

REFLUJOS URETROVENOSOS EN LA EXPLORACION RADIOLOGICA DE LA URETRA

Por los Dres. CARLOS SILBERMAN y MOISES SILBERMAN

A pesar de que la uretrografía, conjuntamente con el urograma por excreción constituyen en este Servicio elementos rutinarios del estudio de los enfermos urológicos, hemos podido observar en dos años de trabajo, a razón de 1 caso de reflujo uretrovenoso por año, 2 casos en 300 uretrografías, que nos dan una incidencia bastante baja. Esa infrecuencia y no su rareza nos ha decidido a presentar estos dos casos.

Caso N° 1. — J. P. 70 años; argentino. Internado en nuestro Servicio a raíz de una retención urinaria aguda, se lo tiene con sonda a permanencia por unos días; y luego en vista de que podía orinar por sus propios medios, aunque con dificultad, se le practica un examen uretrográfico. La instilación de la substancia de contraste que se practica haciendo uso de una jeringa de vidrio, de 50 cms., de pico grueso, que entra adecuadamente en el meato, exige al enfermero que colabora en el examen, realizar una presión sobre el émbolo algo fuera de lo común, como si hubiera algún obstáculo en el curso del Lipiodol que se estaba inyectando; no obstante ante la ausencia de otros inconvenientes se sacan las placas de frente y perfil, de acuerdo a la costumbre.

A posteriori, el enfermo es trasladado nuevamente a su lecho, y una hora después de la operación practicada tiene una serie de escalofríos de intensidad muy marcada, palidez, disnea y luego la temperatura asciende a 40 grados. El episodio dura en total 3 horas; la única medicación practicada fué una ampolla de alginodia compuesta endovenosa. Por la tarde, el enfermo se encontraba bien.

La uretrografía mostró lo siguiente: En la posición de frente, se observa un trayecto de uretra anterior de forma irregular, fusiforme, pero que hacia la región bulbar muestra una serie de anfractuosidades hasta llegar a una estrechez infrapubiana para luego seguir con una uretra posterior más o menos regular.

En el primer segmento mencionado ya se nota desde el comienzo que el líquido opaco marca unos trazos fuera de conducto dando el aspecto ligeramente pectiniforme, pero cerca del bulbo y del lado derecho se observa las formaciones opacas que parecen salir de la luz uretral y luego converger en un solo trazo para de allí recorrer un trayecto arciforme y ascendente. En el lado izquierdo las imágenes son menos numerosas pero igualmente nítidas.

En la posición oblicua nos permite observar el reflujo uretrovenoso que por su trayectoria podríamos clasificar en venas uretrovenosas anteriores y posteriores. Las anteriores dejan ver una vena que llega a la región inguinal y las posteriores parecieran orientarse hacia la región glútea.

Caso N° 2. — H. I. 45 años. - Enfermo que consulta porque desde hace un par de años tiene una micción prolongada y afinada. Venéreas a los 18 años, curado con lavajes.

Tacto rectal, nos permite palpar una próstata sin anomalías. Se practica una exploración

de la uretra con el explorador a bola, constatándose una estrechez a nivel de bulbo uretral. Se solicita el examen uretrográfico, que se realiza 3 días más tarde, con la técnica habitual. Circunstanacialmente, tenemos oportunidad de observar que la jeringa usada, al finalizar la insti-



Figura 1



Figura 2

lación, estaba manchada de sangre. Interrogado el enfermo sobre si tenía alguna molestia, manifestó que sintió un poco de dolor al practicársele el relleno de la uretra. Se le aconsejó reposo, y que nos comunique cualquier novedad.



Figura 3



Figura 4

45 minutos después del examen se nos comunica que el enfermo está con novedades, y uno de nosotros (C. S.) acude a su domicilio. El enfermo presentaba unos accesos de escalofríos extraordinariamente intensos, que duraron casi dos horas. El pulso era taquicárdico,

facies ansiosa, disnea, y la temperatura ascendía a 41 grados. Se prescribe bolsa de hielo en la cabeza, alginodía compuesta endovenosa y reposo. Media hora después de medicación, todo entra en acalmia. La emisión de orina, sanguinolenta por cierto, le parece al enfermo que la hace con mayor facilidad que antes del accidente. La uretrorragia desaparece al día siguiente.

