

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

2a. Sesión Científica Ordinaria - 23 de Mayo de 1963

Presidente Dr. José Casal
Secretario „ Oscar C. Carreño

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA
Volumen XXXII - Nº 1, 2 y 3 - Pág. 4 a 7

ESTUDIO DEL REFLUJO URETERAL EN LOS NIÑOS POR EL METODO LATTIMER-GLEASON

Por el Dr. LEON BERSTEIN-HAHN

El árbol urinario inferior en los niños está sometido a entidades patológicas, cuyo conocimiento es puesto en relieve al mejorarse los medios de exploración fisiológica.

La presencia de reflujos vésico ureterales ha sido objeto de recientes e intensos estudios de los cuales el doctor Casal nos informara en su relato ante el Congreso Argentino de Urología reunido en Tucumán, durante el mes de Octubre próximo pasado, debiendo considerarse según dicho autor, cuatro elementos fundamentales que entran en el mecanismo de contención, de cuya disfunción se produce el reflujo.

Estos elementos son:

- 1) La formación del ureter sub-mucoso.
- 2) La elasticidad de la porción sub-mucosa.
- 3) Formación del apoyo posterior del ureter sub-mucoso.
- 4) Aumento de la presión endovesical.

Para su evaluación clínica disponemos de nuevas técnicas radiológicas, siendo de utilidad las tomas retardadas durante pielografías descendentes, las cistografías y las cistografías miccionales. La cistografía con solución radioactiva de I-131 en suero fisiológico, según técnica de C. Winter, que demostró sólo relativa exactitud en este problema, siendo también de discutible aplicación clínica el uso de minúsculos transmisores radiales que se insertan en la vejiga para determinar su presión miccional.

La cinematoradiografía con pantalla fluoroscópica amplificadora de imágenes combinada con la medición de la presión intravesical resulta al presente el método más exacto para la observación del reflujo vésico ureteral y la determinación de su momento de aparición y eflujo y el estado del peristaltismo ureteral, siendo estos datos importantes guías para el pronóstico y tratamiento.

Los doctores Lattimer, Gleason, Apperson y Baker de la Columbia University de Nueva York idearon el método que describiré y que he utilizado durante mi estadía en dicho Servicio.

Se procede a insertar una sonda ureteral calibre 4F y una sonda de Foley por vía uretral. La sonda ureteral se contacta a un aparato Sanbron para el registro de presiones de canales múltiples.

En ciertos casos esta medición se practicó mediante la inserción de una pequeña sonda de polietileno, por vía de punción vesical suprapúbica con el objeto de no afectar el cuello vesical, pero este método no es aplicable en niños, por la necesidad de la anestesia general que involucra este procedimiento.

Se procede al lleno vesical con medio radiopaco (Hypaque 50 %) bajo presión de la gravedad, observándose su comportamiento por la pantalla fluoroscópica amplificadora de imágenes; filmando una cámara de 16 mm. los momentos de mayor interés.

Se correlaciona continuamente el volumen del líquido, con la presión endovesical y la posible aparición de reflujo ureteral.

Una vez alcanzado el lleno vesical, se retira la sonda de Foley y se hace orinar al paciente con la sonda ureteral puesta, para poder determinar así la presión vesical durante la micción; al término de ésta se inspecciona el área vesical para determinar el estado del eflujo ureteral y su evolución ante el acto miccional.

La presión intravesical tiene dos orígenes.

1) La desarrollada por el músculo detrusor vesical.

2) La presión intraabdominal durante el acto miccional.

Cuando se desea conocer el valor de esta última se coloca una pequeña bolsa llena con agua en el recto conectada con el aparato medidor de presiones; para cotejarla con la endovesical.

Este estudio de las mediciones de presiones ultravesicales puede ser completado con la medición de la resistencia del cuello vesical mediante el conocimiento del flujo urinario según las técnicas descritas por Gleason, F. Hinman Jr. y J. J. Kaufman.

Basados en estos estudios Lattimer y col. dividen los pacientes con reflujo ureteral en tres grupos:

Grupo 1: Reflujo con alta presión. Generalmente asociado con obstrucción del cuello vesical y una deficiente unión ureterovesical que Stephens no cree se encuentra en todos los casos. Procesos infecciosos pueden provocar edemas y rigidez ureteral, con conservación de peristaltismo y calibre del órgano.

