

LARGO TUBO LUMBO-URETERAL TRANSURINARIO EN CIRUGIA RENO-URETERAL

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

Nuestra experiencia con la cirugía plástica pieloureteral, realizada a través de 30 enfermos intervenidos por uronefrosis y los modernos conceptos sobre la fisiopatología de la lisis renal recidivante, que atribuyen la repetición de los cálculos, entre otras causas, a la obstrucción de las vías altas, con consecutiva repercusión sobre el dinamismo de las mismas, nos han convencido de la realidad de este inconveniente y de la necesidad de solucionarlo en forma eficiente. Es por ello que, sistemáticamente, examinamos con todo cuidado el estado de las vías de excreción, desde el punto de vista radiográfico y quirúrgico, en todo proceso obstructivo pieloureteral, especialmente cuando se trate de uronefrosis de grados variables ("pielectasia" o "nefrectasia", como bien lo quiere Voelker) de litiasis, ptosis renal, tuberculosis, etc.

El desconocimiento u olvido de este importante concepto sobre la absoluta permeabilidad y perfecto dinamismo de las vías altas, expondría al fracaso de más de una intervención plástica o a la recidiva de la litiasis a breve plazo, la reproducción del dolor en una nefropexia o a la tuberculosis del riñón restante, cuando la vía no está absolutamente libre. El concepto enunciado por Couvelaire sobre la patogenia de la infección del riñón restante en la tuberculosis (todo debe estar permeable, desde la papila al meato uretral) vale con un criterio más restringido por supuesto, con lo que acontece con las vías del tractus superior en las afecciones mencionadas.

En algunas ocasiones pudimos observar que el fracaso en el tratamiento plástico de algunas obstrucciones con cualquiera de los procedimientos conocidos (Fenger, Schwizer-Durante, Foley, etc.) y muy especialmente con el *de Davis*, más difundido en la actualidad, *se debía a la salida a los pocos días u horas a veces, de la sonda ureteral introducida previamente o del tubo en T, de Kherr* destinado a calibrar en forma prolongada la zona de la plástica.

La reintroducción del catéter resultaba siempre difícil y peligrosa por la posibilidad de romper la plástica o desviar el catéter a las zonas extracaniculares con la consecutiva infiltración de orina, hemorragia e infección.

Es por ello que, con el objeto de solucionar estos inconvenientes en forma similar a lo que hace Sabadini, para las estenosis uretrales, colocamos sistemáticamente a todos los enfermos portadores de estas lesiones *un largo catéter, fenestrado, de polystan. de 80 a 90 cm. de longitud, 1 ½ mm. de diámetro.*

lumbo-crural, que atraviesa todo el aparato urinario superior e inferior y cuyos extremos afloran holgadamente por la zona lumbar y crural respectivamente. Este catéter como pueden observar en las fotografías, tiene a los 25 ó 30 cms. de su extremo superior, 5 ó 6 orificios en una extensión de 5 cms. practicados con mucho cuidado por la facilidad con que se rompe el tubo, que deben coincidir con la porción pieloureteral.

Para introducirlo se realiza previamente un cateterismo ureteral, con sonda cónico-olivar, N° 6 ó 7 (francés), a la que se enchufa a presión el extremo inferior del tubo de Polystan: al retirarla aparece éste por la uretra.



FIG. 1

Pielograma bilateral. Obsérvese la gran tumoración renal izquierda que va desde la 1^a vértebra lumbar a la primera sacra inclusive, ovoidea, envuelta por una cascara opaca, estriada, de espesor variable. Las vías de excreción montadas sobre el borde interno y desplazadas francamente hacia la línea media, conservan sin embargo su forma (tumoración puramente parenquimatosa).

El otro extremo atraviesa el parénquima por el cáliz inferior, solo o conjuntamente con una sonda de Pezzer o Foley, según la operación practicada.

Los orificios recogen la orina cuando se produce la obstrucción de la pequeña sonda de Pezzer o Foley que colocamos siempre en los casos de plástica y en las grandes uronefrosis por litiasis. Cuando se trata de litiasis piélica, con obstrucción primitiva o secundaria de la porción pieloureteral, dejamos únicamente el catéter fenestrado, como se puede ver en las fotografías N° 1 y 2. Si el tubo es introducido conjuntamente con la sonda de Pezzer o de Foley es común que la orina salga por éstas, la vía más amplia por otra parte; sin embargo en caso de obstrucción de las anteriores y cuando está "bien a punto", constituye una excelente vía de derivación. De lo contrario, si se coloca solo, recoge perfectamente la orina por su extremo distal, salvo obstrucción por coa-

gulos, mucus, etc.; este inconveniente se soluciona con sólo traccionar el tubo por la zona lumbar, hasta que aparezcan los orificios mencionados: con una simple pasada de gasa o inyección de líquido se elimina el elemento obstructivo.



FIG. 2
Enferma portadora de una litiasis piélica, con uronefrosis y estenosis
pieloureteral con el tubo de Polystan, vista de frente.



FIG. 3
La misma enferma en posición oblicua.

En las mismas circunstancias basta tirar el tubo hacia arriba o hacia abajo en un movimiento de suave vaivén para que se desobstruya o se pueda lavar con más comodidad.

Su principal ventaja consiste en que este tubo puede permanecer por tiempo prolongado (2 meses en uno de nuestros pacientes) sin la profunda preo-

cupación para el enfermo y el urólogo especialmente, que se obstruya o se salga a los pocos días u horas de colocado. En cuanto a su tolerancia es perfecta.

