

VALOR DEL CATETERISMO URETERAL RETROGRADO POR PUNCION EN LA CISTECTOMIA PARCIAL POR CANCER O DIVERTICULO YUXTAMEATICOS

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

El aislamiento de la porción pélvica del uréter, resulta un verdadero problema en ciertas intervenciones vesicales como la cistectomía por neo y diverticulectomías, cuando los procesos están localizados en las vecindades del *meato ureteral* siendo las posibilidades de lesionarlo muy grandes en todas estas ocasiones.

El procedimiento comúnmente empleado en estas afecciones, para reconocerlo debidamente, consiste en la introducción por la vía endoscópica, de un catéter ureteral en el preoperatorio inmediato que quedará en permanencia o será retirado a poco de terminada la intervención. Pero en muchas de esas circunstancias, su introducción se ve muy dificultada por la falta de capacidad vesical, debida a la cistitis neoplásica o infecciosa, o impedida eventualmente por una estenosis meática, una acodadura de la porción intraparietal y *sobretudo el ocultamiento del mismo al desembocar en el borde del orificio diverticular en su interior o en la base de una tumoración benigna o maligna.*

En estos casos la investigación es prácticamente imposible exponiendo al cirujano a lesionar el uréter, accidente que además de prolongar el acto quirúrgico, produce casi siempre un trastorno mecánico o dinámico que termina por la dilatación reno-ureteral con infección y atrofia secundaria.

Esta situación precisamente se nos presentó hace más de un año en un enfermo que padecía de un *papiloma degenerado que ocultaba el meato*, y en el que decidimos practicar una cistectomía parcial. El aislamiento extraperitoneal de la vejiga, permitió visualizar la porción ilíaca y pélvica superior del uréter, no así el resto, que fué seccionado completamente al extraer el tumor; la ligadura del conducto produjo una uropionefrosis que a pesar de la nefrectomía secundaria, practicada a los 15 días, terminó con la vida del enfermo.

Como conclusión consideramos que la evolución operatoria en este caso, hubiera sido muy otra, si el cateterismo ureteral endoscópico lo hubiéramos podido realizar.

Sin embargo, ante la imposibilidad de poder realizar el cateterismo endoscópico, ideal por cierto, con el propósito de proteger al uréter de la agresión operatoria cuando se halle en las proximidades de una lesión tumoral o diverticular, de acuerdo con los exámenes practicados, surge la indicación del *cateterismo retrógrado por punción*, como nosotros lo hemos realizado exitosamente en los 4 casos, cuya historia relataremos sucintamente.

Esta técnica consiste en aislar, durante el acto quirúrgico al uréter comprometido y practicar *su punción* con la punta del bisturí sobre el dedo, en una extensión mínima de 2 a 3 milímetros, como para permitir el paso hasta la vejiga de un catéter cónico-olivar N° 10 ó 12 (Escala Francesa).

Con este reparo ureteral se practicarán sin peligro las distintas operaciones vesicales que exponemos a continuación.

1er. caso. — J. D., enfermo de 58 años, portador de un quiste diverticular supravesical derecho con el meato ureteral desembocado en su labio infero-externo imposible de cateterizarse por la vía endoscópica a pesar de numerosas tentativas.

Una de las urografías muestra una dilatación pielocalicial derecha con el uréter pélvico reducido y desplazado por el divertículo, lo que pone en evidencia la íntima relación que presentaba con este último y los fenómenos obstructivos que generaba el anómalo reservorio vesical.

Las cistografías preoperatorias muestran con toda nitidez el gran divertículo lateral derecho.

Las cistografías post-operatorias, la buena recuperación anatómica de la vejiga. La sombra observada hacia la derecha y hacia la abajo de la vejiga no corresponde a ningún resto de divertículo, sino a una fístula vesico-cutánea secundaria a la diverticulectomía con marcada eventración parietal en la que estaba incluida la vejiga.

El enfermo fué operado mediante el cateterismo retrógrado con todo éxito, pudiéndose extirpar íntegramente el divertículo, sin lesionar el uréter.