La uretrografía mostró en la posición de frente un trayecto uretral ligeramente irregular, que va ensanchándose progresivamente y tomar una forma redondeada de maza hacia la región bulbar, y luego continuar con un pequeño trayecto estrecho para seguir con otra dilatación, pero de menor calibre. La uretra posterior se desprende de esta última hasta llegar a la altura del verum montanum, donde la imagen se bifurca en un trayecto grueso que parece continuar en la uretra, y otro trayecto fino que se bifurca a su vez para luego confundirse en su extremo superior nuevamente con la luz uretral.

Los reflujos uretrovenosos en esta radiografía comienzan a verse ya en el trayecto peneano de la uretra, sobre todo hacia el lado derecho, donde se observa un trayecto arciforme con otros trazos de caprichoso diseño, que confluyen hacia la región bulbar donde el retículo venoso es de mayor calibre, y da una rama que se dirige indudablemente hacia las venas del muslo. En el lado izquierdo de la uretrografía, en su primera porción, muestra el aspecto pectíniforme característico, y también hacia la región bulbar el reflujo uretrovenoso de un trazo de mayor grosor. En la posición de perfil, los reflujos uretrovenosos siguen evidentemente trayectos divergentes, unos hacia la región anterior y otros hacia la posterior.

A raíz de estos accidentes que, a fuer de desagradables, no han tenido mayor trascendencia para el enfermo, nos ha impelido a tratar de evitarlos, y para ello hemos considerado necesario, ante esta exploración radiológica en la especialidad, el planteo de una serie de requisitos con respecto a los elementos que entran en juego.

A) *Condiciones de la uretra*: no debería practicarse este exámen en:

1) procesos inflamatorios agudos; 2) traumatismos; 3) maniobras instrumentales recientes; 4) uretrorragias; 5) presión exagerada para instilar la substancia opaca.

B) *Condiciones del líquido opaco*: al referirnos a los requisitos que debe reunir la substancia de contraste, reunimos las características que correspondían al elemento Ideal.

En esta apreciación seguimos las directivas expresadas por el Dr. A. E. García y colaboradores:

1) opacidad suficiente; 2) homogeneidad; 3) no ser irritante; 4) inocuo; 5) viscosidad suficiente; 6) económico; 7) aséptico.

Con respecto a la técnica radiográfica, es nuestra opinión que esta exploración debe hacerse bajo el control de la vista, o sea bajo la pantalla fluoroscópica, de tal modo, que a medida que se va haciendo la instilación del líquido opaco se estén observando los accidentes intrauretrales. La radiografía se saca al acecho, con el seriógrafo cargado. Una vez sacada la posición de frente, sin aflojar la tensión del émbolo ni sacar la jeringa del meato, se cambia la posición del enfermo en oblicua y se practica el segundo disparo previa observación de si la uretra está rellena o no, y si se necesita instilar mayor cantidad de substancia de contraste. La radiografía sacada de esta forma demora 5 minutos, comúnmente.

R E S U M E N

Se presentan dos casos más para agregar a la bibliografía de reflujo uretrovenosos en la exploración radiográfica de la uretra.

Hacemos constar que hemos usado como elemento de contraste el Lipiodol al 25 por ciento, entibiado.

BIBLIOGRAFIA

- R. Guichard et H. Duvergey: L'Urétrographie (pág. 35).*
Dotta y Delporte: Rev. Arg. de Urología (pág. 133; año 1944).
Cartelli, Comotto y Berbi: Rev. Arg. de Urología (1946; pág. 59).
García, Casal y Rocchi: Rev. Arg. de Urología (1946; pág. 423).
-