

# Sociedad Argentina de Urología

---

3ª Sesión científica ordinaria — 21 de Junio de 1962

*Presidente:*.... Dr. Antonio Granara Costa

*Secretario:*.... Dr. Alberto Claret

---

Instituto de Urología. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. Director: Dr. A. Puigvert

## URETRO—CISTO—NEOSTOMIA. TECNICA DE RICARD. MODIFICACION PUIGVERT

---

Por el Dr. NORBERTO P. MALLO

Una urétero-cisto-neostomía, es como su nombre indica, un nuevo implante del uréter en la vejiga, tanto si es en el mismo lugar de su implantación normal o en otro distinto. Se la denomina también, reimplante ureteral o uréter-cistorrafía.

Las técnicas quirúrgicas descritas para poder realizar esta cirugía conservadora urétero-vesical, son numerosas y por diferente vías: *Abdominal*, ya sea intra o extra-peritoneal y *Transvesical*.

Dentro de este gran número de posibilidades quirúrgicas y revisando los enfermos sometidos a este tipo de intervención en el INSTITUTO DE UROLOGIA del Hospital de la Santa Cruz San Pablo, Barcelona, hemos comprobado que desde el año 1935 han operado de ureterocistoneostomía primitiva — las denominaremos así para diferenciarlas de las efectuadas simultánea o secundariamente a cistectomías u otra cirugía vesical, y exceptuando además las otras técnicas de BOARI y PUIGVERT (Transvesical) —, 194 enfermos, de ellos 167 con técnica de anastomosis muco-mucosa, bivalvo o de LICHTENAUER, y 28 con técnica de RICARD modificada por PUIGVERT, conocida con el nombre de “anastomosis en puño de camisa”.

A través de los controles radiográficos y endoscópicos posteriores hemos comprobado que los resultados obtenidos con esta técnica son excelentes. Ello nos ha movido a exponer lo que en este trabajo expresamos con respecto a las bondades de la técnica mencionada y la certeza de la utilidad de la modificación PUIGVERT a esta técnica de RICARD, anteriormente modificada por SERÉS.

La Modificación de PUIGVERT, convierte la técnica original, de RICARD-SERÉS en un reimplante ureteral por vía abdominal, extraperitoneal y extravescical, ya que la vejiga no se abre para realizar la implantación ureteral.

El procedimiento original descrito por RICARD, que es intravesical porque exige la abertura de la vejiga para realizar el reimplante consiste en:

1º) Aislamiento y preparación del uréter: Aislado el uréter, *procurando no desprender la adventicia*, se transporta, sin tracción hacia la cara posterior e inferior de la vejiga, al sitio más cercano posible a su implantación normal. En la extremidad del uréter se abrirá una hendidura longitudinal de un centímetro de largo. (Figura

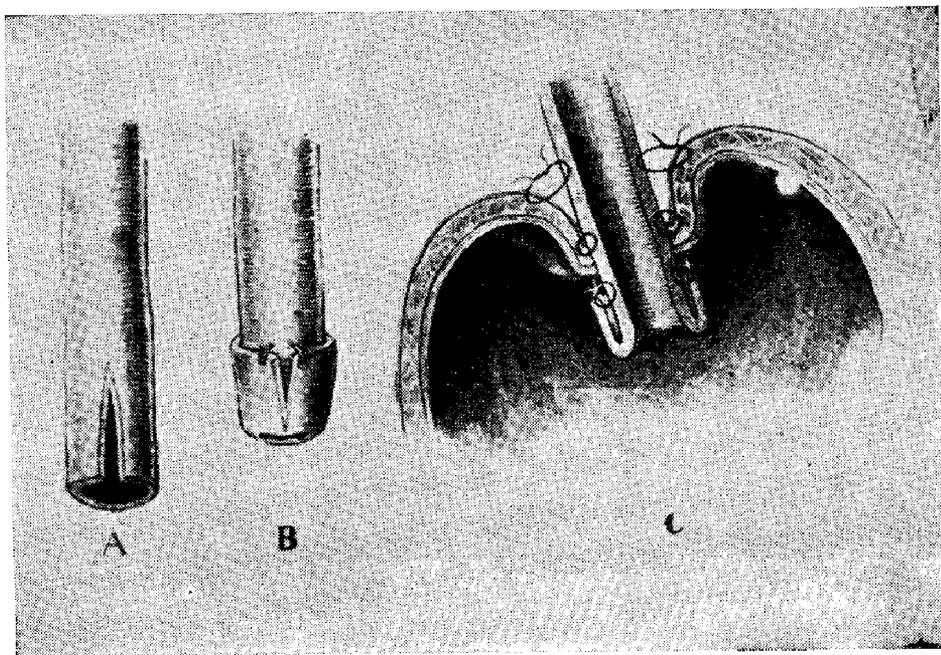


Fig. 1. — URETEROCISTONEOSTOMIA — Técnica RICARD-SERÉS.

1 A — Modificación SERÉS). La parte hendida se repliega hacia arriba yuxtaponiéndola con la parte no hendida como si fuera un “puño de camisa”. (Figura 1 B).

2º) Abertura de la vejiga y colocación del uréter: En el lugar más cercano posible a su desembocadura normal, se practicará una abertura en la vejiga que permita la fácil introducción del uréter. Para ello se colocara previamente en la vejiga un beniqué o pinza curva apropiada, con el fin de hacer prominencia pudiendo así incidir fácilmente la vejiga por su superficie externa. Por esta abertura se introduce el uréter de manera que una vez colocado en el interior de la vejiga sobresalga de la superficie interna de la misma, toda la parte del “puño de camisa”. En esta posición se fija.

3º) Implantación del uréter en la vejiga: El uréter es fijado a la vejiga urinaria mediante una doble corona de puntos de sutura separados, practicados con catgut simple. Una primera corona tomando muscular, a nivel de la abertura de la vejiga, a la cara externa del uréter. Estos puntos no serán perforantes a la mucosa. Una segunda corona se hará un centímetro por fuera de la abertura vesical con el fin

de suturarla a la cara externa del uréter. Esta corona tomará solamente la capa muscular y no se perforará ni la vejiga ni el uréter. De esta forma el muñón ureteral quedará todavía más rechazado hacia dentro. Dos o tres puntos de sutura complementarios, formando también dos capas, se aplicarán en los extremos de la incisión vesical con el fin de fijarlas mejor encima del uréter, cerrando completamente la cavidad vesical.

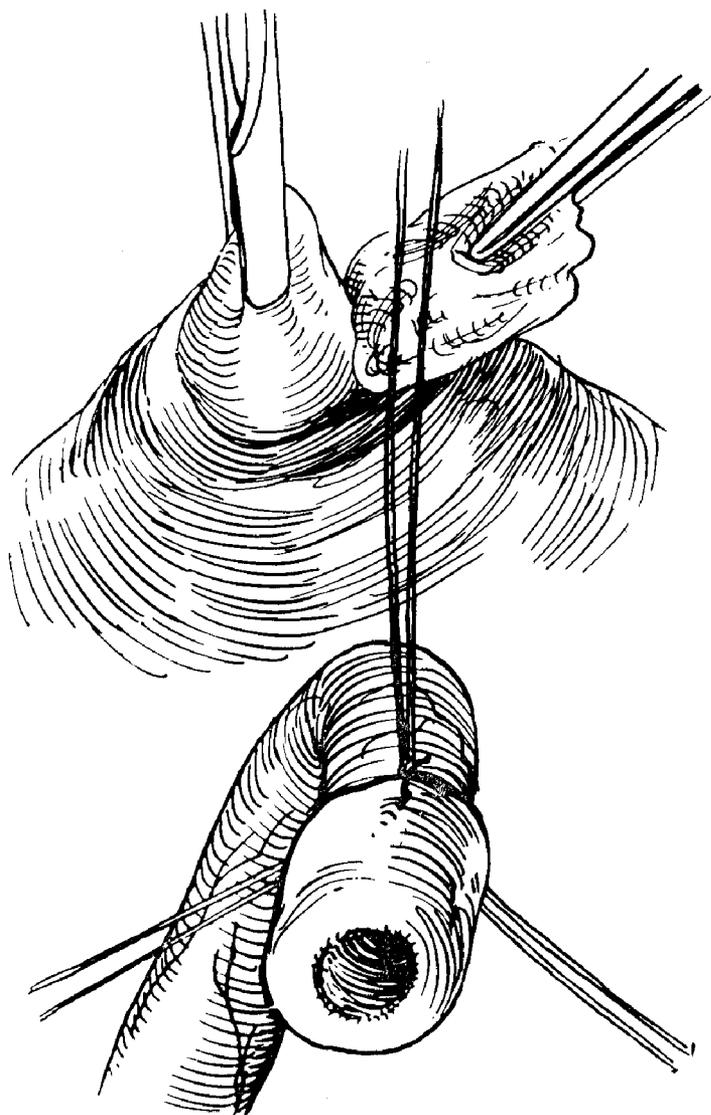


Fig. 2. — Modificación PUIGVERT, a la técnica RICARD-SERES.

