

REGLAMENTACION DEL PREMIO "DR. LUIS PAGLIERE"

- Art. 1º — La Sociedad Argentina de Urología otorga el Premio "Dr. Luis Pagliere", en homenaje al insigne urólogo desaparecido.
- Art. 2º — Este Premio se otorga anualmente al mejor trabajo sobre un tema de Urología que cumpla con las exigencias del presente Reglamento.
- Art. 3º — El Premio consistirá en una medalla de oro, diploma y la suma de dinero que reste de los intereses devengados por un capital de mil (1.000) dólares depositados al efecto.
- Art. 4º — En caso de ser varios los autores del trabajo se entregarán sendos diplomas, una sola medalla y el dinero que corresponda.
- Art. 5º — Los trabajos serán inéditos y podrán pertenecer a uno o varios autores, los que deberán ser miembros de la Sociedad Argentina de Urología en su mayoría.
- Art. 6º — El Secretario de la Sociedad Argentina de Urología será el encargado de recibir las inscripciones de las obras presentadas, para lo cual abrirá un registro especial en el que quedará constancia de la fecha de presentación, del título del trabajo y del nombre de los autores.
- Art. 7º — El Secretario cerrará indefectiblemente el Registro el día 1º de setiembre de cada año, momento para el cual los autores entregarán tres (3) ejemplares del trabajo.
- Art. 8º — El Jurado estará integrado por el Presidente de la Sociedad Argentina de Urología y los dos presidentes anteriores.
- Art. 9º — Serán suplentes de este jurado los ex presidentes de la Sociedad por orden correlativo.
- Art. 10º — El Jurado deberá expedirse antes del 1º de diciembre del mismo año, comunicando las actuaciones y veredicto a la Mesa Directiva.
- Art. 11º — El Jurado está facultado para declarar desierto el Premio o instituir si lo considera oportuno un Premio Accesit que consistirá en un Diploma especial.
- Art. 12º — La entrega del Premio se hará en la Primera Asamblea Ordinaria del año siguiente a su trámite.
- Art. 13º — El trabajo galardonado con este Premio será publicado en la Revista Argentina de Urología y Nefrología de acuerdo con lo establecido en la Reglamentación Editorial.
- Art. 14º — La Mesa Directiva decidirá ante cualquier dificultad que surgiera de la aplicación del presente Reglamento.

LA LINFOGRAFIA EN LOS TUMORES UROGENITALES

CONFERENCIA PRONUNCIADA EN LA SEGUNDA SESION - 26 de Abril 1973
Dr. FRANCISCO RAO

Presidente del Comité de Tumores del Hosp. Aeronáutico Central

La linfografía es la técnica mediante la cual se introducen sustancias opacas en el interior de los troncos y ganglios linfáticos con el objeto de hacerlos visibles radiológicamente. Este método está basado en la técnica descrita por Kinmonth en el año 1950.

No es éste el lugar apropiado para entrar en detalles de la técnica seguida

en la linfografía para individualizar los trayectos linfáticos y ganglios correspondientes, hacia donde pueden drenar los órganos del aparato urogenital y sólo mencionaremos que hemos utilizado diversas vías como ser: a) inyección en el cordón espermático; b) inyección en el pene; c) inyección en el escroto, y d) inyección en un linfático en el dorso del pie. Si bien algunos autores describen algunas ventajas para cada una de estas vías, nosotros nos hemos limitado a desarrollar la inyección en el dorso del pie, ya que las dificultades e incomodidades de las otras técnicas no creemos, junto con otros autores, compensen las pequeñas ventajas aducidas.

En la linfografía para los tumores urogenitales, mediante la inyección de la sustancia de contraste en el dorso del pie, podemos visualizar los ganglios inguinales que reciben los aferentes, no sólo de la pierna, sino también de los genitales externos; los ganglios ilíacos externos, particularmente las cadenas central e interna, reciben los vasos linfáticos aferentes de la próstata; los ilíacos comunes e hipogástricos también se visualizan drenando a ese nivel los vasos aferentes de la próstata y luego se colorean los paraaórticos que tienen interés para los vasos aferentes del testículo. En dichas cadenas drenan también los vasos linfáticos del riñón y glándulas suprarrenales, si bien no se ha demostrado la utilidad práctica de la linfografía en el diagnóstico de las metástasis ganglionares de los tumores de dichos órganos.

