

ANÁLISES DE LIVROS

UROLOGICAL ASPECTS OF SPINAL CORD INJURIES. G. C. PRATHER. Um volume com 118 páginas e 38 figuras. Charles C. Thomas, Ed., Springfield, Illinois, U.S.A., 1949.

A bexiga recebe inervação simpática, parassimpática e somática, atuando esta última sobre o esfíncter externo. Existem um ou vários centros corticais que influenciam a micção e um centro mesencefálico que regula o seu tono. O ato da micção é um reflexo originado pela distensão das paredes vesicais, embora esteja, no indivíduo normal, sujeito ao controle voluntário; o arco reflexo é de tipo parassimpático, tendo o seu centro na medula sacra; a influência da vontade se origina em centros superiores e exerce efeito inibidor sobre a contração reflexa. A estimulação simpática provoca apenas contração dos orifícios ureterais e do esfíncter interno, contração dos vasos sanguíneos e aumento do tono do trígono; a interrupção simpática tem efeitos opostos. A estimulação uni ou bilateral do parassimpático provoca a contração, uni ou bilateral, das paredes vesicais; a interrupção bilateral do parassimpático provoca inicialmente retenção e, depois, incontinência por acúmulo de urina. A ressecção dos nervos pudendos (somáticos) não interfere na eficiência da micção; o esforço voluntário pode fechar, mas nunca relaxar o esfíncter externo.

Após uma lesão medular (secção), a função vesical evolui por fases. Numa primeira fase há atonia das paredes e ausência de contrações reflexas; inicialmente há retenção e, depois, incontinência relativa, por excesso de urina acumulada (bexiga atônica). Num segundo estágio, a capacidade da bexiga é reduzida, sendo alta a pressão intravesical; existem contrações devidas a arcos reflexos situados na própria parede, insuficientes para o esvaziamento total (bexiga autônoma); este estágio pode ser final em caso de secção completa ao nível da medula sacra ou da cauda equina. A evolução para uma terceira fase, embora dependa de muitas condições (nível alto da lesão e inexistência de lesões medulares degenerativas) é muitas vezes observada em tais circunstâncias; não há controle voluntário, sendo as micções eficientes e periódicas, dependendo exclusivamente do arco reflexo sacro (bexiga automática reflexa); quando a secção medular não foi completa pode ainda estabelecer-se o controle voluntário normal ou reduzido.

O diagnóstico das disfunções vesicais neurogênicas exige o concurso do neurologista, do urologista e do radiologista. A citometria permitirá o estudo do tono, das contrações reflexas, da capacidade, da sensibilidade e da pressão máxima voluntária da bexiga. A cistoscopia, embora não seja usada como rotina por ser até certo ponto perigosa, tem grande valor para descobrir cálculos e explicar achados radiográficos anômalos. A cistografia é de grande utilidade para estudar a forma, a superfície interna, a capacidade e a espasticidade da bexiga, assim como para verificar a presença de divertículos. O exame de urina é de grande utilidade para verificar a presença de infecção que dificulta e mesmo pode impedir a recuperação da atividade vesical.

Quanto ao tratamento dos distúrbios vesicais conseqüentes às lesões neuro-medulares, às vezes, quando não há infecção, pode-se dispensar a drenagem usando-se para o esvaziamento, a expressão manual. A drenagem intermitente por meio de catéter é o pior método, devendo ser proscrito pois conduz rapidamente à infecção. A drenagem constante é o melhor método, desde que acompanhada de irrigações vesicais feitas com seringa (o que não é muito eficiente) ou por um

sistema fechado, manual ou automático. A cistostomia suprapúbica, embora não impeça a irrigação, é combatida por muitos autores, apesar de dar menor margem à infecção. A ressecção do colo só deve ser usada em casos de esvaziamento insuficiente, nos quais se demonstra, cistomètricamente, uma atividade reflexa adequada. Das drogas empregadas em tais casos, parece que apenas a atropina tem algum valor para aumentar o intervalo entre as micções em pacientes com bexiga reflexa.

As modificações no tracto urinário superiores ocorrentes em casos de lesões medulares são secundárias à estase, à inflamação e ao edema; a função renal se mantém normal a menos que infecção ou calculose compliquem o caso. Nos casos de infecção renal, importa saber se há ou não obstrução: no primeiro caso as medidas clínicas são em geral insuficientes. A calculose, que dificulta a recuperação da função vesical, é frequente, sendo devida à infecção, à estase e à hiper calciúria; o diagnóstico é firmado pela pielografia descendente. A infecção da bexiga dificulta também a reabilitação da função, pois a cistite produz uma redução na bexiga. A epididimite é mais comum na drenagem uretral do que na suprapúbica.

J. A. LEVY