

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 lumbaros 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 antagonista del anterior. Nace de los segundo y tercero segmentos medulares

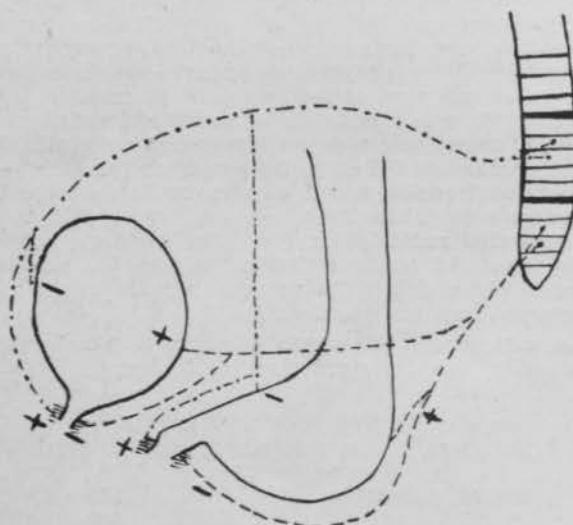


Fig. 2.

sacos 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 inhibidor, 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 hipertonia 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 hipertonia del simpático o su predominio debe causar las 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.

La falta de antecedentes, ya que sólo acusa que diez años atrás sintió dolores de estómago que tomando bicarbonato le cedían, síndrome que le dura unos meses, después de lo cual no le repite, desvía fácilmente el diagnóstico hacia otros accidentes agudos de vientre.

La enferma M. T. G., de sesenta y un años, con residencia en Cáceres. Ingresó de urgencia en nuestro Servicio porque catorce horas antes empezó a sentir dolores de vientre que paulatinamente van en aumento. Explorada por su médico de cabecera, notó "abdomen

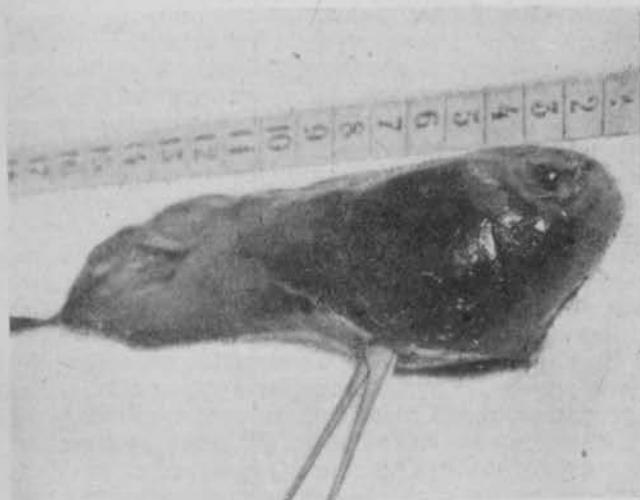


Fig. 1.

blando y depresible con dolor intenso a la palpación en zona periumbilical". No fiebre. Pulso rápido y tenso. La exploración radioscópica no mostraba existencia de gases subdiafragmáticos. Administra un comprimido de espasmopáver y más tarde una ampolla de tebaicin. Diez horas después percibe una tumoración supraumbilical, mandando a la enferma a nuestro Servicio.

Con este tipo de dolores, sin especial localización en hipocondrio derecho, el diagnóstico gira en derredor de perforación gástrica o pancreatitis aguda. La falta de neumoperitoneo, pulso rápido y la considerable adiposidad de la enferma, agregado a la presencia de una tumoración ligeramente móvil en mesogastrio, nos hacen rechazar la existencia de perforación y afianzarnos más al diagnóstico de pancreatitis aguda, sin olvidar que pudiera tratarse de un empiema vesicular.

Por todo lo cual creímos perentoria la intervención quirúrgica. Laparotomizando en línea media podríamos explorar estómago, páncreas y vías biliares. Así, pues, la perforación vesicular fué simplemente un hallazgo operatorio.

Ante la presencia de gran cantidad de bilis en peritoneo, una vesícula grande y calculosa parcialmente desprendida de su lecho, con la perforación cubierta casi en su totalidad por hígado, se amplia lateralmente la incisión, consiguiendo una colecistectomía ideal.

Aspirando el líquido vertido, se procede al cierre de la cavidad dejando drenaje.

En la figura primera aparece la pinza introducida por la perforación; en la segunda, una vez abierta, aparecen sus treinta y ocho cálculos, algunos de los cuales tenían un diámetro de casi 2 centímetros.

El postoperatorio transcurrió con relativa normalidad. Las temperaturas no sobrepasan de 37,6°, se observa

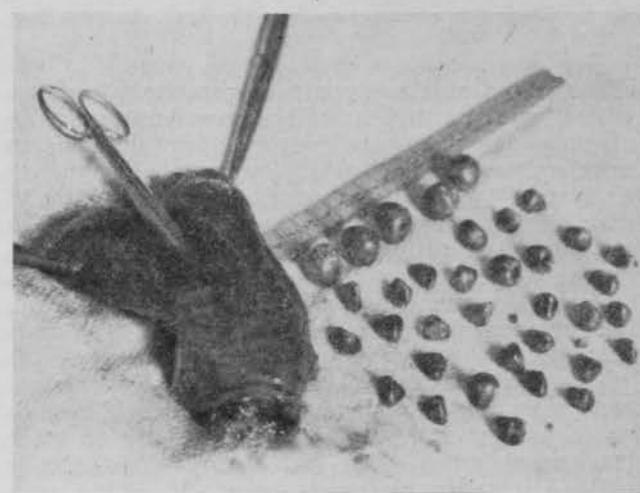


Fig. 2.

una ligera elevación de la urea en sangre (0,80), que por lo demás cede a tratamiento a los dos días.

Se retira drenaje al tercer día.

Se aplica penicilina a la dosis de 100.000 unidades cada cuatro horas durante las primeras cuarenta y ocho, continuando con estreptomicina (1 gramo diario) hasta un total de 10.

Con esta terapéutica cede por completo la febrícula, encontrándose la enferma completamente bien a los doce días de su intervención.

En resumen, presentamos un caso poco corriente de perforación aguda de vesícula biliar que ofreció dificultades diagnósticas, no obstante lo cual fué operada con éxito. Considerando como causa desencadenante de la misma la necrosis de la pared del colecistó a nivel de su lecho, producida por un decúbito de los cálculos sumado a una infección de la cavidad.