4º) Fijación de la vejiga: Con el fin de que durante sus contracciones no se desprenda, la vejiga se fijará a la pared lateral de la pelvis o al peritoneo parietal mediante uno o dos puntos de catgut grueso.

No debe dejarse sonda ureteral a permanencia.

¿En qué consiste la modificación de PUIGVERT a esta técnica?

- a) No abre la vejiga para practicar el ojal por donde se introducirá el uréter: disecciona muscular. Expone la mucosa y no realiza ninguna maniobra endo-vesical (Figura 2)
- b) No solamente incide la mucosa, sino que, reseccándola, le practica un corte en forma de huso, permitiendo así un mejor paso del uréter y evitando que se estreche la luz al cicatrizar (Figura 3)
- c) En el extremo del uréter disecciona la adventicia, reseccándola y sin reponerla.

La anastomosis se hace introduciendo el uréter por el ojal practicado y con

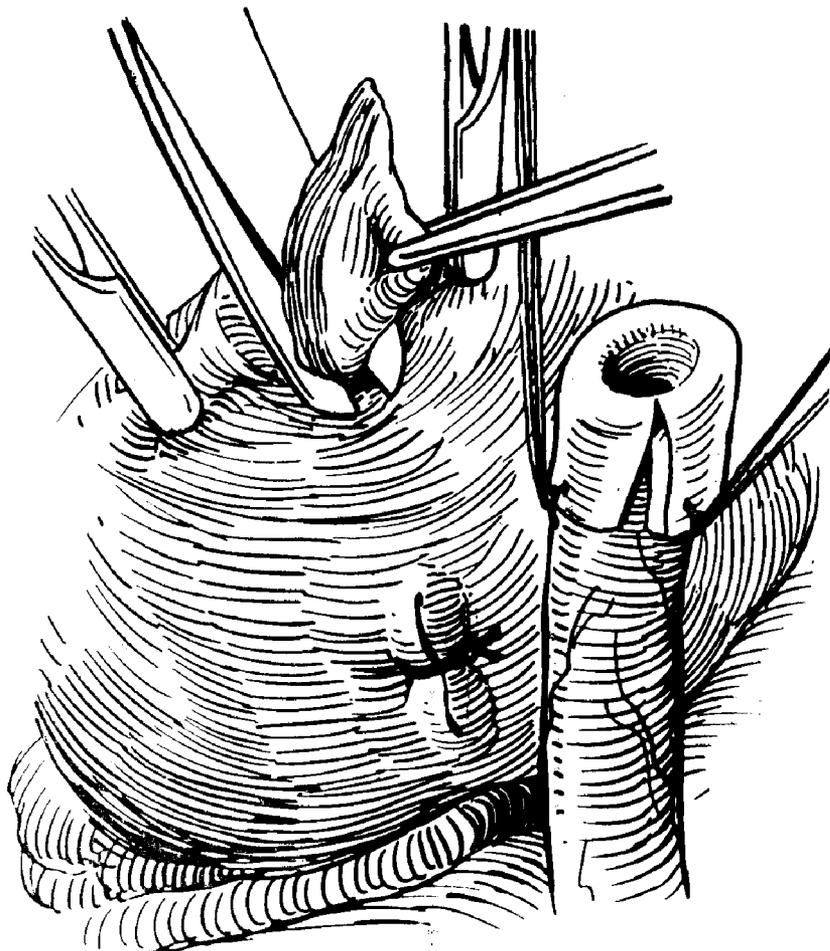


Fig. 3. — Modificación PUIGVERT, a la técnica RICARD-SERES.

aguja de Reverdín, usando los mismos puntos practicados para el "puño de camisa", se sutura la vejiga (Figura 4 y 5)

Estimamos que en esta modificación en el comportamiento quirúrgico con respecto a la mucosa vesical, reside el éxito de los post-operarios, evitando las estrecheces secundarias en la neo-boca que tanto se han comentado en la literatura médica sobre este tema.

La técnica original de RICARD, ya condiciona de por sí un "confort" al uréter reimplantando y a su peristáltica que hace útil la técnica como preventiva del

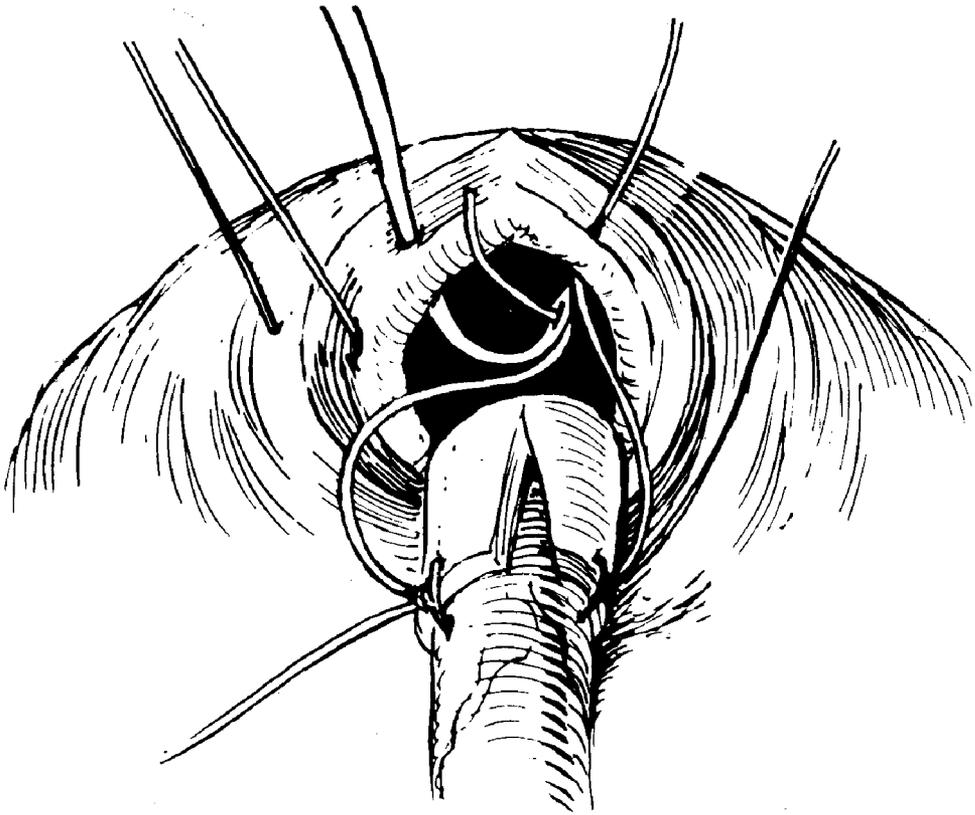


Fig. 4. — Modificación PUIGVERT, a la técnica RICARD-SERES.

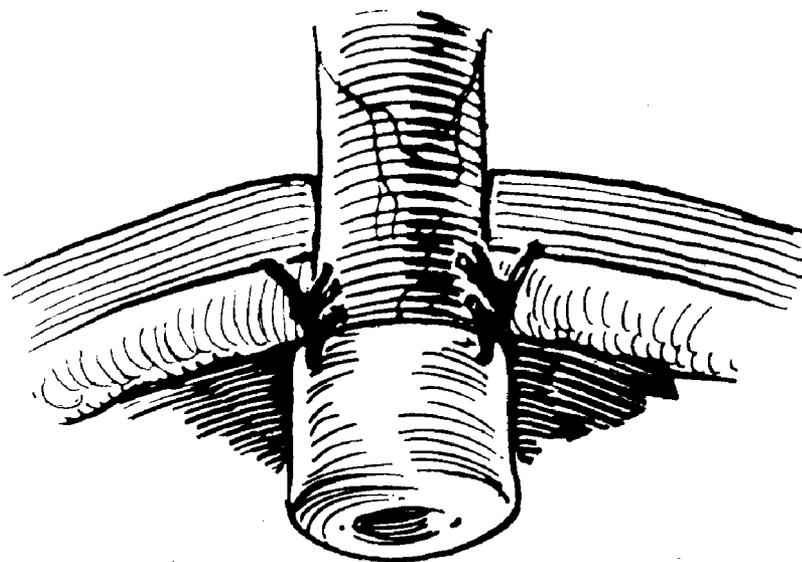


Fig. 5. — Modificación PUIGVERT, a la técnica RICARD-SERES.

reflujo, su complicación más frecuente; pero la modificación PUIGVERT, evita además, la estrechez de la neo-boca que es la causa del fracaso más común de la técnica original.

Creemos que la técnica modificada es practicable en cualquier caso, pero en los que brinda mayores posibilidades es en aquellos en que la vía excretora no se halla en condiciones normales de aquí estimemos como indicaciones de elección:

- a) Uréteres dilatados (hipotónicos o atónicos)
- b) Orinas piúricas.
- c) Vejiga atónica de causa neurógena.

