

ENFERMEDAD DEL CUELLO VESICAL*

Prof. F. GALLIZIA

Jefe del Servicio de Urología del Hospital Cottolengo
Torino (Italia)

AUNQUE sobre la fisiología de la micción se ha escrito mucho durante estos últimos tiempos, creo sin embargo no está todavía bien esclarecido su mecanismo. Creo no se le ha dado la debida importancia al papel que desempeña el esfínter interno del cuello vesical. Para nosotros, este esfínter tiene una significación únicamente genital. Esta es nuestra impresión que aparece fundamentada en algunas observaciones clínicas.

1) *Imposibilidad de orinar durante la excitación sexual.* — Durante la erección por excitación sexual, hay imposibilidad o gran dificultad en orinar por la contracción espástica del esfínter interno liso del cuello vesical.

2) *Comportamiento de la uretra posterior durante la eyaculación.* — Durante la eyaculación la uretra posterior se distiende por el aflujo del semen; esto origina en esta cavidad una presión que tiene por finalidad proyectar el lí-

quido seminal al exterior. Esta presión debe ser lo suficiente para vencer el tono del esfínter estriado. Esto va acompañado del cierre hermético determinado por la contracción del esfínter interno liso del cuello. Por lo tanto, creemos lógicamente llegar a la conclusión que dicho esfínter interno del cuello vesical tiene una función preponderante en el fenómeno de la eyaculación.

3) *Fenómeno de Schramm en el tabético.* — En este fenómeno existe parálisis del detrusor y parálisis del esfínter liso del cuello vesical. En estas circunstancias el tono de las fibras circulares de dicho esfínter está abolido y se observa aquel cuadro cistoscópico que se conoce con el nombre de signo de Schramm. La cavidad vesical comunica ampliamente con la uretra posterior; sin embargo, aun en los casos de repleción o distensión vesical no existe nunca incontinencia urinaria. Esto quiere decir que el esfínter interno no tiene

* Conferencia extraordinaria pronunciada en la Sesión del día 12-V-66. Presentado por el Prof. S. Gil Vernet. Académico Numerario.

ninguna función en la contención, que debe ser atribuida seguramente al esfínter estriado externo de la uretra membranosa.

4) *Pseudo-fenómeno de Schramm en los niños en la pre-pubertad.* — En la edad de la pre-pubertad, tal vez se asiste al llamado pseudo-fenómeno de Schramm: esto es, endoscópicamente se nota una abertura del cuello vesical injustamente interpretada como causa de enuresis. Este estado desaparece con la pubertad, durante la cual aparece el cuello con las características del adulto. Nosotros hemos observado el fenómeno de Schramm aun en niños antes de la pubertad que no son enuréticos, y la hemos visto desaparecer espontáneamente con la aparición de la pubertad. Basándonos en nuestras observaciones endoscópicas, interpretamos este fenómeno como una manifestación de inmadurez de un órgano que con la pubertad y al iniciarse la actividad sexual adquiere su completo desarrollo impidiendo que durante la eyaculación el semen refluya a la vejiga por el cierre hermético del esfínter interno del cuello vesical.

Sobre el hecho que el fenómeno de Schramm sea una causa de enuresis como creen algunos autores, entre los cuales Bonino y Borgno verifican intervenciones plásticas para corregir el cuello vesical, nosotros creemos que la enuresis no

es una incontinenia; es únicamente una micción involuntaria. Además, como hemos dicho, estas imperfecciones se corrigen espontáneamente con el inicio de la pubertad.

5) *Prostatectomizados.* — En los prostatectomizados el cuello vesical ha sido parcial o totalmente eliminado al enuclear el adenoma. En ellos la micción es normal y la continencia perfecta.

En la operación de Marion por estenosis éste es extirpado y en la imagen radiológica de la cistouretrografía miccional se ve la vejiga comunicar ampliamente con la uretra mediante un embudo de paredes rígidas (esta imagen se puede observar también en los prostatectomizados y en muchas vejigas neurógenas). En todos estos casos no existe incontinenia. En cambio en estos individuos, cuando la virilidad es conservada durante el acto sexual, es decir, durante la eyaculación, el líquido seminal en vez de ser expulsado al exterior refluye hacia la vejiga. Esto es una prueba de la función genital y no urinaria de esfínter interno.

De estas observaciones clínicas podemos deducir que el esfínter interno no ejerce acción en la continencia urinaria. En efecto, su destrucción no provoca incontinenia; sólo ocasiona el reflujo vesical del semen durante la eyaculación. Es decir, sirve para cerrar la uretra posterior a nivel del cuello

vesical durante la eyaculación, impidiendo el reflujo del semen hacia la vejiga.

ENFERMEDAD DEL CUELLO VESICAL

Esquemáticamente los elementos que entran a formar parte del cuello vesical son: 1) la mucosa, 2) las fibras musculares véscio-cervicales, 3) espacios vasculares eréctiles, 4) el esfínter interno, 5) el tejido fibroelástico, 6) glándulas intraesfinterianas, 7) próstata craneal.

Lesiones anatomopatológicas. — Gil Vernet ha descrito diferentes tipos de lesiones anatómicas:

1) Estenosis cervical provocada por un proceso inflamatorio crónico de la mucosa del cuello vesical. Se trata de una inflamación difusa de la mucosa a tipo hiperplásico (fig. 1).

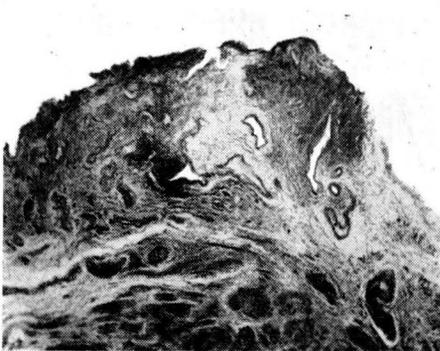


Fig. 1

2) Estenosis de origen inflamatorio consecutiva a una prostatitis crónica localizada en la glán-

dula craneal formando un anillo fibroso que impide la abertura del cuello (fig. 2).