La detección radiológica de las metástasis ganglionares deben buscarse en base a los siguientes parámetros:

- a) Dilatación de los troncos, visualización de vías colaterales y desplazamiento de los canales normales; flujos linfáticos lentos por vaciamiento tardío de la sustancia radiopaca de los troncos. Estos signos son debidos a la obstrucción ganglionar por el cáncer.
- b) Defecto de repleción que se ve como una imagen clara donde normalmente debería rellenarse el ganglio.
- c) Imagen en "apolillado" con defectos de repleción puntiforme en todo el ganglio.
- d) No se visualiza una región o grupo ganglionar el cual es "salteado" por la sustancia de contraste, debiéndose ello a que dicho grupo se halla completamente invadido por la metástasis.

A pesar de los signos radiológicos descriptos más arriba, las causas de error en el diagnóstico de las metástasis ganglionares son muchas y sólo en los casos avanzados se puede diagnosticar con un alto porcentaje de seguridad, por lo que este método no debe usarse como diagnóstico precoz y nunca como excluyente de anormalidad ya que las metástasis menores de cinco a diez milímetros no dan ni siquiera la más mínima alteración radiográfica.

En un trabajo anterior consistente en la revisión de 45 linfografías efectuadas, dentro de las cuales figuraban 9 de cánceres urológicos, 7 de ellas las informamos como positivas comprobándose luego anatomopatológicamente pero todas ellas fueron seleccionadas por su franca positividad, encontrándose ya en estadio avanzado, sospechadas clínicamente por lo que es posible afirmar de acuerdo a nuestra experiencia:

- 1º) La linfografía no es útil para el diagnóstico precoz de metástasis ganglionares.
- 2º) La gran cantidad de falsos positivos hace que no debe descartarse una intervención con criterio curativo porque una linfografía indique metástasis ganglionares a distancia cuando éste es el único medio que lo indique y a lo sumo puede señalar la conveniencia de una exploración más exhaustiva (como una biopsia del grupo ganglionar más distal comprometido).
- 3º) Las linfografías efectuadas posteriormente a una intervención quirúrgica efectuada con intención de una linfadenectomía total bilate-

ral, muestran una alta incidencia de ganglios no extirpados por lo que en los tumores testiculares en los cuales es importante un buen vaciamiento ganglionar es inexcusable el no efectuar una linfografía previa para poder luego realizar controles radiológicos intraoperatorios.

- 4º) La linfografía tiene utilidad indiscutible como: control quirúrgico de linfadenectomía, control de tratamiento radiante o citostático al ver la evolución de las adenopatías.
- 5º) Los estudios más exhaustivos de linfografías efectuadas rutinariamente en todos los cánceres urológicos acompañadas siempre de la confrontación anatomopatológica, contribuirá a disminuir el alto porcentaje de error que posee este método.
- 6º) Por último es conveniente recordar que hasta el momento actual no se conoce un método mejor que la linfografía para la visualización de las alteraciones ganglionares.

DISCUSION DE LA CONFERENCIA DEL DOCTOR RAO

Dr. Ghirlanda. — Quería hacer un comentario con respecto a la imagen sino excepcional por lo menos no pensada previo la linfografía de las imágenes en el teratocarcinoma testicular, donde evidentemente, están groseramente alterados los ganglios de la región inguinocrural.

Es aceptado de que habitualmente, los ganglios principales de los testículos son los lumbocórticos. Para que muestren alteraciones los ilíacos primitivos tendría que estar tomada la albugínea y para que los inguinales se mostraran alterados tendrían que estar alteradas las cubiertas escrotales que en este caso, no se puede aceptar porque se trata de una ectopía testicular.

Dr. Pagliere. — Quería preguntarle si en la neoplasia de testículo hace la linfografía a través de los linfáticos del pie o del cordón inguinal y qué razones hay para preferir una u otra.

Con referencia a lo que dijo sobre la posibilidad de facilitar con inyecciones coloradas previas la disección inguinal, hace algo más de 20 años, y creyendo hacer una originalidad en la neoplasia de mama, en 7 u 8 enfermas inyecté tinta china en los colgantes de la mama 48 horas antes de la intervención y en 2 ó 3 enfermos con azul patente.

Me acesaléntó la continuación de la experiencia porque pude comprobar en el acto quirúrgico que había ganglios no teñidos, probablemente, por bloqueo de los colectores linfáticos. De ahí que la pretensión de que pudiera ser útil comprobar una extirpación más o menos completa de los ganglios se veía limitada por el hecho de que algunos no estaban coloreados y podían quedar olvidados en la operación.

Por última, creo que una indicación bastante precisa de la linfografía sería en los cánceres de vejiga, en los que se planea una cistectomía total.

Si se comprobara con una linfografía previa la invasión de ganglios linfáticos, seguramente la cistectomía simple no tendría mayor razón de ser y debería obligatoriamente llevar a una cistectomía ampliada o tal vez, más lógicamente, renunciar a la cistectomía total y valerse de algún otro procedimiento terapéutico.

