

VEJIGA NEUROGÉNICA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO

MVZ Esp. Oliver Gamboa Adame

La micción es un proceso que requiere funcionalidad, coordinación anatómica, neurológica y muscular, es un proceso de almacén y vaciado de orina.

Reconocer las diferentes estructuras y su función es vital para comprender que tipo de alteración se está generando, en la vejiga no es todo o nada, si bien la parte de NMa y NMb están involucradas en una vejiga estructuralmente sana la cronicidad llevará a alteraciones que no necesariamente expliquen en su totalidad el trastorno.

Anatómicamente recordar que la vejiga presenta el músculo detrusor, el cuello vesical y la uretra proximal (esfínter uretral interno) de musculatura lisa y el esfínter uretral externo de musculatura esquelética estriada (MEE).

La base neurológica se da por vía simpática con el nervio hipogástrico (respuesta de la vejiga al dolor) que sale de L1 a L4, por la vía parasimpática del nervio pélvico (respuesta de la vejiga a la distensión) que sale de S1 a S3 y por la inervación somática del nervio pudendo (respuesta de la uretra) S1 a S3. Todos ellos tienen una base funcional como NMb donde el cerebro y cerebelo son las NMa. Recordemos que la base de una lesión de NMa será siempre preponderante ante una lesión de NMb.

La micción es un arco reflejo por tanto de NMb, pero es el cerebro el que mantiene la coordinación, voluntad y vaciado completo.

Existen 2 fases el llenado por actividad simpática inhibiendo al detrusor (beta), y activando a la uretra (alfa) que además inhibe la transmisión parasimpática y del MEE además de factores mecánicos.

La siguiente fase es el vaciado con la vejiga distendida que manda señales aferentes a NMa por el nervio pélvico y los tractos espinales, si hay sobredistensión y dolor se activarán además por vía del nervio hipogástrico. El inicio de la contracción será dada por vía parasimpática en el tracto reticuloespinal y el nervio pélvico, acto seguido mecánicamente inicia la apertura del esfínter uretral interno con la inhibición simpática y del MEE para su mantenimiento.

El vaciamiento completo sucede por inhibición del MEE, manteniéndose la contracción vía acción parasimpática, donde la pons (NMa) es importante en su control.

Al final comienza la fase simpática de llenado.

Lesiones craneales a estas estructuras L1-L2, S1-S3 darán signología de NMa de vejiga y problemas en estas áreas de NMb.

Ante lesiones de NMa sabremos que se mantiene la funcionalidad muscular pero no hay control ni inhibición, el músculo detrusor seguirá inhibido, el esfínter uretral externo no recibirá señal de inhibición y permanecerá cerrado, esto creará una vejiga difícil de vaciar y de forma crónica estará sobredistendida. La salida de orina será involuntaria pero de volúmenes pequeños. Estas lesiones podrán llevarnos a un trastorno de disinergia detrusor-uretral.

Si la lesión es en NMb dependerá si es hipogástrico, pélvico o pudendo, pero en general diremos que es una vejiga que puede estar distendida pero está flácida sin actividad motora adecuada, de fácil expresión, el uréter está abierto, con pacientes que se orina al estar acostados, esta distensión crónica llevará a disfunción del detrusor.

El diagnóstico de vejiga neurogénica se basa en un examen orientado a problemas, centrandos nuestra atención en el tiempo de presentación, ¿tiene relación con el

problema neurológico?, tipo de presentación ¿se da al descanso o en movimiento?, ¿puede orinar normalmente, existe voluntad?, ¿historia de cirugías previas?, ¿presenta enfermedades conjuntas?, ¿que medicamentos está recibiendo o recibió? ¿toma mas agua de lo normal? ¿han cambiado de hábitat?+

La mayoría de los pacientes con alteraciones neurológicas leves serán llevados porque han empezado a orinarse en lugares inapropiados u horarios inadecuados, que le generan molestias a los propietarios, está es una de las razones mas importantes, pero hay características esenciales que debemos notar:

- La historia clínica es vital y la debemos conjuntar con el examen físico
 - Como es la micción (como vacía la orina)
 - Patrón de presentación
 - Continua o intermitente
 - Orina normal o anormal
 - Pequeños o grandes volúmenes por micción
 - Frecuencia
 - Postura
 - Examen Físico
 - Se palpa la vejiga?
 - Se expresa fácil o difícilmente
 - De otros órganos y sistemas
 - Examen neurológico
 - Completo
 - Micción
 - Medición de volumen residual
 - EGO
 - Química sanguínea

A partir de que sea considerado un trastorno de incontinencia neurológica, la base de enfoque será decidir si el problema de columna es toracolumbar o lumbosacro.

El tratamiento será basado en

- Tratar el problema primario en lo posible
- Evitar daños secundarios a las estructuras
- Controlar y evitar infecciones secundarias
- Evitar problemas de azotemia y desbalance electrolítico

Médicamente el tratamiento de alteración de la micción dependerá si es problemas de la vejiga o de la uretra, la dosis siempre será la menor que produzca el efecto deseado.

Si el problema detectado es a nivel de T2 a L7, es NMa y deberemos buscar la relajación de los esfínteres uretrales por ejemplo con diazepam, prazosin, dantrolene y posteriormente reforzar inicialmente con medicamentos que incrementen la contractibilidad de la vejiga como metoclopramida, cisaprida o propranolol.

Si el problema es de NMb aumentar la resistencia uretral (efedrina, pseudoefedrina, testosterona, fenilporpanolamina, dietilstilbestrol) además de incrementar la contractibilidad de la vejiga a largo plazo será la forma de controlar la cantidad de orina que permanece en la vejiga.

Recordar que mantener la vejiga con la menor cantidad de orina evitara lesiones al detrusor y posibilidad de infección urinaria.

La pérdida de la voluntad y coordinación de la micción será un trastorno que es necesario explicar al propietario, en los casos crónicos no es posible en muchos de ellos recobrar la funcionalidad consensual y en los casos que se logra cierto recobro de la voluntad no siempre es total y continuarán las micciones inapropiadas.}

En la mayoría de los casos la cateterización y la expresión manual serán parte del tratamiento de estos pacientes.



Regresar al
Índice de memorias