Consideramos como ventajas de esta técnica de RICARD-SERÉS con modificación PUIGVERT:

- 1º) Evitar el reflujo vésico-ureteral.
- 2º) Evitar la estenosis de la neo-boca ureteral.

El reflujo se evita con el artificio del "puño de camisa". La estenosis, con el corte lateral del "puño de camisa" y la resección en huso de la mucosa vesical en el ojal en que se efectuará el reimplante.

Las enfermedades o lesiones que han llevado a esta solución quirúrgica son:

Tuberculosis .....	20 casos
Litiasis .....	5 casos
Malformaciones congénitas .....	3 casos

Nuestra estadística se compone de un porcentaje similar de enfermos de ambos sexos.

Hombres .....	15 casos
Mujeres .....	13 casos

siendo también similares los resultados para ambos sexos.

Hombres:	Mujeres:
Bueno .....	Bueno .....
Regulares .....	Regulares .....
Malos .....	Malos .....
Fallecieron .....	Fallecieron .....
Total	Total
15 casos	13 casos

Completamos estos datos estadísticos sobre la técnica descrita con las gráficas que se muestran a continuación:

(gráficas Nº 1 y 2)  
(cuadro Nº 1)

Volvemos a destacar que se han considerado para este trabajo, solamente los enfermos que han sido factibles de solución quirúrgica en un solo tiempo y que no habían sido sometidos a otra investigación previa o simultánea.

# Neotrochilostomus fonsi

Division Florida Agricultural Experiment Station

Entomology

Plate 1000

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0



Total 2300508

1000 900 800 700 600 500 400 300 200 100 0

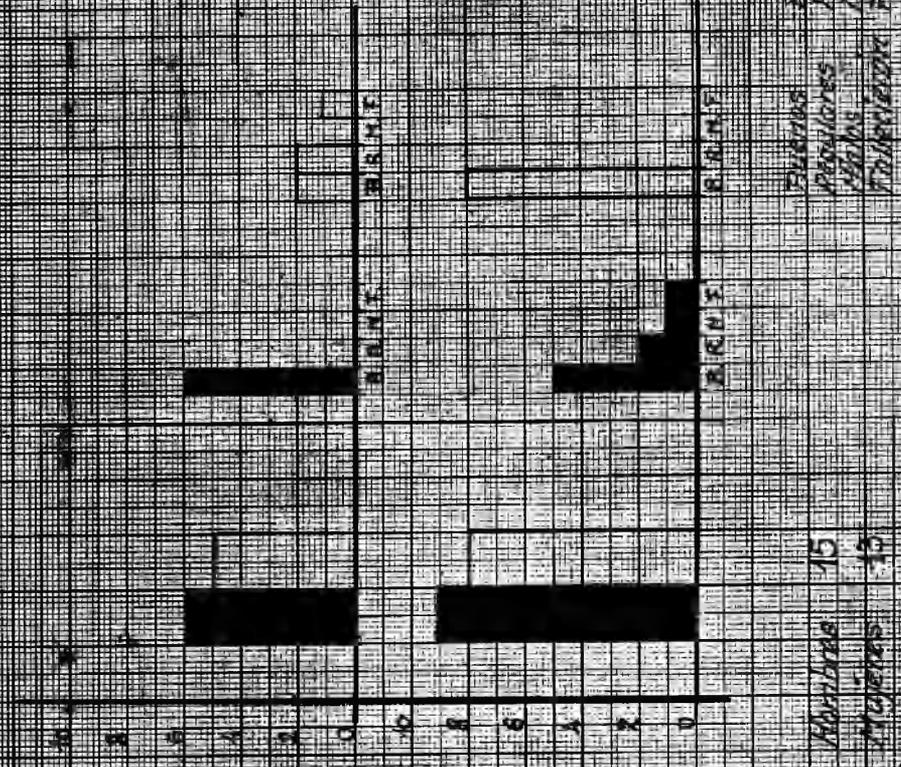
# Preferencias de género

## Tercer Puesto, Universidad Regional

Resultados según edad y sexo

Mayores de 30 años

Menores de 30 años



Hombres 15

Mujeres 13

Hombres 21

Mujeres 11

Hombres 11

Mujeres 11

CUADRO I

N°	H. C.	Enf°	Edad	Sexo	Dignóstico	Tiempo de Observac.	Resultado	Observaciones
1	21081	R.V.	52 a.	F.	Ureteritis term izq.	1 mes	REGULAR	
2	21297	C.V.	53 a.	F.	Ureteritis term izq.		FALLECIO	Insuf. cardiaca
3	21822	V.A.	32 a.	M.	Estenosis uréter izq.		FALLECIO	Insuf. cardiaca
4	22293	C.X.	54 a.	F.	Estenosis uréter term. izq.		REGULAR	
5	13233	D.R.	63 a.	M.	Ureteritis term. izq.	1 mes	BUENO	
6	13320	V.S.	50 a.	M.	Estenosis uréter izq.	75 meses	BUENO	
7	15723	L.M.	36 a.	F.	Uréteropie estasia der.	34 meses	BUENO	
8	19917	C.T.	53 a.	F.	Estenosis uréter der.	37 meses	BUENO	
9	23269	A.C.	1 a.	M.	Estenosis cong. urét. izq.	33 meses	BUENO	
10	61957	D.D.	54 a.	F.	Esten. y Lts. uréter izq.	13 meses	BUENO	
11	62071	J.G.	47 a.	M.	Estenosis uréter izq.	21 meses	BUENO	
12	62621	A.C.	48 a.	F.	Estenosis uréter der.	5 meses	BUENO	
13	62645	E.B.	9 a.	M.	Uroectas a bilateral	3 meses	BUENO	
14	23650	P.M.	7 a.	M.	Duplicidad pielouret. izq.	3 meses	BUENO	
15	13646	M.M.	47 a.	M.	Urateritis estenos. izq.	3 meses	BUENO	
16	13646	C.P.	18 a.	F.	Estenosis ureteral bilat.	12 meses	BUENO	
17	62769	E.H.	50 a.	M.	Diveículo uréter der.	13 meses	BUENO	
18	62908	J.V.	63 a.	M.	Esten. y Lts. uréter izq.	13 meses	BUENO	
19	63513	A.A.	65 a.	M.	Esten. y Lts. uréter izq.	3 meses	BUENO	
20	63615	M.C.	37 a.	F.	Estenosis uréter izq.	3 meses	BUENO	
21	63629	C.T.	43 a.	F.	Estenosis uréter der.	12 meses	BUENO	
22	63574	F.B.	43 a.	M.	Esten. y Lts. uréter izq.	12 meses	BUENO	
23	63921	J.M.	51 a.	M.	Uréteropieclasia	11 meses	BUENO	Abceso F. I. I.
24	10669	G.M.	47 a.	M.	Estenosis uréter der.	5 meses	REGULAR	Fistula uréterocutánea
25	30683	A.S.	13 a.	M.	Esten. y Lts. uréter izq.	12 meses	REGULAR	
26	20947	M.C.	24 a.	F.	Estenosis uréter der.	7 meses	BUENO	
27	31342	L.Z.	46 a.	F.	Estenosis uréter der.	9 meses	BUENO	
28	64718	I.B.	32 a.	F.	Ureteritis estenos. der.	7 meses	BUENO	
						1 mes	BUENO	