2º caso. — L. R., enfermo de 62 años, portador de un adenoma prostático y un divertículo lateral izquierdo yuxtameático a 2 milímetros del orificio diverticular, imposible de cateterizarlo por la vía endoscópica.

Las urografías preoperatorias muestran un divertículo en íntima conexión con el uréter pélvico, situado por dentro.

Las cistografías muestran un divertículo lateral izquierdo del tamaño de una nuez con un cuello perfectamente visible.

Durante el acto quirúrgico, observamos al uréter íntimamente adherido al divertículo por una marcada diverticulitis que dificultaba su aislamiento, facilitado sin embargo por el cateterismo retrógrado.

El divertículo pudo ser extirpado en su totalidad con absoluta integridad del uréter, como lo muestran las radiografías adjuntas.

3er. caso. — M. V., paciente de 67 años, portador de un carcinoma vesical del tamaño de una media mandarina, *lateral derecho que ocultaba el meato*, por cuya razón resulta impracticable el cateterismo preoperatorio.

Las urografías y una única cistografía con expulsión por haberse extraviado las restantes, muestran *una evidente falta de relleno de parte de la hemivejiga derecha* (carcinoma vesical espino celular, según protocolo post-operatorio del Servicio Anátomo-Patológico del Hospital Pedro Fiorito N° 9.641).

El cateterismo retrógrado por punción, permitió diseccionar con toda prolijidad el uréter, quedando en la porción intra mural reducida a su mucosa, en virtud de la íntima relación que presentaba con la tumoración.

La cistectomía parcial permitió extirpar totalmente la tumoración, seguida de una sutura con puntos separados. Para evitar la posibilidad de una estenosis ureteral post-operatoria se dejó durante 4 días el mismo cateter hasta la vejiga, sacando el cabo opuesto por la brecha ureteral hasta el extremo superior de la herida: un segundo cateter penetró a su vez por la incisión ureteral hasta el riñón, saliendo por el extremo inferior de la herida hipogástrica para recoger la orina.

La evolución operatoria fué excelente: los catéteres fueron retirados a los 4 días, perdiendo orina durante 10 días más por la herida: sin embargo el enfermo falleció al vigésimo día de un síncope cardíaco.

4º caso. — A. J., enfermo de 59 años, portador de un gran *divertículo póstero lateral derecho*, secundario a una enfermedad de Marion, en el que no se pudo observar el meato correspondiente en las numerosas cistoscopias practicadas.

Las urografías muestran la vejiga totalmente desplazada hacia la izquierda de la pelvis con función y morfología reno ureteral conservada. En cuanto al uréter que no se visualiza en su porción pélvica, consideramos que debía desembocar en la vejiga porque de lo contrario mostraría otra cavidad. El acto quirúrgico corroboró esta presunción: el uréter en íntimo contacto con el gran divertículo e incluido en una especie de pseudo-membrana describía una gran curva hacia abajo y adentro, desplazado por la nueva cavidad.

El cateterismo retrógrado por punción permitió aislarlo perfectamente en todo su recorrido y extirpar sin peligro un gran divertículo de 280 c.c. de capacidad.

A continuación se practicó una incisión vesical para reseccionar a electrobisturí el cuello.

El enfermo quedó con una fistula hipogástrica vésico-cutánea que operamos con éxito 1 1/2 meses después.

CONSIDERACIONES

Estimamos que la *punción ureteral* con cateterismo retrógrado usado exclusivamente en los casos de meatos infranqueables por la vía endoscópica u ocultos por una tumoración o divertículo, constituye el tiempo previo de las cistectomías o diverticulectomías yuxtameáticas.

Como en todas estas intervenciones se realiza siempre un amplio aislamiento vesical hasta su pared póstero-inferior, el cirujano debe aprovechar este tiempo para cateterizar por vía retrógrada el o los uréteres vecinos a la lesión.

La punción ureteral con o sin sutura secundaria, no ofrece ningún peligro posterior, aun cuando se produzca pérdida de la orina, obviándose este inconveniente con un tubo de drenaje, similar a lo que se hace en las ureterotomías por cálculo enclavado.

