simpático representado por el nervio presacro, como antagónico del parasimpático sacro o nervio erigentes, que es el que rige el fenómeno de la micción. En el supuesto de una hipertrofia muscular del esfínter, ésta sería la consecuencia de su hipertonus congénito debido al predominio del elemento simpático (presacro), que rige su contracción, frente al parasimpático (erigentes), que regula su inhibición.

Los datos radiológicos eran, sin embargo, opuestos a la hipótesis que nos habíamos forjado, porque la imagen plana del cuello vesical es más propia de un trastorno orgánico que funcional.

La extirpación del nervio presacro se hizo el 17 de noviembre, con los siguientes resultados:

Hasta el día 24, sonda permanente.

Del 24 al 25, dos sondajes diarios, no orina espontáneamente.

Día 26, retención	170 c. c.
" 27 "	500 "
" 29 "	120 "
" 30 "	300 "
" 1 "	80 "
" 2 "	50 "
" 4 "	60 "
" 6 "	40 "
" 8 "	40 "
" 9 "	10 "
" 11 "	20 "
" 13 "	30 "
" 15 "	30 "
" 16 "	10 "
" 17 "	10 "
" 20 "	00 "
" 21 "	00 "
" 22 "	00 "

Por consiguiente, ha transcurrido un mes exactamente desde que se hizo la operación hasta que ha cesado la retención.

En nuestra anterior publicación la retención, a consecuencia de una punción medular, duró once años, y desde la intervención transcurrieron diecisiete días hasta que se restableció la normalidad en la evacuación vesical, que perdura desde 1945 en que fué intervenido. En este caso, por tratarse de una lesión medular, estaba afectado igualmente el esfínter anal, provocando un estreñimiento pertinaz que se corrigió con la operación.

En cambio, en el caso que motiva esta publicación la evacuación intestinal no se hallaba afectada. Ello parece indicar que la alteración congénita no era de origen medular, sino que afectaba al simpático después de su origen central.



Fig. 1.

corresponde a una presunta esclerosis muscular hipertrofica de esfínter, y un divertículo vesical a la derecha de la vejiga. Tacto rectal no ofrece ningún dato. Cateeterismo fácil.

Observado durante quince días, persiste la retención inmodificada. Se coloca sonda permanente durante siete días y se sonda en los sucesivos con el siguiente resultado:

8.º día, retiene	200 c. c.
9.º " "	500 c. c.
10 " "	300 c. c.
11 " "	300 c. c.

El adjunto esquema (fig. 2), compuesto de acuerdo con las ideas de GASKE-ROSS PÄSSLER acerca del mecanismo nervioso de la evacuación vesical y rectal, nos muestra que el elemento simpático, representado por el nervio presacro, tiene su origen en los segundo y tercero segmentos lumbares de la médula. Produce contracción del esfínter liso de la vejiga y parálisis del músculo detrusor, e idénticamente actúa sobre el recto, ocasionando cierre del esfínter liso del ano con parálisis de la musculatura de la ampolla rectal. El nervio parasimpático sacro o erigentes es el antagónico del anterior. Nace de los segundo y tercero segmentos medulares

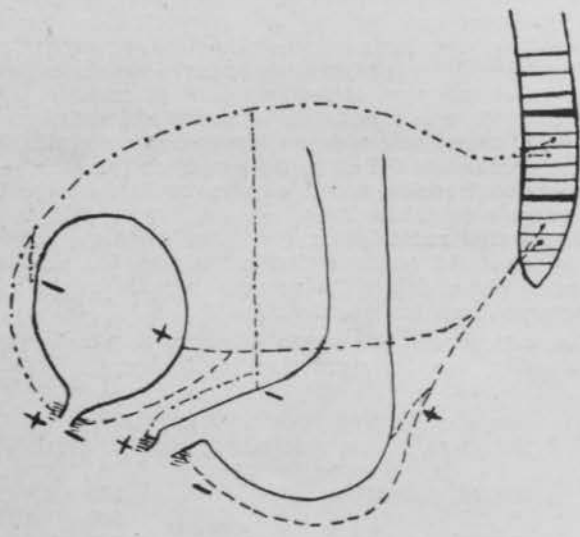


Fig. 2.

sacros y produce relajación de los esfínteres con contracción de los músculos de las paredes viscerales.