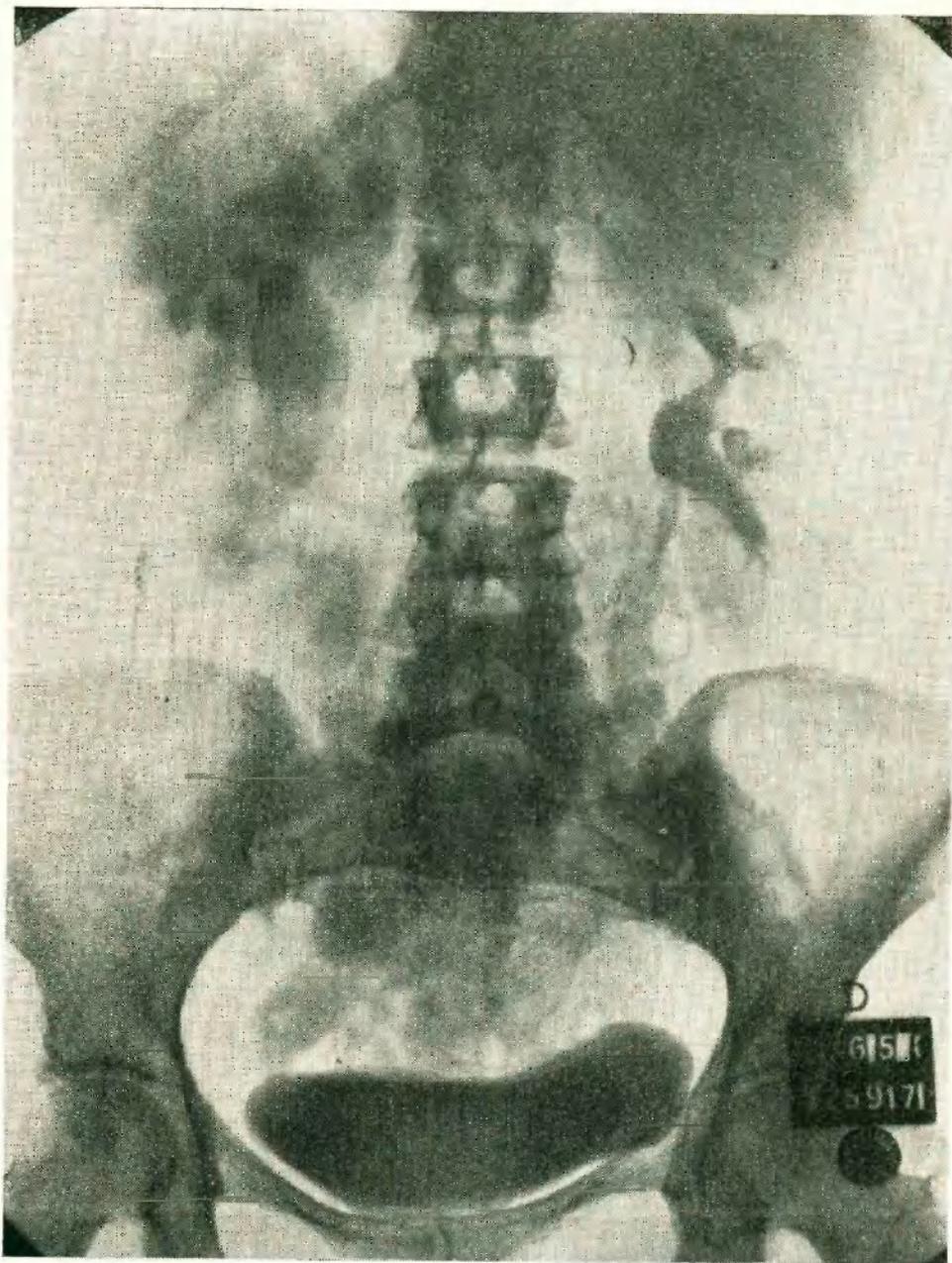


Fig. 6. — M. M. — H. C. 29650, Pielografía Descendente a los 60'  
Gra. uréteropieloectasia izq. con dilataciones caliciales de  
volumen variable; algunos calices con bordes roídos y uré-  
ter muy dilatado con estenosis terminal.

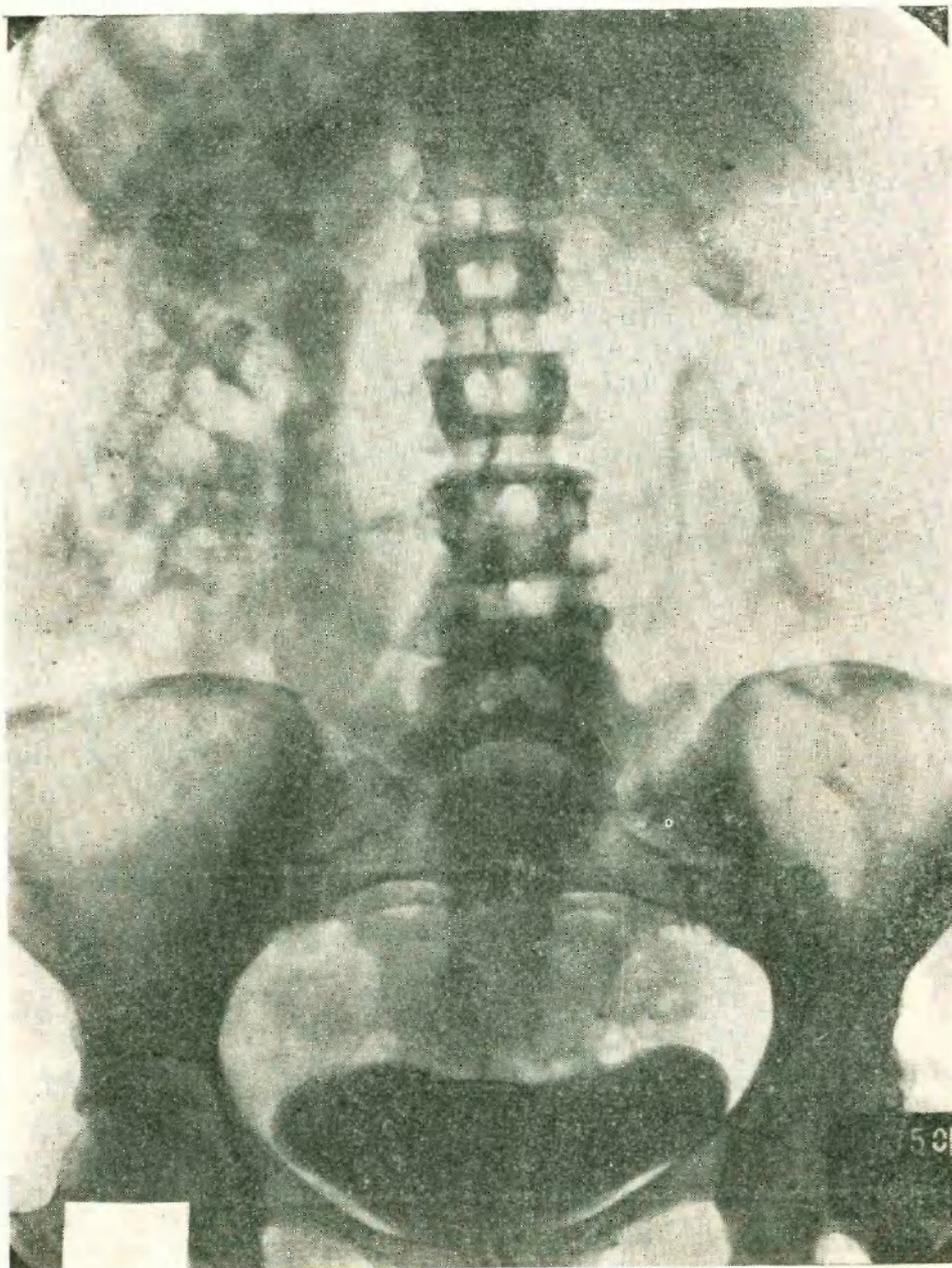


Fig. 7. — M. M. — H. C. 29650, Pielografía Descendente a los 30' a los trece meses de la intervención.