En cuanto al catéter utilizado, pueden adoptarse varias modalidades de acuerdo a las circunstancias:

a) *Retirarlo inmediatamente*, con sutura o no de la brecha ureteral y drenaje yuxtaureteral con un tubo de goma fino o sonda de Pezzer N° 18 ó 20, preferentemente en razón de que la gasa del Rubber-Dam, comúnmente empleada, al mojarse con la orina y la secreción mucopurulenta de la herida, se hincha y en lugar de drenar, tapona la herida. Es este un detalle observado en la práctica diaria: la extracción del Rubber-Dam va seguida de una oleada uromuco-purulenta.

b) *Colocarlo en permanencia* haciendo penetrar el otro extremo del catéter *sin mandril*, para que se doble mejor, por la parte superior de la brecha, *hacia el riñón*.

El extremo inferior, después de haber penetrado por la vejiga sale por la cistostomía suprapúbica.

En ocasiones, por haberse practicado la ureterotomía *muy baja*, resulta sumamente dificultoso el pasaje del extremo superior del catéter por la brecha; en este caso puede utilizarse un 2º catéter que penetrando por la incisión ureteral, llegue al riñón, como hicimos con el 3er. caso.

En estas condiciones tendríamos pues 2 catéteres: 1 *inferior* que penetrando por la *ureterotomía*, llega a la vejiga y sale por el extremo púbico de la talla hipogástrica; y otro *superior* que introduciéndose por la brecha ureteral, llega al riñón para recoger la orina, evitando así la pérdida que, a través de la herida origina por la obstrucción, el catéter inferior cuando es empleado exclusivamente.

En resumen, a pesar de no haberse podido practicar el cateterismo ureteral endoscópico, en ninguno de nuestros 4 casos con padecimientos vesicales yuxta-meáticos (3 divertículos y 1 carcinoma) la operación fué exitosa mediante el cateterismo ureteral retrógrado *por punción*, como expresión de una lesión mínima del conducto.

El resultado quirúrgico desde el punto de vista técnico fué excelente: el uréter pudo ser respetado en todos los casos a pesar de la estrecha vecindad que presentaba con estas lesiones.

En el caso contrario, la sección ureteral con o sin trasplante vesical secundario, desorganiza el plan quirúrgico, prolonga indebidamente la intervención y pone un gran interrogante al porvenir del riñón y a veces del enfermo.

REVISTA DE REVISTAS

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE UROLOGIA DE CORDOBA

Cirugía del adenoma prostático y electrocardiografía. *Rodolfo González y Mauricio Firstater.* Boletín de la Sociedad de Urología de Córdoba, pág. 67. Año I, N.º. 2, Julio 1947.

Presentamos una serie de cincuenta casos de adenoma prostático, operados en el último año y relacionamos los resultados obtenidos con la electrocardiografía pre-operatoria.

En 31 casos se efectuó la adenomectomía en un tiempo a cielo abierto y a bi-tarri eléctrico y en los 18 casos restantes en dos tiempos. En 27 enfermos, el electrocardiograma fué normal y en 23 se registraron modificaciones, que revelaban desde pequeñas hasta importantes alteraciones de la función cardio-vascular; en estos últimos las intervenciones se efectuaron luego de especial atención al tratamiento cardíaco pre-operatorio y preferimos la anestesia loco-regional.

Perdimos dos enfermos adenomectomizados en dos tiempos (mortalidad 4%) por insuficiencia renal, sin evidente participación cardíaca, no obstante las modificaciones electrocardiográficas que eran sobre todo muy serias en uno de nuestros enfermos.

Conclusiones: 1º Aceptamos que el estudio electrocardiográfico en el pre operatorio del enfermo con adenoma prostático, es de suma utilidad para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las afecciones cardio-vasculares.

2º Teniendo en cuenta los hechos de nuestra experiencia, consideramos al electrocardiograma como un elemento de juicio en el estudio y apreciación del cuadro clínico general, pero creemos que no se le puede otorgar un valor decisivo en el sentido de indicar o contraindicar por sí solo la intervención quirúrgica.