Dr. Scorticati. — Yo quiero preguntarle si es frecuente que las linfografías produzcan reacciones granulomatosas en los ganglios que puedan llevar a confundir la imagen.

A esto me refiero por un caso que hemos tenido años pasados de un teratocarcinoma de testículo al que le hicimos la linfografía, que mostró un stop a nivel de la segunda lumbar. Al practicar el vaciamiento ganglionar retroperitoneal encontramos enormes adenopatías retroperitoneales que eran verdaderamente monstruosas y macroscópicamente patológicas y después la histología mostró que solamente era positivo un ganglio ilioinguinal. Los otros ganglios tenían reacciones granulomatosas, posiblemente al lipiodol. Eso me hace preguntarle para ver si en cierta medida, por ejemplo, en las neoplasias de pene no sería conveniente desistir de este método de investigación dada la facilidad del control semiológico de los ganglios por la palpación en las neoplasias de pene y una linfografía podría modificar la semiología palpatoria y confundirnos el estadio de la enfermedad.

Dr. Otamendi. — Yo lo felicito al doctor Rao por las linfografías. La glándula testicular es fácil de palpar. Posiblemente, es uno de los elementos en el que más diagnósticos diferenciales pueden existir. Es decir, que si en un servicio se encuentran diez médicos y consultan los diez, si es o no un tumor, habitualmente, hay diferencias muy grandes entre ellos.

La linfografía podría servir como método diferencial en problemas del testículo.

Dr. Márquez. — En el Servicio del Hospital Rawson hemos tenido oportunidad de estudiar las linfografías de los tumores testiculares.

Comenzamos haciendo las linfografías en los hidroceles, en los varicoceles del lado izquierdo y del lado derecho y llegamos a una conclusión que es la siguiente:

El primer estadio ganglionar en los tumores del lado derecho está a nivel de la segunda, tercera lumbar y del lado izquierdo, son directamente retro pancreáticas. Por ese motivo, salvo en las adenopatías muy grandes, no hacemos la linfografía por dorso de pie.

Dr. Rao. — La primer pregunta que voy a contestar es la que se refiere a por qué no hacemos la linfografía por el cordón espermático y sí por la vía pedia. De paso, contesto las dos, la primera y la última.

Haciendo la inyección del cordón espermático se rellena con la sustancia de contraste los mismos territorios ganglionares que haciéndolo por la vía pedia con una diferencia. Si se lo hace por el cordón espermático, puede empezar a aparecer desde la segunda, tercera lumbar hacia arriba y si se la hace por la vía pedia, desde el ganglionar hasta el externo. Es decir, que no solamente se van a colorear de la segunda y tercera lumbar hacia arriba, sino también de la segunda y tercera lumbar hacia abajo.

¿Cuál es la ventaja de esto? Diseñar un linfático en el pie es mucho más sencillo, más limpio y menos engorroso desde el punto de vista técnico que diseccionar los del cordón.

No le encuentro ninguna desventaja porque, con no considerar los ganglios anteriores inguinales o iliacos externos y considerar de la segunda lumbar hacia arriba, con eso hemos obviado el problema.

En cuanto a la cantidad de relleno, todo depende de la inyección de sustancia de contraste.

Si se inyecta, como suelo inyectar, hasta 10 cc. de lipiodol transluido por cada pie, no hay ningún problema porque yo lo he hecho bajo pantalla radioscópica, incluso lo he filmado en distintas secuencias para videotape para poder volverlo a observar. Y se ve que se rellena por completo, hasta íntegramente el conducto torácico.

Viéndolo parado, una vez completada la inyección de 7 a 8 cc. para que se rellene bien la cisterna acostándolo de inmediato, uno ve el relleno total y para eso he sacado radiografías para cirujanos que me han pedido visualizar bien el conducto torácico, para establecer la existencia de ciertas derivaciones del mismo a vena cava.

Quiero decir que no existe ninguna ventaja inyectar en el cordón espermático, ya que desde el pie se rellena todo exactamente igual y llegan todos hasta segunda lumbar.

En cuanto a la pregunta de hacerla de rutina en el cáncer de vejiga, yo conozco las limitaciones del método. Pienso que a veces, es difícil afirmar que una linfografía es patológica como para iniciar otro tipo de operación. Es más fácil decir que una linfografía es normal, lo cual no quiere decir que esos ganglios no estén ya con metástasis microscópicas o pequeñas.

Sin embargo, cuando uno informa una linfografía normal es más fácil para el cirujano llegar a una cistectomía total o parcial o por lo menos, tiene un elemento de juicio para quedarse un poco más tranquilo.