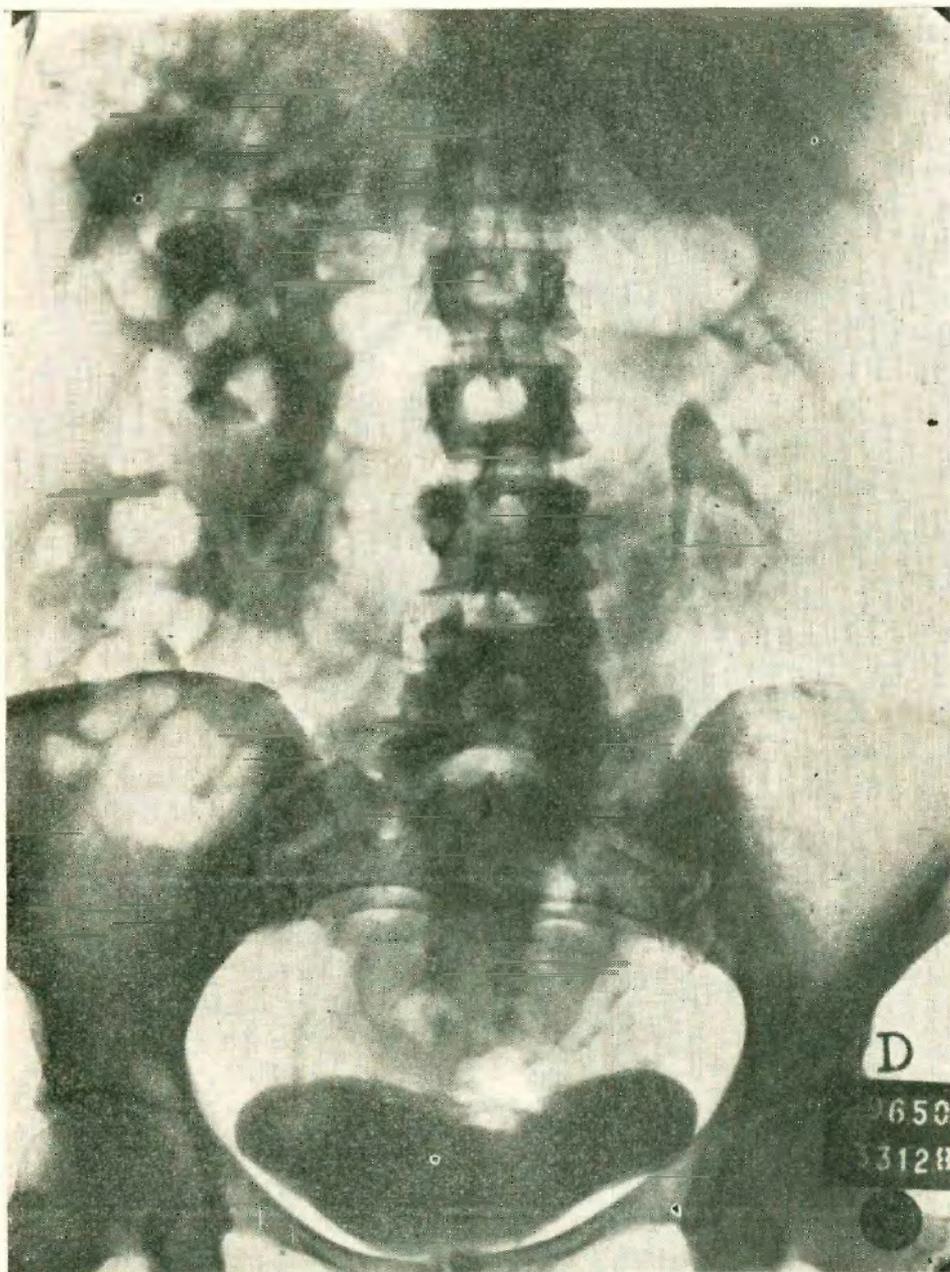


Fig. 8. — M. M. — H. C. 29650, Pielografía Descendente a los 30' al año de la intervención.

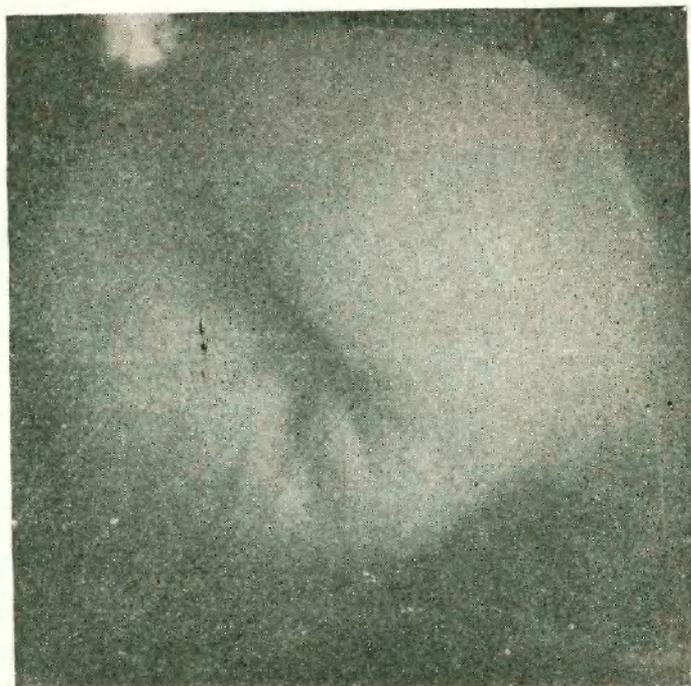


Fig. 9. — M. M. — H. C. 29650, Control Fotográfico endoscópico.



Fig. 13. — G. M. — H. C. 10669, Control fotográfico endoscópico.

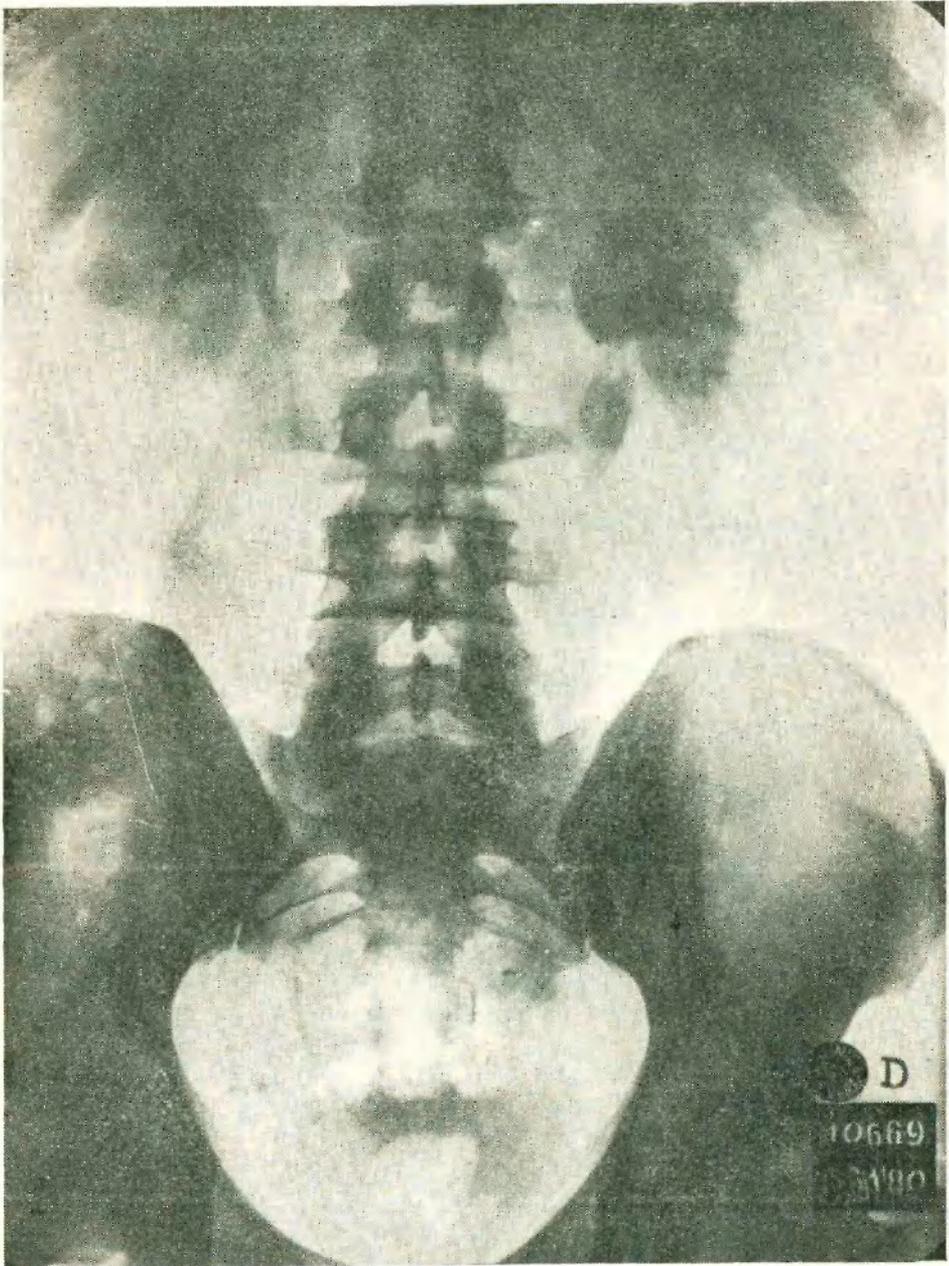


Fig. 10. — M. M. — H. C. 10669, Pielografía Descendente a los 30'  
Doble estrechez ureteral; pieloureteral y terminal.