JOURNAL D'UROLOGIE

Los primeros resultados obtenidos por el tratamiento de Charpy en la tuberculosis urinaria. *M. M. Gouverneur y Giard.* Journal D'Urologie, pág. 153, T. 53, año 1946-47.

El principio del tratamiento que Charpy emplea para las tuberculosis cutáneas fué utilizado por los autores en tuberculosis genitourinarias: Administraron fosfato tricalcico y vitamina D 2 en dosis de 15 miligramos, indiferentemente en solución oleosa o alcohólica, a razón de 4

a 8 dosis por mes: siendo prolongado el tratamiento durante varios meses y a veces más de 1 año.

Efectúan una serie de comprobaciones y controles terapéuticos y terminan aconsejando que hay verdadero valor en utilizar este tratamiento como complemento quirúrgico, así como en las formas bilaterales.

A. Pujol.

Posiciones respectivas de la cirugía y de la radioterapia en el tratamiento del cáncer del pene. Marcel Darget. Journal D'Urologie, T. 53, N.º. 7, pág. 234, año 1946-47.

El autor funda su trabajo en 56 observaciones extraídas del Centro Anticanceroso de Lyon, reunidas de 1924 a 1944. Después de sentar algunas consideraciones etiológicas, anatómicas y clínicas, sobre el cáncer del pene, inicia el análisis del valor relativo de cada una de las formas de tratamiento según el orden siguiente: A) Tratamiento de las lesiones penianas, mediante la cirugía y los agentes físicos. B) Tratamiento de las lesiones ganglionares, en la cual la cirugía tiene un lugar de elección y la radioterapia puede aplicarse sistemáticamente o como un paliativo. C) Tratamientos combinados, siendo la asociación del tratamiento de las lesiones penianas y del tratamiento ganglionar.

Se da fin al artículo determinando las indicaciones de los diferentes tratamientos, según las características anatomopatológicas y clínicas de las lesiones.

A. Pujol.

Las reacciones funcionales y morfológicas del aparato urinario en el curso y decurso del cólico nefrítico. Jacques-Michon. Journal D'Urologie, T. 53, pág. 202, año 1946-47.

Se trata de un trabajo muy bien documentado en el cual se analizan, mediante la urografía endovenosa: 1º Las modificaciones de la secreción, del aparato urinario, durante y después del cólico; 2º Las modificaciones morfológicas y funcionales del aparato escretor; y 3º Las nefrografías.

El autor ha podido establecer la cronología de las modificaciones observadas así como su evolución y con ello fundamenta su interpretación. Hace surgir de este estudio la fisiología patológica de la crisis del cólico nefrítico. Termina el interesante documento de observación con unas notas de interés práctico que por sí solas justifican la lectura del artículo.

1º Las dilataciones consecutivas a los cólicos nefríticos no son definitivas y su comprobación no representa indicación operatoria.

2º La ausencia de imagen no debe de interpretarse sistemáticamente como riñón excluido: se trata casi siempre de una detención pasajera y reversible de la secreción, sobre la cual no se debe fundar una indicación operatoria.

3º El aspecto urográfico (ausencia de secreción, nefrografías, dilataciones ampulares) son a menudo bastante típicas como para permitir el diagnóstico en los casos de cálculos invisibles e arenillas.

A. Pujol.

REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

Sobre el tratamiento de la T. b. c. urogenital con estreptomina.

Ignacio Díaz Muñoz. Revista Chilena de Urología, V. X, N.º. 3. Septiembre de 1947.

Sobre el particular, dice el autor que se mantuvo la esperanza de la acción terapéutica positiva de esta droga, desde su descubrimiento. Luego agrega con cierta decepción "humilde origen para elementos terapéuticos de positivo valor".

Por la acción del medicamento sin embargo, cambiaría su característica evolutiva. No existe acción bacteriolítica contra el germen pero sí bacteriostática.

Se refiere sintéticamente el autor a todas las propiedades, dosis y contraindicaciones de este agente diciendo que no es una terapia de sustitución sino de complemento.

Relata el autor seis interesantes observaciones, dignas de lectura por su riqueza en datos y no llega a la conclusión definitiva por el escaso número de enfermos tratados. Hace notar que lesiones cavitarias y reblandecidas, benefician relativamente, pero las lesiones recientes regresan y con el tiempo se hacen fibrosas.