Estos casos son los más sensibles al tratamiento conservador con dilataciones uretrales, para tratar de reducir la resistencia del cuello vesical y el tratamiento de la infección urinaria. Si este método no fuera efectivo en reducir la infección y la resistencia del cuello, se recurrirá al tratamiento quirúrgico del cuello vesical.

Grupo 2: Reflujos con baja presión y gran cantidad de líquido.

Stephens encuentra en estos casos deficiencia parcial en la musculatura de la porción intravesical del ureter con reflujo a baja presión (8-30 mm. de Hg) pero que aparecen con una gran cantidad de orina en la vejiga.

En este grupo hay una cierta capacidad de resistencia al reflujo de la unión de la unión ureterovesical y los uréteres pueden presentar calibre y peristalsis satisfactoria.

El tratamiento debe estar enfocado en disminuir la resistencia del cuello por dilataciones uretrales o por cirugía, dejando las operaciones antireflujo cuando los métodos anteriores fueran insuficientes.

Grupo 3: Reflujo a baja presión y bajo volumen.

Aquí según Stephens hay una ausencia del segmento terminal del ureter intramural. Nos encontramos ante un verdadero "lago" de pelvis, ureter y vejiga, generalmente con dilatación pieloureteral.

En estos casos cabe indicar un tratamiento quirúrgico en el cuello y procedimientos antireflujo en la unión ureterovesical, que en los casos más severos de-

berán ser precedidos por un período de derivación urinaria por vía uretral o nefrostómica.

Un mejor conocimiento de estos fenómenos nos permitirá adecuar la terapéutica más eficaz para este problema que tanto interés suscita en el momento actual.

Presentaremos ahora el estudio cinematoradiológico según la técnica descrita en cinco niños con reflujo ureteral.

CONCLUSIONES:

Se presenta el método de Lattimer-Gleason para el estudio de refljo vesicoureteral, por medio de la cinematoradiología con pantalla fluoroscópica con amplificador de imágenes y la medición simultánea de la presión vesical durante cistografía retrógrada y el acto miccional.

Se describe una clasificación de los reflujos ureterales en tres grupos:

- 1) Reflujo con alta presión intravesical.
- 2) Reflujo con baja presión y gran volumen de líquido.
- 3) Reflujo con baja presión y poco volumen líquido.

Se presenta un film con estudios practicados según la técnica descrita en cinco niños con reflujo.

DISCUSION

Dr. Gutiérrez: Quisiera preguntarle al comunicante, primero, cómo consigue obtener tan fácilmente las imágenes por micción, porque aunque trabajamos con chicos de menor edad nos es difícil conseguir micción, sobre todo en niñas.

Kiljebor en su libro afirma que les ofrece monedas y chucherías a los chicos; nosotros les hemos ofrecido juguetes, etc. pero no hemos podido obtener placas en niñas. Todavía no hemos hecho películas.

Segundo, no he oído si le prestan atención a los factores predisponentes —nosotros hacemos radiografías exclusivamente,— y a la relación entre la longitud del uréter intramural y el calibre del uréter, que algunos autores señalan que es de importancia capital y piensan que cuando la relación normal es de 1 a 7, desciende a 1/2 ó 1/3 y entonces, aparece reflujo.

Dr. Bernardi: El éxito operatorio parece excelente pero quisiera preguntarle al comunicante si no han hecho urografías de control, porque podría darse el caso de que no hubiese reflujo porque existe obstrucción. No quiero pensar —porque conozco al doctor Lattimer y sé como opera— pero interesa saber si la función renal se ha conservado.

En algunos casos, hemos hecho una plástica e inyectado la sustancia de contraste después para comprobar si existía reflujo y éste había desaparecido, pero ello se debía a que habíamos operado mal al enfermo. Vale la pena aclarar ese punto para verificar si la evolución fue exitosa.

Dr. Bernstein-Hahn: Hacer miccionar a las niñas a veces es un poco difícil, pero desde ya que hay que parar la mesa radiológica y creo que sedándolas un poco, obtenemos mejores resultados.