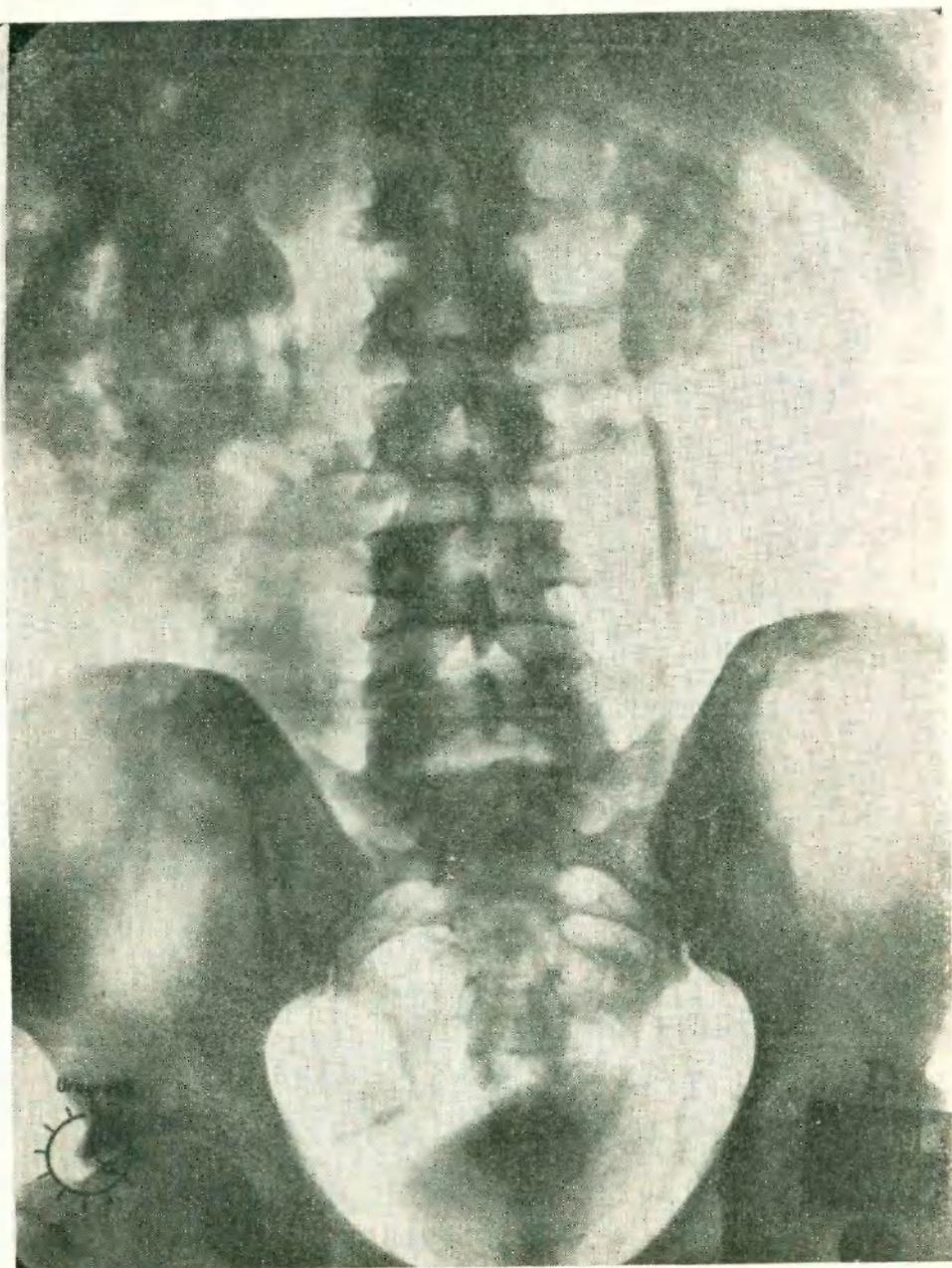


Fig. 11. — G. M. — H. C. 10669, Pielografía Descendente a los 20' al mes de la intervención.

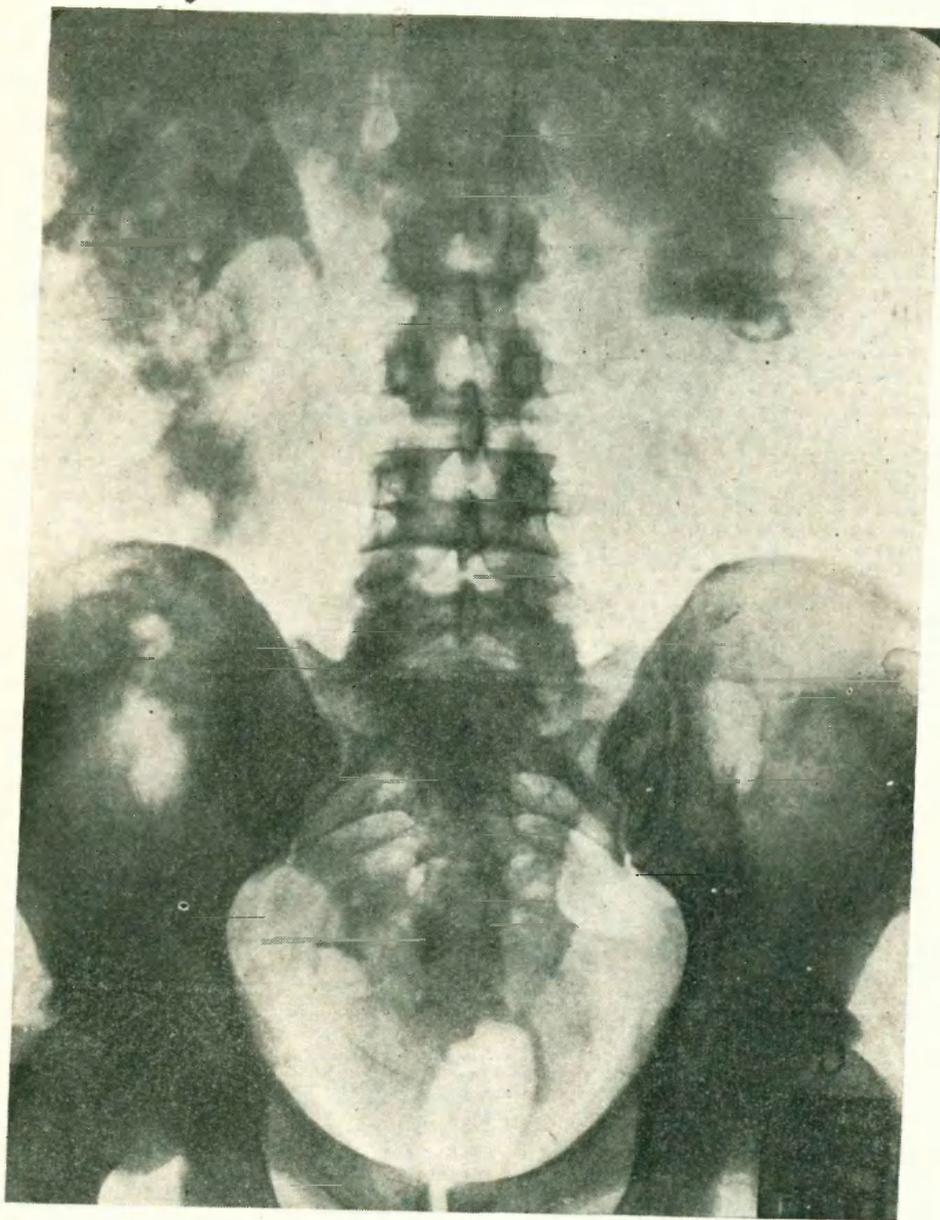


Fig. 12. — G. M. — H. C. 10669, Pielografía Descendente a los 30' al año de la intervención.