Una linfografía patológica, a menos que sea groseramente patológica en el caso de vejiga, que generalmente son tumores que pueden invadir el ganglio, hacerlo silencioso o que no aparezcan las imágenes, solamente en el caso de que aparezcan agrandadas se puede afirmar que la linfografía es patológica.

Sobre este punto no hay grandes estadísticas, pero los que las han hecho llegan a un 20 % de falsos positivos, en caso de linfografías groseras, no hablemos de los casos dudosos en que el margen de error sobre falsos positivos es mayor. Por lo que pienso, como elemento de estudio y de guía es útil, para determinar, de acuerdo a la linfografía la conducta a seguir, a menos que sea francamente positiva no lo aconsejaría.

Y vamos a contestar otra pregunta en cuanto a la reacción granulomatosa. Sí, es importante. En algunos enfermos, que son sensibles al yodo, a veces, la reacción es tan grande que confunde al que examina las placas, sobre si se trata de una reacción granulomatosa o inflamatoria.

De todos modos, en el caso del pene en particular, la otra pregunta que me hacían, practico la linfografía por una razón. Los ganglios inguinales se pueden palpar antes de hacer la linfografía. Si son negativos a la palpación y aparecen positivos a los dos días de practicar la linfografía, evidentemente, es una reacción granulomatosa, pero si esos ganglios son positivos a la palpación, ya en el momento de hacer la linfografía ustedes me dirán para qué la hacemos si ya sabemos que son positivas, pero lo que no sabemos es si de esa estación ganglionar inguinal llegó hasta los ganglios lumboaórticos y en ese caso, si es importante saberlo. Porque si los ganglios se limitan a la ingle se puede intentar un vaciamiento ganglionar en el caso de un epidermoide de pene como una posibilidad para el enfermo, pero si los ganglios lumboaórticos altos están tan afectados como los inguinales, pienso que la conducta ya cambia.

En cuanto a la última pregunta sobre linfografía como método diferencial entre un tumor benigno y un tumor maligno de testículo, no es útil. En la linfografía puedo informar que los ganglios son patológicos, que son grandes, como una falta de relleno, pero no puedo informar si el proceso es benigno o maligno porque si el hombre tiene una infección en un pie va a dar ganglios grandes y a veces, con cierta falta de relleno, y con el margen de error que tiene, en ningún momento la puedo usar como diagnóstico diferencial.

La linfografía se practica cuando se tiene el diagnóstico de cáncer y entonces, se inves-

16-61(05)
R454
7/12
1973

S U M A R I O

Leiomioma de Vejiga - Scorticatti C. H., Avalos F. E., Cartelli E. J. J.	67
Fístula Arteriovenosa Renal. Tratamiento quirúrgico - Petrone E. G., Astariz M. A., Bosh G.	70
○ Registro de Tumores Genitourinarios - Sáenz C., Olivera J. A., Bargiela B.	73
Avulsión de la Piel del Pene - Castría M. A., Orduna O., Zobh I.	75
Modificaciones Bacteriológicas en la Epidemiología de las Infecciones Urinarias - Bernstein Hahn L., Sember M., Zonzini J.	77
Cálculo Coraliforme blando - Alvarinhas F. M.	79
⇒ Tumor del Cordón Espermático - Moser G., Mathis R. (h), Celeste F., Gigler C.	80
- Un signo Radiológico patognomónico de ciertos Tumores del Uréter - González Martín G.	82
Utilización del ácido Metacresol-sulfónico en cirugía prostática - Scorticatti C., Levati H., Cartelli E.	84
Carcinoma sarcomatoideo de riñón - Murray A., Mathis R. (h), Gigler C. ..	86
Bioquímica del esperma - Calamera J. C.	87
Ectopía renal cruzada - Villamil A. A.	89
• Terapéutica de los tumores del testículo - Castría M. A., Di Noia A. E.	93
Criptorquidia. Mesa Redonda. Participantes: Bergadá C., Tessandori M., Sáenz C. A.	105
Hemorragia tumoral renal a forma pseudoquistica - Castría M. A., Piegari N. S., Rotemberg I., Casazza M.	111
○ Valor del renograma radioisotópico en la ptosis renal - Scorticatti C., Casabe A. R., Olivari A., Mirosława L.	113
• Tumor metastásico del uréter - Cartelli E. J., Scorticatti C., Celeste F. ...	117
Válvulas ureterales - Bernstein-Hahn L., Quesada E.	124
Carcinoma y quiste renal - Castría M. A., Piegari N. S., Rotemberg I., Nigro J. M.	127
↳ Tumores benignos de testículo - Villamil A. A.	129

n° 334

5 OCT 1987

furadantina MC

permanentemente

colaborando

con la

urología

argentina