En el Hospital de Niños, en el servicio del profesor Escardó, se les hace un tratamiento psicológico previo a todas estas maniobras, porque según los psicólogos la colocación de una sonda en una niña es un acto que se semeja mucho a una violación. No discutiré ese punto, pero nosotros hacemos tratamiento psicológico y agregamos algún sedante en el momento de hacer el estudio.

Las cistografías las realizamos —si no tenemos cinematorradiografía— bajo imagen de la pantalla fluoroscópica. Esto debe ser realizado por los urólogos, quien deben dar su interpretación personal del problema y obtenemos bajo la pantalla radiológica las imágenes que consideramos más significativas, sobre todo para mostrar a los colegas. Algunas reglas sobre

la cooperación de los niños entiendo que pueden ayudar en mucho a la obtención de un buen estudio radiológico.

Respecto a la longitud y calibre del uréter intramural en anatomía patológica, puedo señalar que el primer estudio se realizó en 1905, en Francia, sobre cadáveres, poniéndose en evidencia la existencia de una megavejiga. En el cadáver esto es muy sencillo. En cambio, es dificultoso determinar en clínica, a través de la cistoscopia, si existe una megavejiga o un megatrígono.

El doctor Lattimer estaba interesado en ver si se podía reproducir las mediciones que había por esa época publicado el doctor Marshall. Para ello, llevaba a la sala de operaciones compases esterilizados para medir el trígono en los chicos sometidos a actos quirúrgicos. Realizar en el acto quirúrgico la medición de la distancia de meato ureteral a meato ureteral es mucho más difícil de lo que puede parecer a simple vista. Debemos guiarnos por lo que destaca en sus informes más recientes el doctor Víctor Marshall.

No podría dar la evolución de estos casos. La idea del doctor Lattimer en general, y sigo la escuela americana, es que muchos de estos problemas pueden ser superados sin necesidad de actos quirúrgicos y en cuanto al reflujo, a menos que sean reflujos masivos bilaterales, cuando el reflujo es menos intenso —es un tema que está en constante revisión— y sugiere un tratamiento de prueba que nosotros usamos con cierta experiencia y pensamos que todavía no podemos dar los resultados porque no tienen significación estadística. En cambio, Lattimer tiene tratados cerca de cien casos. El realiza dilataciones uretrales con beniqué y les pide a las madres que instruyan a los niños para que hagan las micciones en dos o tres tiempos. En el segundo tiempo, la orina residual está en el uréter y en el tercero, a veces, tenemos que esperar una tercera fase antes de conseguir el eflujo total.

Muchas veces, el tratamiento conservador, unido a la antibioticoterapia nos hace conseguir resultados interesantes, que nos hace pensar que quizá merezca una prueba más intensa este tratamiento, sobre todo cuando el procedimiento quirúrgico ha demostrado que es eficaz en un porcentaje relativo de casos y todavía no existen estadísticas mundiales muy grandes como para sentar premisas definitivas.

Esta es una imagen (la exhibe) tomada bajo la pantalla radioscópica durante el acto miccional. Existe un reflujo del lado izquierdo y a medida que transcurre el acto miccional encontramos que el reflujo no se acentuaba ni se hacía más masivo, a pesar de una mayor intensidad de la presión intravesical. Esta chica tiene un reflujo a baja presión y alto volumen y por el momento es tratada con dilataciones uretrales. Vamos a seguir su evolución para ver qué sucede.

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

Presidente Dr. Natalio Cartelli
Secretario „ Oscar C. Carreño

1ª Sesión Científica Ordinaria - 23 de Abril de 1964

DISCURSO DEL PRESIDENTE ENTRANTE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Dr. NATALIO CARTELLI

Distinguidos consocios:

Desde el año 1923, en que un grupo de médicos dedicados a la Urología, cuyos nombres creemos necesario recordar en su homenaje, y que fueron los Dres. Maraini, E. Castaño, J. Salleras, N. Gaudino, J. J. Gazzolo, Vilar, A. Buzzi, F. Grimaldi, R. Spur, P. Mata, J. Ulrich, A. López, H. Serantes, S. Barabino, E. Berenguer, J. Dante, E. Cash, Quintana, D. Brasi, A. Sojo, muchos de ellos maestros, consideraron la necesidad de formar una Sociedad, donde poder presentar y discutir los casos observados en su práctica diaria.

