

LA ENERVACION DE LA VEJIGA TUBERCULOSA (*)

Dr. Jorge Lockhart

A pesar de que el moderno tratamiento de la tuberculosis urinaria ha determinado mejores posibilidades para la evolución, una acción eficaz en los períodos agudos de la enfermedad así como una ayuda primordial en el pre y en el post - operatorio, persisten a menudo problemas que toman mayor jerarquía a nivel del reservorio vesical.

Es conocida la utilidad del tratamiento médico para mejorar las lesiones a nivel de las mucosas, pero s también conocido que cuando la tuberculosis invade el intersticio ureteral o vesical, la eficacia disminuye y aunque su efecto se traduce a veces por fibrosis reparadora, ella lleva consigo la estenosis en el caso del uréter y en el detrusor, a la vejiga retráctil.

Además la propia enfermedad adquiere un ritmo evolutivo más lento y permite que la fibrosis sea mayor y más frecuente.

De ahí que en el momento actual se aprecien cierto número de secuelas de las vías excretoras urinarias.

Por otra parte, a su nivel pueden reaparecer y ello es muchas veces imprevisible las lesiones tuberculosas en actividad, agravándose el problema anatómico y por consiguiente el funcional. En efecto, además de que la reactivación de las lesiones del uréter y del reservorio llevan a un sufrimiento casi permanente e intolerable para el enfermo, caracterizado por dolores continuos, polaquiuria tenaz y ardores miccionales constantes, la lesión excretora, sea la obstrucción progresiva ureteral o la vejiga retraída llevan inevitablemente al sufrimiento del tacto urinario superior, y puede darse el caso de que aún no habiendo lesión tuberculosa en un riñón, puede originarse una hidronefrosis progresiva que lleva a las consecuencias imaginables.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa, el día 3 de agosto de 1955.

Por esa doble razón, es decir por el sufrimiento que trae aparejada una vejiga retraída y por la repercusión renal infaltable, es necesario tener una orientación terapéutica definida. Los antibióticos y la quimioterapia ya no son eficaces por tratarse, repetimos, de lesiones intersticiales: las instilaciones locales, de aceite gomenolado o soluciones analgésicas o de T.B.I. etc., actúan sólo sobre las lesiones mucosas.

Quedan 2 posibilidades: o aumentar la capacidad vesical con una ileocistoplastia o realizar la enervación vesical.

La primera actuando mecánicamente, la segunda porque seccionando el hipogástrico y los nervios erectores se consigue la anestesia de la mucosa y la paresia del músculo detrusor cuyo espasmo es suprimido.

Creemos que las etapas lógicas del tratamiento deben ser las siguientes: una vez confirmado el diagnóstico por la clínica y la cistografía, se procede a las infiltraciones anestésicas de los erectores y de los pudendos por las vías recomendadas por Darget. Si ellos dan resultado que por supuesto será transitorio, se realizará la enervación vesical, por la vía alta, operación de Richer u operación de Darget, o por vía baja, presacro - coccígea.

Con ese criterio actuamos en la enferma que presentamos y cuya historia es la siguiente:

Edad 39 años en 1936. Nefrectomía derecha por tuberculosis. Para sin mayores trastornos y en 1951 tiene sufrimiento renal izquierdo, se comprueba litiasis y se extrae cálculo único por pielotomía y presentando un riñón aparentemente normal.

Sin embargo se instala cistitis crónica con caracteres de bacilosis y el examen de orina confirma el diagnóstico. Pese a la terapéutica médica, mejora poco y se atribuyen sus sufrimientos al uréter restante de la nefrectomía derecha.

En 1952: ureterectomía. La mejoría no se produce y al cabo de algunos meses se exacerban los dolores hipogástricos y la polaquiuria. Se decide en 1953 la enervación vesical.

Previamente practicamos anestesia de los erectores por la técnica para-sacra de Darget con buen resultado que persistió 8 á 10 días. La enervación la realizamos por vía alta, mediana infra - umbilical. Se aisló el presacro y se liberaron ambos hipogástricos: la lámina de los plexos hipogástricos se traccionó hacia arriba y de ese modo se pusieron de manifiesto las ramas nerviosas que viniendo de 2, 3 y 4 sacras van a constituir el sistema erector que fué seccionado cuidadosamente.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Los dolores cesaron desde el primer instante persistiendo ardor miccional durante 2 ó 3 meses, imputable a las lesiones de la mucosa puesto que cedieron con instilaciones de aceite gomenolado.

En el momento actual a más de 1 año y medio, las micciones son normales, la capacidad vesical es de 250 cm. y la cistografía es normal.

La enferma se encuentra perfectamente bien, y es vigilada periódicamente teniendo en cuenta lo aleatorio que debe ser el pronóstico de una tuberculosis quirúrgica en todos los casos.

CONCLUSIONES

1) Se presenta un caso de vejiga retráctil tuberculosa con riñón único, tratada exitosamente por la enervación vesical.

2) Previamente se realiza la anestesia de los erectores por la vía de Darget que al ser eficaz, demuestra la posible utilidad de la intervención.

3) Se emplea una técnica similar a la aconsejada por Richer resecando el presacro, los hipogástricos con sus plexos y las ramas del nervio erector.