En vejiga, las lesiones (recientes o antiguas) mejoran o curan con rapidez si son superficiales.

En prostata y vesícula, las lesiones regresan a la fibrosis, pero si hay absceso es necesario actuar quirúrgicamente, para acelerar el proceso curativo.

Sobre el riñón, en lesiones corticales frescas, el autor tiene la impresión de que se influyen poco con el tratamiento.

Dice que la estreptomina es el mejor elemento que contamos, para combatir la T. b. c. urogenital, pero es necesario diagnosticar el tipo de lesión que presenta el enfermo.

Las dosis empleadas habitualmente fueron: inyección intramuscular cada 3 horas, fraccionadas para alcanzar 1 a 2 gramos diarios y pudiéndose llegar a 3 gramos diarios --según se deduce de la exposición del trabajo referido.

J. Itza.

THE BRITISH JOURNAL OF UROLOGY

Contratiempos de la resección prostática. *R. J. Silverston.* The British Journal of Urology, V. 22, N.º. 1. Marzo 1948.

El autor da un resumen de su experiencia en 14 años, durante los cuales ha tenido escasos accidentes. Recomienda prudencia a los jóvenes urólogos en este arte. La conducta que ellos deben seguir, es resecar pequeñas obstrucciones primero y cada vez irán adquiriendo más utilidad en esta vía. Durante varios años el autor ha estado practicando 90 % de resecciones en todos los casos de obstrucción prostática.

Los puntos más importantes en la prevención de los accidentes son: Iº anestesia espinal lumbo-sacra; IIº visualización clara del esfínter interno; IIIº repetida orientación del veru; IVº

respecto por el calibre de la uretra y Vº catéter balón como drenaje. Los accidentes observados fueron: ruptura de vejiga, lesión del esfínter externo, estrechez de uretra, hemorragia.

El tratamiento de estos contratiempos fueron: operación inmediata de la ruptura de vejiga, inmediata evacuación de coágulos y hemostáticos en la hemorragia, tratamiento radical de la estrechez de uretra, si no cura con dilación.

J. Irazu.

Epidimectomía. Una nueva técnica. Ashton Miller, F. R. C. S. The British Journal of Urology. V. 27, N.º. 1. Marzo 1948.

El autor recuerda las técnicas de Heinatz (1934) y Surraco (1937), en ambas busca la objeción de que el tejido infectivo puede quedar abierto.

Propone su nueva técnica que realiza tiempo ha, con buen resultado: Incisión transversa de 5 cms. de largo, sobre la piel escrotal y dartos del lado afectado. Si hay fístula, es comprendida en la incisión y desecado el trayecto. Las tres facias espermáticas son divididas en la línea de la incisión, así desplazando la túnica vaginalis que es evertida: la piel y dartos, por lo tanto son separados de la fascia espermática interna hasta permitir al cordón y sus cubiertas ponerlos a la vista, fuera de la herida.

Con el testículo apoyado por su cara lateral media y un par de tijeras rectas de Mayo se introducen dentro del seno del epidídimo, hasta los puntos presentes a un nivel por encima del límite de la túnica. La fascia que cubre los puntos de las ramas, separados de la tijera, es dividida a bisturí y los bordes retraídos. La arteria espermática puede ser vista, bajo las ramas de la tijera y las dos ramas para el epidídimo, aisladas, ligadas y divididas. Manteniendo la tijera en posición, la cola del epidídimo es pinzada y disecada del testículo, luego la cabeza, después de cortar los tubos rectos, el cuerpo es también separado a tijeras. Esas porciones de túnica y fascia de cubierta unidas al epidídimo son entonces separados del resto, tan alto como la incisión original hasta las puntas de la tijera, los vasos sangrantes (ramas de la arteria funicular) son pinzados y ligados. El único sostén es el deferente que se lo sigue tan lejos como posible hacia arriba en el cordón antes de dividirlo. Una sutura continua cierra la fascia espermática, y la piel y darto, se cierran con pequeño drenaje.

J. Irazu.