Entendidas las cosas con la simplicidad que marca este esquema, resulta que el presacro es el nervio de la retención vesical o rectal, mientras el nervio pelviano o erigentes es el de la evacuación. Tal esquema es suficiente para nuestra explicación, pero reconocemos que las cosas no son tan sencillas, porque no sabemos hasta qué punto dichos nervios actúan por mecanismo motor o inhibitorio, o son exclusiva o preferentemente nervios de la sensibilidad visceral, tanto del trigono cuanto de la sensibilidad a la distensión, provocando de este modo reflejos evacuadores. De no ser así no se comprende por qué después de seccionar el presacro no queda una polaquiuria o una incontinencia, ya que en tal caso el erigentes actúa sin la oposición del nervio antagonista. No es nuestro propósito resolver este problema de fisiología, sino que nos conformamos con aceptar el concepto simplista anteriormente enunciado, que satisface las necesidades de la práctica.

En nuestro caso presentado a las Jornadas Médicas de Sevilla y publicado en la revista "Medicina", de julio de 1945, a causa de una raquianestesia se lesionó la médula en el segmento sacro. La consecuencia fué una zona de anestesia perianal y retención vesical, pero al mismo tiempo se produjo retención de heces en

la ampolla rectal, porque el origen de los nervios presacro y erigentes regula la evacuación del recto por igual mecanismo que la vejiga.

En cambio, para el caso que motiva la publicación actual no vale la misma explicación, porque no hay trastornos de la defecación, por lo que no puede admitirse que el trastorno dependa de alteraciones congénitas localizables en el segmento sacro de la médula (como pasaría, por ejemplo, si hubiera una espina bífida oculta o una siringomelia). Por consiguiente, el trastorno congénito se refiere, bien a una hipertonía del simpático presacro, bien a una hipotonía del parasimpático pelviano o erigentes, pero fuera de su origen medular.

De todos modos, no concuerda esta hipótesis con la observación cistoscópica, que muestra columnas musculares entre cuyas mallas quedan profundas depresiones de la mucosa y hasta un divertículo vesical. Esto indica intensa contracción del músculo detrusor, siendo así que la hipertonía del simpático o su predominio debe causar la parálisis del músculo vesical al mismo tiempo que la contracción del esfínter.

Nosotros sólo podemos explicarnos este hecho de que haya contracción del esfínter sin parálisis del detrusor admitiendo que el trastorno congénito recae electivamente sobre las fibras simpáticas que regulan la contracción esfinteriana y no sobre la totalidad de las que componen el nervio presacro.

En tal supuesto se comprende que la neurectomía presacra en este enfermo haya resultado eficaz para el tratamiento de la retención, puesto que al suprimir el simpático cesa la contracción esfinteriana y se aumenta la del detrusor por el influjo absoluto del nervio erigentes.

PERFORACION DE VESICULA BILIAR

A. LUENGO R. DE LEDESMA

Médico Interno.

Hospital Provincial de Cáceres. Servicio del Dr. LEDESMA.

La perforación aguda de vesícula biliar es un accidente de muy escasa presentación.

Revisando los ficheros del Servicio Provincial de Cáceres, que abarcan un período de veinte años, solamente constan anotadas dos intervenciones por perforación vesicular.

Repasadas las publicaciones procedentes de centros especializados, sacamos la misma deducción a juzgar por las escasas referencias sobre el accidente.

Por lo demás, el hecho de que la perforación aguda de colecisto se haya dado en dos casos sin una historia clínica anterior de colecistitis, nos parece suficiente motivo para apuntar el presente con el propósito de nutrir la casuística.