Y fue entonces quienes con su esfuerzo y su capacidad dieron a luz lo que es hoy la Sociedad Argentina de Urología.

Desde entonces a la fecha, primero los que fueron nuestros maestros, y luego sus discípulos, que continuaron la obra, con su empeño, su voluntad y su preparación le dieron cada vez más realce e importancia a la misma, organizando congresos, reuniones conjuntas con otras sociedades, jornadas, etc., enriqueciendo así su prestigio, hasta hacerle ocupar un lugar de privilegio entre las Sociedades Científicas mundiales.

Me toca hoy a mí continuar esa gran obra. Reconozco que no es una tarea fácil, ni sencilla, pero, contando con una voluntad férrea y con la valiosa ayuda de los compañeros de la Mesa Directiva (Vicepresidente, Secretario, Tesorero, miembros de la Revista) y el Administrador, creo que podremos cumplir nuestra tarea en la forma que lo han hecho nuestros antecesores.

Distinguidos colegas:

El ocupar el cargo que rige los destinos de esta Sociedad, es el fruto de una dedicación de muchos años a la especialidad, y a la buena voluntad de muchos de vosotros, que con sus votos hicieron que fuese elegido para ocupar este honroso sitial.

Por eso, sin pecar de indiscreto, ni molesto a distraer vuestra atención, y considerando que el ocupar este cargo es la resultante de una serie de hechos y factores que han contribuido para llegar al mismo, sería una ingratitud de mi parte si no trajese a mi memoria el recuerdo de aquellos seres que en una u otra forma contribuyeron a la formación de mi ser o me estimularon, con sus enseñanzas y sus consejos, al ejercicio de la profesión cumbre de todas las profesiones, la Medicina:

Mis padres, en cuyo hogar recibí el ejemplo, los consejos y el estímulo que debían ser los firmes cimientos de mi futura formación.

Heredé de mi madre su bondad y de mi padre su conducta honesta y disciplinaria, y su recuerdo diario mantienen siempre vivo en mi espíritu ese ejemplo que ofrezco a mis pacientes y a los que se forman a mi lado.

Mi primera esposa, que en los momentos difíciles de la iniciación de mi carrera me alentó con sus consejos, su bondad y su tolerancia, para continuar el camino que me había trazado.

Mi segunda esposa, ejemplo de abnegación y sacrificio, fiel compañera, quien dedica por entero su vida al hogar, colaborando con mis obligaciones, y que comparte a diario mis inquietudes profesionales y docentes.

Mi primer maestro, el Profesor Juan Salleras, profesional estudioso, que en su época, con sus investigaciones, trabajos y enseñanzas, formó una escuela, y que me honro de haber llegado a ser uno de sus alumnos predilectos.

A su lado me inicié en la Urología, y aprendí lo que de correcto, maestro y hombre de bien Dios lo había dotado. Su desaparición, a temprana edad, hizo que la Urología argentina perdiese uno de sus grandes valores.

Mi segundo maestro, el Profesor Armando Trabucco, orgullo de la Urología argentina, y con quien en los diez años que permanecí a su lado pude valorar sus altas condiciones de maestro, organizador e investigador que enriquecieron mis conocimientos. Todo elogio que podría hacerse de él sería poco.

Y a mi compañero y amigo el Profesor Egidio Mazzei, actual Profesor Titular de la 1ª Cátedra de Clínica Médica, cuya capacidad científica sobrepasa toda ponderación, y por quien inicié la carrera docente, hasta llegar a ocupar el sitio más alto de la carrera docente universitaria.

A todos, mi más reconocido agradecimiento.

Compañeros: Desde este momento comenzamos a trabajar con la energía que nos darán nuestras fuerzas, para poder mantener el prestigio y la jerarquía que le corresponde a nuestra Sociedad.

No escatimaremos esfuerzos ni sacrificios para que ello se cumpla: y si al final de nuestro mandato no hemos conseguido tal objeto, será que nuestros esfuerzos y nuestra voluntad no han sido suficientes para cumplir tan alto fin.