Nuestra experiencia con este tubo, realizada desde hace 2 años con 10 enfermos, ha sido tan satisfactoria, que nos lleva a presentarla a los distinguidos Colegas.

Las radiografías y fotografías adjuntas muestran más que toda descripción las características del tubo y su situación dentro del aparato urinario.

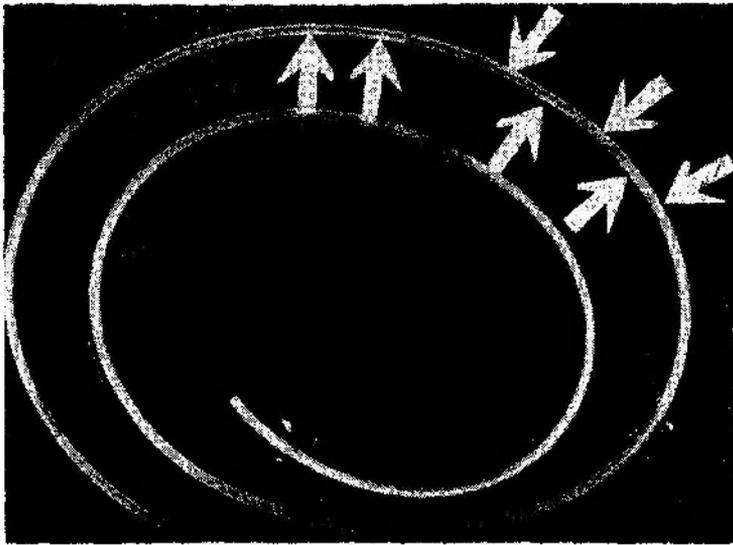


FIG. 4

Tubo de Polystan de 80 a 90 cm. de largo por $1\frac{1}{2}$ mm. de ancho (calibre externo), con sus orificios (5 a 7) situados a 25 a 30 cm. de su extremo superior.

RESUMEN

El tubo de Polystan de 80 a 90 cms. de largo, fenestrado, de $1\frac{1}{2}$ a 2 mms. de diámetro, presta gran utilidad para la calibración, moldeo y evacuación de las vías urinarias en caso de plásticas por uronefrosis, nefropexias, litiasis recidivantes por estenosis.

El tubo puede permanecer largo tiempo, días o meses, en las vías de excreción, sin el peligro de que se salga u obstruya o cause alguna reacción.

Es colocado previo cateterismo ureteral, el que permite llevar el tubo a la uretra; el otro extremo pasa por punción nefrostómica.

El autor ha obtenido excelentes resultados en 10 casos.

DISCUSIÓN

Dr. Schiappapietra. — Deseo insistir en forma gráfica sobre la importancia del tubo de drenaje a que se refiere el doctor Bernardi en su trabajo.

Nosotros los llamamos tubos sin fin o drenaje lumboureteral. Lo he aprendido a hacer y los usamos para los casos que se requieren, desde que era practicante y en que atendíamos los enfermos operados por el Dr. Pagliere. Esta mañana, después de la sesión quirúrgica, me acordé

de algunos de estos documentos gráficos y quise traerlos a la sesión para insistir en este tipo de drenaje.

En cuanto al drenaje en plásticos pieloureterales, dependen de la magnitud de la lesión. Es en las lesiones bilaterales en las que es menester insistir en la cirugía conservadora, donde este tipo de drenaje reviste mayor interés.

(Muestra una radiografía) y dice: Esta enferma pasó operada a la mesa de rayos una vez hecho el drenaje. Era una enferma con un riñón único con pielonefrosis calculosa, donde era indispensable la técnica conservadora. Este tubo drena la pelvis y este catéter ha penetrado por la incisión al uréter, que ha sido extraído con un gancho o una pinza endoscópica. Desde que era practicante, yo realizaba estas tareas, por lo que adquirí gran práctica, y en ocasiones, el catéter se sustituía por tubos de goma.

Estas placas son de una chica con una uronefrosis; los compañeros de trabajo insistían que no iba a poder conservar ese riñón. Hice una plástica y ese tubo ya sustituía al calibre del catéter.

Este otro caso lo seguimos desde 1926 con su lesión bilateral y episodios sépticos y litiasicos. Lo tuvimos en uno de sus episodios con una pielonefrosis calculosa y para llegar a explorar ese uréter debió hacerse una amplia nefrostomía. Se cauterizó después que se vació esa bolsa, se extrajo el cálculo, se llevó un extremo del catéter al riñón y el otro a la vejiga.

Después de haber seguido todo ese curso, se ve en esta placa que este catéter ha sido sustituido por un tubo que tiene el calibre de una sonda 26. Este riñón siguió funcionando sólo porque el otro debió ser extirpado mediante una nefrectomía.

Dr. Bernardi. — Le agradezco al doctor Schiappapietra su interesante contribución. Demuestra la misma que no hay nada nuevo bajo el sol, pero que conviene insistir en este detalle. Obtuvieron un éxito que no estaba relatado por nadie.

Hace uno o dos meses, conversando con el doctor Irazu, éste me informó que un autor californiano, que no conozco, hacía este procedimiento. Yo lo realizo desde hace dos años y me alegro de coincidir con ese autor y con los distinguidos colegas sobre la necesidad de colocar este tubo que da gran seguridad y tranquilidad. Todos sabemos lo que significa que la sonda ureteral se salga de su sitio y el peligro que representa su nueva introducción, y a veces hay dificultades porque la sonda ha salido prematuramente o bien, porque se ha intentado reintroducirla y se ha roto la plástica.

Dr. Ricardo Bernardi. - Martín García 987. Buenos Aires.