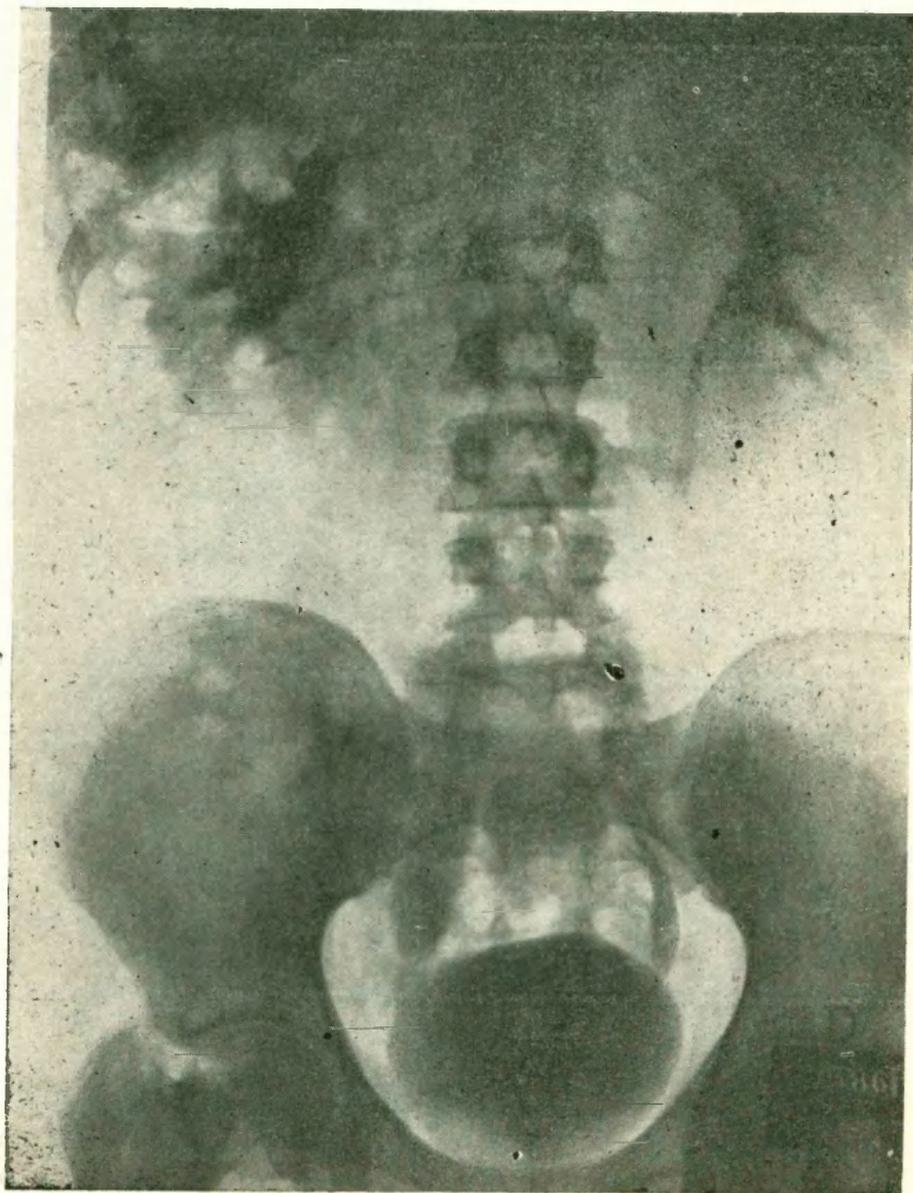


Fig. 14. — A. S. — H. C. 30686, Pielografía Descendente a los 50'  
Dilatación urétero-pielo-calicular izq. a partir de la imagen  
litiásica en el uréter terminal.

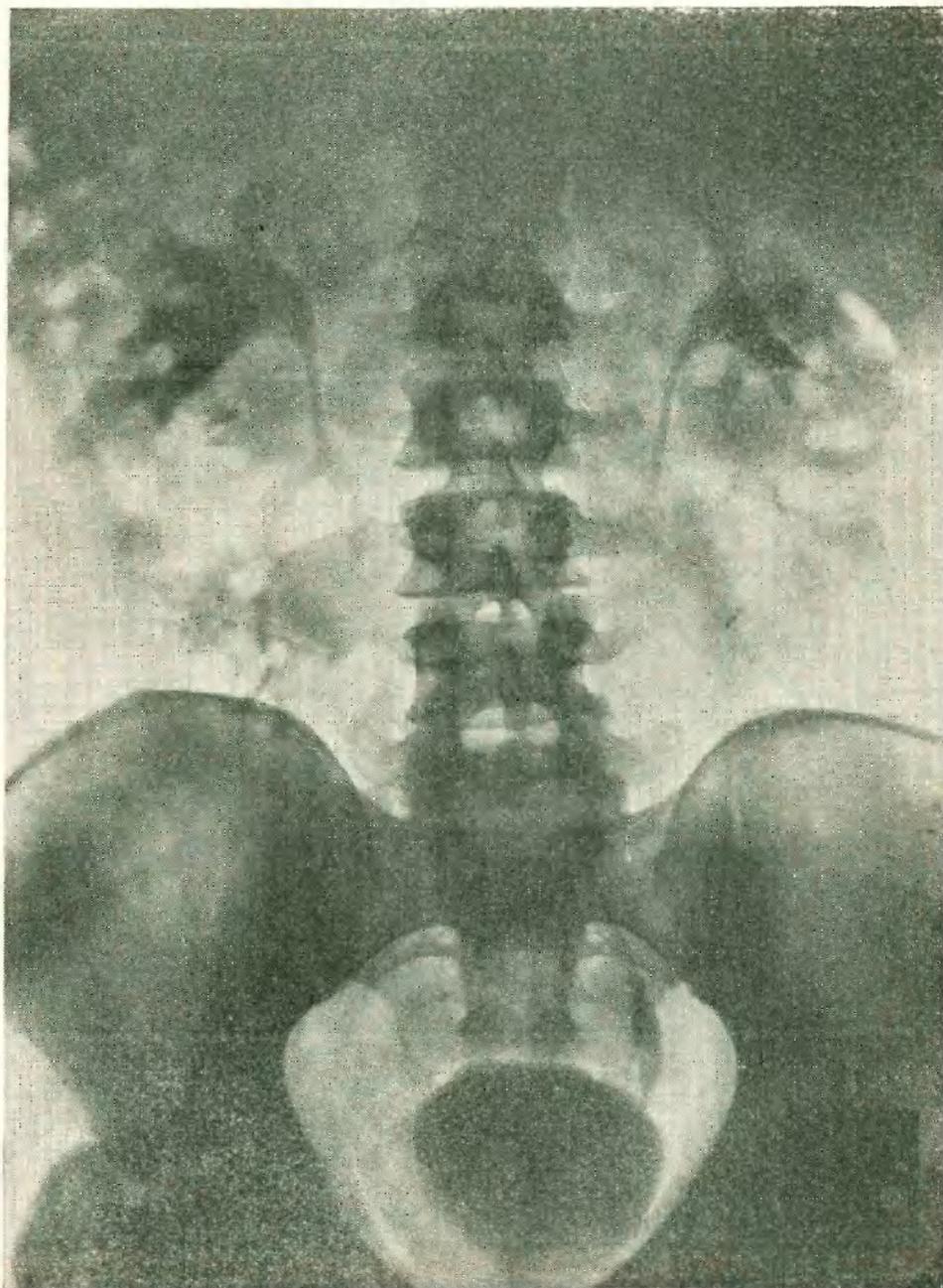


Fig. 15. — A. S. — H. C. 30686, Pielografía Descendente a los 40' siete meses después de la intervención.

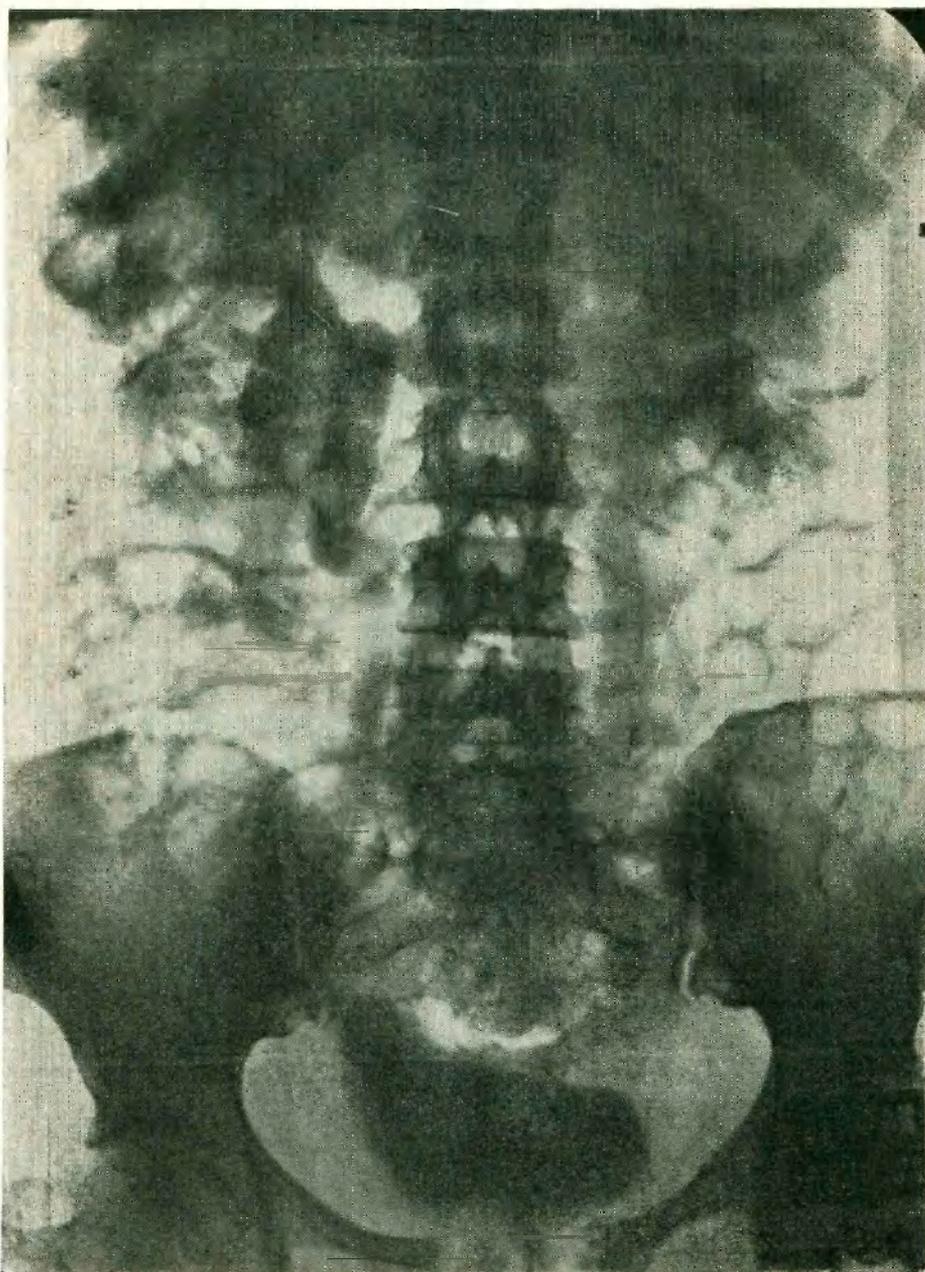


Fig. 17. — L. Z. — H. C. 31342. Pielografía Descendente a los 60°  
Gran dilatación pieloureteral bilateral, con imagen vesical  
de contornos regulares, excepto en el borde superior izq.  
que es de tipo cónico (Lado donde ya se había efectuado  
el BOARI).

