

## LAS DEPRESIONES EN CISTOSCOPIA

Comprenden dos clases: I.—Las celdas y los divertículos. — Adquiridos, coinciden con las columnas vesicales, sus creadoras, prominencias de fibras musculares, que limitan las depresiones poco profundas, de bordes romos, muy irregulares, de número variable situadas en todas partes menos el trigono; bajo la dependencia de una retención crónica causante de una distensión de la vejiga; coinciden con hipertrofia de la próstata o con estrecheces uretrales; se encuentran a veces en los tabéticos o sin causa alguna atribuyéndose entonces a debilidad de la musculosa vesical.

Además de las adquiridas existen las celdas congenitales que se ven al cistoscopio como una mancha más o menos oscura, arredondeada u ovalar, limitada por bordes netos y dando el aspecto de una válvula, fondo liso, situadas en la parte lateral inferior de la vejiga, cerca de los orificios uretrales.

Cuando las celdas congenitales son de mayor tamaño se ven como mancha negra de dimensiones variables: son los divertículos. Su aspecto característico es casi inconfundible: el cistoscopio introducido en ellos deja ver un fondo liso, regular, a veces irregular, erizado de pequeñas eminencias secundarias, con cálculos o tumores vesicales sésiles o poliposos. La situación es variable pero generalmente cerca de los orificios uretrales.

II.—Lesiones ulcerosas y ulcero-vegetantes. — De diagnóstico

difícil no son reconocibles sino por el examen clínico en combinación con el cistoscopio. Son pequeñas, medias y grandes. Las primeras no pasan de 4 milímetros de diámetro, son debidas a la abertura de abscesos miliares. Las segundas son de un cuarto a medio centímetro y grandes son cuando ocupan toda una región de la vejiga. Las medias pueden aparecer como una exulceración, una erosión o una úlcera propiamente cuyo fondo está cubierto por depósitos fibrino-purulentos en aspecto de corona gris o amarillenta. Las grandes son muy variables: profundas, irregulares de superficie o de bordes o a la inversa. En la proliferación inflamatoria, son las lesiones ulcero-vegetantes. Juntamente con el estudio de las úlceras deberá hacerse el de toda la superficie vesical. Este mostrará varios casos, vejiga sana, vejiga con un poco de rubicundez difusa, vejiga con edema localizado alrededor de la úlcera y vejiga con infiltración alrededor de la úlcera caracterizada por la cistitis cerebriforme periulcerosa.

Las úlceras de la vejiga pueden ser traumáticas, parasitarias, sifilíticas, neoplásicas, por infección vanal o tuberculosa.

A.—Las úlceras traumáticas son generalmente debidas a la sonda en permanencia, a la litotricia, a un cuerpo extraño, a la fulguración de tumores, a las sondas uretrales, a la salida de un cálculo ureteral. Son peque-

ñas, de bordes irregulares, de fondo rosado. El diagnóstico se hace por la historia del enfermo.

B.—Las úlceras parasitarias se ven en la cistitis a bilharsias, son ulcero-vegetaciones; en el fondo de la úlcera aparecen formaciones botonosas que no son sino los shistosomas; las hematurias y el aspecto de numerosas eminencias pequeñas, blancas y refringentes les caracteriza.

C.—Úlceras sifilíticas de aspecto poliforme y sin caracteres definidos; son ulceraciones pequeñas de bordes y fondo rojos rodeadas de mucosa sana o bien son redondas de bordes espesos, tallados en pico, de fondo recubierto de una masa amarilla purulenta. El diagnóstico es difícil por el polimorfismo, casi imposible; sin embargo se hace porque el examen cistoscópico no permite clasificarlas en los otros grupos, por la reacción serológica y por el tratamiento específico de prueba.

D.—Ulceraciones neoplásicas.—El cancroide de la vejiga se presenta como lesión única de volumen mediano, bordes cortados, salientes y evertidos, de fondo irregular vegetante, de

color rojo grana; lesión muy limitada rodeada de mucosa sana. Cuando se trata de un tumor infiltrado ulcerado el diagnóstico es difícil; al cistoscopio se presenta como una superficie irregularmente mamelonada de color rojo con una ulceración en su centro de aspecto semejante al de la cistitis cerebriiforme pero localizada en mucosa vesical sana, pero a veces existen mismo tiempo lesiones inflamatorias y entonces sólo la biopsia y evolución resuelven el problema. E.—Ulceraciones de infección viral o tuberculosas son generalmente exulceraciones despolimientos de la mucosa vesical de aspecto saliente sobre la vecindad, fondo poco excavado, superficie granuda, recubierta de una secreción muco-purulenta amarilla, adherente, que deja partes libres de color rojo suave; está limitada por un borde estrecho, levantado, uniformemente amarillento, como coronando la ulceración.

Además de estas ulceraciones típicas de tuberculosis se presentan otras variedades: la que I representa la ruptura de granu-

*r*

laciones es redonda, de bordes tallados, de fondo gris rosado, circunscrita en algunos milímetros por una zona congestiva. Las grandes tienen bordes irregulares, rasgados y desprendidos debido a la situación de las granulaciones que, separadas, han creado zonas ulceradas confluentes, de fondo variable de coloración y regularidad, a veces liso y rosado, otra blanquecino o amarillento, según las secreciones depositadas en su fondo.

También las ulceraciones por infección vanal son capaces de afectar las mismas variaciones de las tuberculosas de donde la dificultad del urólogo de hacer por el simple examen cistoscópico el diagnóstico diferencial. Pero en general la exulceración que da la impresión visual de eminencia es tuberculosa. Si están situadas en la periferia de los orificios ureterales o en el vértice de la vejiga debe pensarse igual cosa, máxime si existen al mismo tiempo granulaciones. No sucede así cuando hay edema y rubicundez de la mucosa vesical *traduciendo* una cistitis, entonces sólo la evolución de la enfermedad y el cateterismo de los uréteres están en capacidad de aclarar el diagnóstico.

*Fenómenos de válvula y de grifo en cistoscopia*

Sucede a veces que una hematuria imposibilite la exploración cistoscópica de la mucosa vesical y cuanto más se lave mayor sea aquélla. Sucede también en el curso de esos lavados

algunos fenómenos capaces de orientar al urólogo en el diagnóstico: el fenómeno de válvula consistente en que el líquido inyectado en la vejiga no regresa por el tubo lavador en cualquier orientación del cistoscopio; el fenómeno de grifo por el que el líquido regresa bien si el cistoscopio está orientado de un cierto lado pero no sale girándolo a cualquier otro lado.

Explicación: cuando existe un cuerpo extraño o pólipos en la vejiga se colocan en la luz del cistoscopio y no dejan salir el líquido, pero es necesario que sea constante para tener un valor efectivo y ser demostrable por la aspiración. Es un signo raro pero efectivo de poliposis vesical. Puede también observarse en los casos de gangrena de la mucosa vesical por idéntico mecanismo y entonces se diferencia por los síntomas clínicos.

El signo del grifo tiene parecida explicación: la luz del cistoscopio es obstruida colocándolo en un cierto lado por un tumor vesical que no deja salir el líquido pero girándolo a otro lado el tumor ya no tapa y entonces sí puede regresar aquél. Sirve además para indicar el volumen por la distancia que deba recorrer en su giro. Como el signo de la válvula este deberá ser constante para tener valor efectivo.

Los fenómenos son menos marcados cuando se usan cistoscopios lavadores a doble corriente por razones de muy fácil comprensión.

»

O. M.