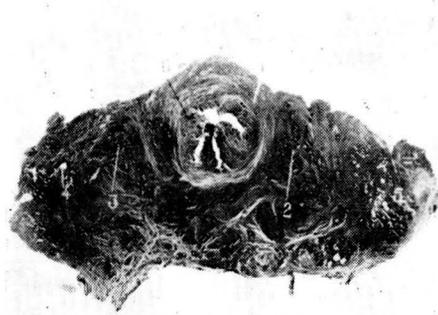


Fig. 2. — 1) Esfínter interno; 2, 3, 4, 5) Focos inflamatorios crónicos en la próstata craneal; 6) Fibras véscio-cervicales.

3) Lesiones de carácter degenerativo:

a) Degeneración fibrosa esclerótica producida por procesos litíasicos o de lesiones neurovasculares (degeneración fibrovascular).

b) Degeneración quística de naturaleza hemática desarrollada a expensas de espacios vasculares eréctiles situados en el corión de la mucosa uretral, sobre todo a nivel de la mucosa del cuello vesical (figura 3).



Fig. 3. — Quistes vasculares desarrollados alrededor del cuello vesical.

Etiopatogénesis de la enfermedad del cuello vesical

Innumerables son las hipótesis propuestas por diversos autores: Rubritius y Schwartz admiten como causa de esta enfermedad la hipertonia del esfínter interno: según estos autores, existiría una elevación del tono del esfínter no acompañada de una hipertonia del detrusor. Dossot y Fey y otros admiten un trastorno funcional sin lesión anatómica, esto es, una falta de coordinación neuromuscular entre el detrusor y el esfínter.

Estas teorías de la hipertonia idiopática del esfínter del cuello son difícilmente sostenibles, puesto que si existiese contractura o espasmo, éste no dejaría pasar la sonda. A este propósito, Pisani observa que estas contracturas pueden provocar crisis fugaces de retención, pero no las retenciones crónicas que son siempre debidas a lesiones definitivas.

Nosotros creemos que sólo los espasmos del esfínter estriado externo pueden determinar la retención. La retención ligada a trastornos funcionales de las fibras circulares lisas no puede ser únicamente debida al espasmo del esfínter liso; debe existir contemporáneamente una condición de paresia o parálisis del detrusor dado el antagonismo detrusor-esfínter. Esto es, no contrayéndose el detrusor, las fibras véscico-cervicales que de él derivan, no abren el cuello, que

permanece cerrado por la normal tonicidad del esfínter interno y del tejido elástico de la región.

Por lo que hace referencia a la patogenia de la forma congénita de la enfermedad del cuello vesical, Marion cree que es debida a una hipertrofia congénita del esfínter liso o bien a ausencia o deficiencias de las fibras dilatadoras del cuello representadas por las fibras véscicocervicales. Otros autores, en especial americanos, sostienen la existencia de una fibrosis congénita: Bodian habla de una fibroelastosis que interesa no sólo el cuello vesical, sino también el veru montanum. Opinión análoga sostiene Young. Thompson habla de una hipertrofia muscular consecutiva a un proceso inflamatorio crónico.

Es hoy en día admitida la existencia de válvulas congénitas como causas productoras de la enfermedad del cuello vesical.

Creemos lo mismo que Gil Vernet; no se ha podido comprobar la hipertrofia del esfínter interno. Tampoco ha podido comprobarse la hipertonia y la esclerosis primitiva de dicho esfínter.

Nuestros conceptos etiopatogénicos derivados de la observación clínica confirmados por estudios histotopográficos, llegamos a la conclusión de que no existe una etiología única de la enfermedad del cuello vesical; más bien es un síndrome que puede ser provocado por estados morbosos diferentes. Todos los procesos inflamatorios

crónicos que asientan en la región prostática, en especial en la próstata craneal, pueden provocar trastornos en la micción.

A estas conclusiones etiopatogénicas de Gil Vernet queremos añadir una conclusión personal.

Creemos que debe admitirse el principio anatómofuncional de que el esfínter interno es un órgano exclusivamente genital. Carece de función urinaria, como lo prueba el hecho de que su extirpación no provoca incontinencia.

CONCLUSIONES

1. El esfínter interno del cuello vesical es un sistema antagonista del detrusor. Después de la pubertad está mucho más desarrollado en el sexo masculino que en el femenino.

2. En el hombre tiene una función genital y no urinaria. Para el vaciamiento de la vejiga, puede constituir únicamente un obstáculo en circunstancias patológicas y asimismo fisiológicamente durante

la erección y eyaculación. No tiene ninguna importancia en la continencia urinaria; en efecto, después de la ablación del cuello, no hay incontinencia. La micción que antes estaba dificultada, se hace normalmente. Sin embargo, en estas circunstancias se produce un hecho de naturaleza genital: durante el orgasmo no existe la expulsión al exterior del líquido seminal; éste refluye hacia la vejiga.

3. Los diversos factores etiológicos en la estenosis del cuello vesical actúan en todo el sistema provocando una degeneración fibrosa mediante un mecanismo que en un primer tiempo es funcional y en un segundo orgánico. Hemos observado que la estenosis puede ser de naturaleza degenerativa con ausencia de procesos inflamatorios o bien presentarse como una esclerosis cicatricial. En estas circunstancias, aun observando lesiones pericervicales, la estenosis que se forma es siempre masiva circular total, por cuanto afecta al cuello.