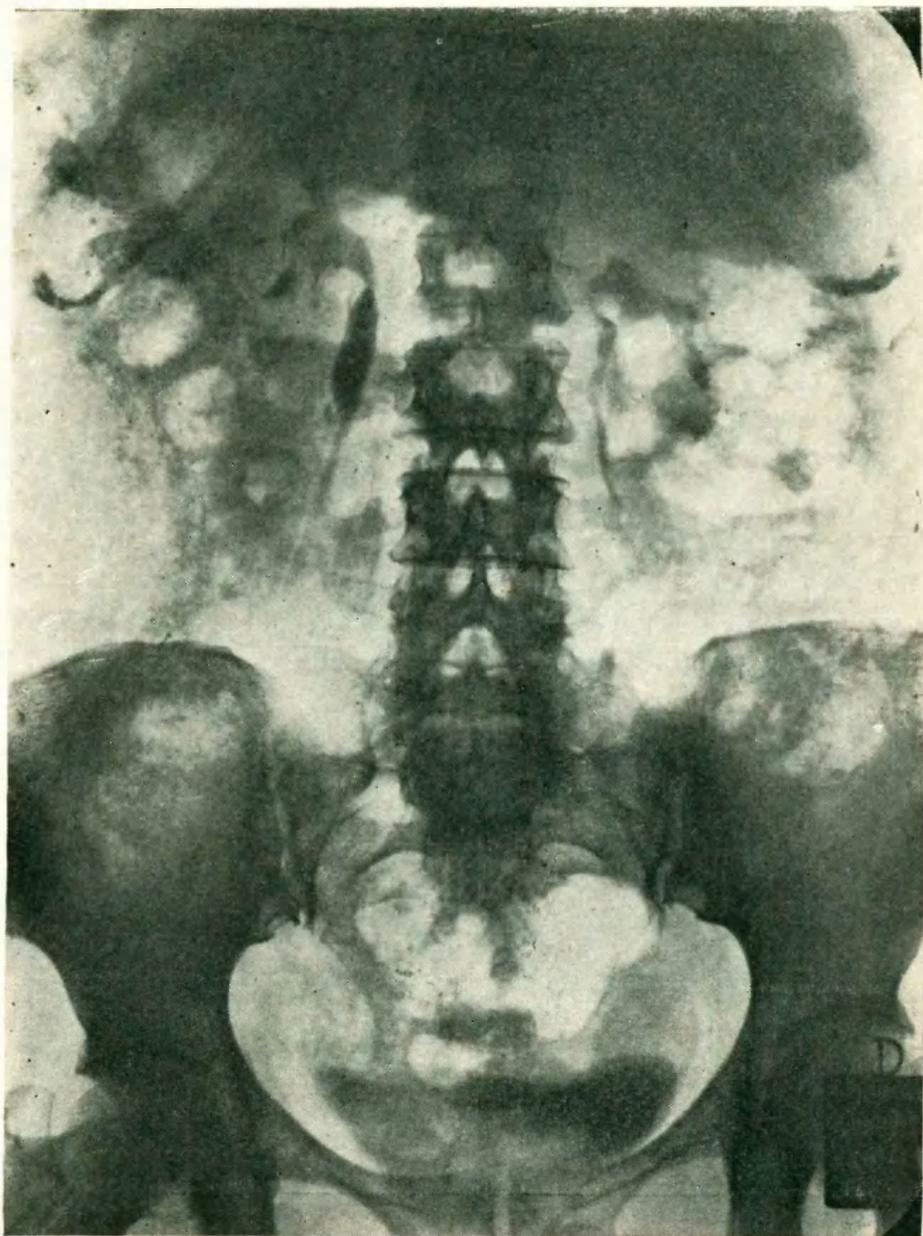


Fig. 18. — L. Z. — H. C. 31342. Pielografía Descendente a los 20' siete meses después de la intervención.

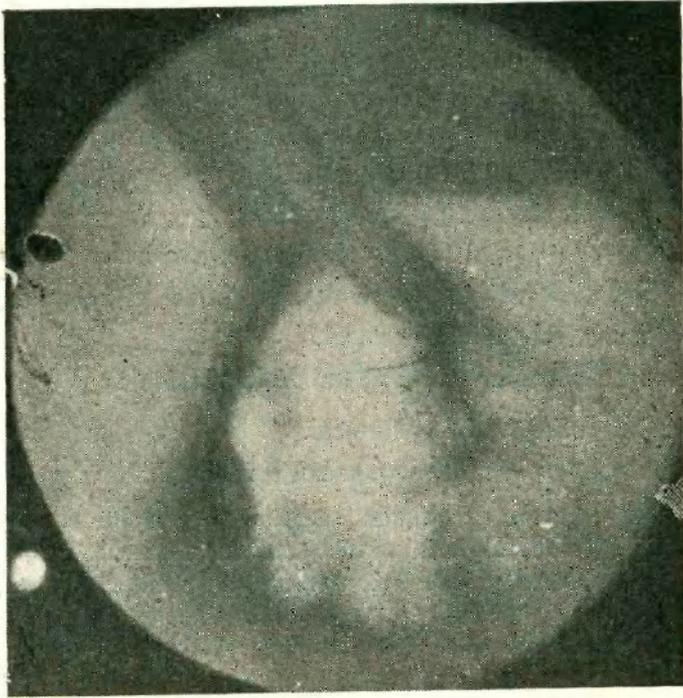


Fig. 16. — A. S. — H. C. 30686, Control fotográfico endoscópico.

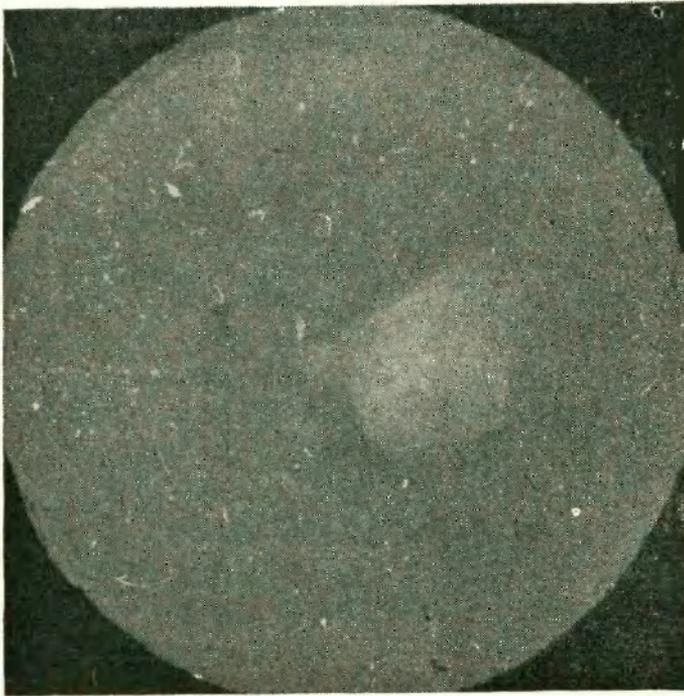


Fig. 19. — L. Z. — H. C. 31342, Control fotográfico endoscópico.

## SUMARIO

Se refiere en este trabajo la modificación del Prof. PUIGVERT a la técnica RICARD-SERÉS de la urétero-cisto-neostomía en "puño de camisa". Presenta una casuística de 28 enfermos, con un porcentaje de éxitos del 75 % que demuestra, por lo demás las bondades de la técnica.

Se concreta como modificación PUIGVERT:

- a) No abrir la vejiga, lo que hace a la técnica extravesical.
- b) Resecar en huso la mucosa donde se va a practicar el reimplante.
- c) Disecar y reseca la adventicia ureteral.

Se exponen como ventajas importantes de la técnica|:

- 1º) Evitar el reflujo vésico-ureteral.
- 2º) Evitar la estrechez de la neo-boca ureteral.

Finalmente se muestra la evolución seguida por cuatro enfermos con los controles post-operatorios, radiológicos y fotográficos endoscópicos, que comprueban la excelente recuperación funcional de los operados, desde el punto de vista reno ureteral.

---