

ABORDAJE TRANSPERITONEAL. EN UN CASO LITIASIS URETERAL

Por los Dres. ARMANDO E. TRABUCCO y CONSTANTE COMOTTO

La vía retroperitoneal para el abordaje del uréter es de elección en casi todas las circunstancias. Es la más lógica por ser la más segura y por dar un acceso fácil al órgano: bien jalonada por reparos anatómicos precisos y fácilmente evidenciables que llevan con seguridad a la meta buscada. El segmento de uréter que cruza los grandes vasos pélvicos a la altura de la línea innominada, es quizás el más accesible por sus reparos precisos y fáciles de encontrar y porque se acerca marcadamente a la pared abdominal anterior antes de introducirse en las profundidades de la pelvis menor. Pero es fundamental que el descolamiento de peritoneo parietal pueda hacerse sin dificultad, como es de regla cuando la integridad anatómica del laxo tejido subperitoneal se encuentra conservada; pero cuando por acción de un proceso inflamatorio o irritativo, se produce una celulitis con su consecutiva reacción esclerolipomatosa que hace desaparecer todo plano de clivaje y en consecuencia la posibilidad de separar la serosa, lógicamente quedan anuladas todas las ventajas que brinda el acceso.

Precisamente el caso clínico que nos ocupa nos exigió desechar la vía preconizada más arriba, por cuanto al sospechar, por los antecedentes clínicos del enfermo, que el acceso al uréter en su porción ilíaca, que era la que estaba en juego, nos hubiera resultado prácticamente imposible, resolvimos abordarlo por la vía transperitoneal que justificó ampliamente nuestra decisión.

Se trataba de un enfermo con Historia Clínica Nº 5876 internado el 8 de julio del corriente año, de 17 años de edad, carpintero. Presentaba 3 años antes, dolor lumbar derecho irradiado a la ingle del mismo lado, no muy intenso, pero que a veces le obligaba abandonar su trabajo, en los últimos tiempos con más frecuencia. Como único antecedente importante, a los 20 años tifoidea grave que duró varios meses, obligando, por complicaciones que no precisaba bien, a practicarle un ano contra-natura temporario que conservó durante dos meses y cuyo cierre se complicó con supuración de la herida operatoria costando mucho la curación definitiva. Negaba enfermedades venéreas y de otra naturaleza. Casado con mujer sana, padre de 2 niños. En el examen somático, nada de particular, solamente dolor en ambos puntos costolumbares y para-umbilical derecho. Las orinas eran turbias y ligeramente alcalinas; las micciones normales. Los exámenes de laboratorio revelaron piuria alcalina con gérmenes banales y hematíes numerosos en el sedimento como único carácter patológico. En sangre azohe-mia de 0.45 gramos $\%$; glucemia 0.98 gramos por $\%$. Demás exámenes normales salvo discreta anemia de 4.180.000 hematíes por mm.³.

El examen radiográfico del enfermo muestra en la radiografía simple (Fig. 1) un gran cálculo coraliforme del riñón izquierdo y nada de particular en el lado derecho. El pielograma descendente de los 10' revelaba función bien evidente en ambos lados, esbozándose imágenes cavitarias en el riñón derecho y dilatación ureteral hasta el tercio medio del uréter. En las sucesivas tomas de 35' y 60' (fig. 2) se hace evidente una dilatación marcada de los dos tercios superiores del uréter derecho y de la pelvis y cálices del mismo lado, sin que se eviden-

cie ninguna otra anomalía. El enfermo era pues portador de un cálculo coraliforme izquierdo absolutamente silencioso en cuanto a síntomas subjetivos, y de una uropatía derecha, seguramente obstructiva, dadas las imágenes radiográficas de este lado, y que se manifestaba por las molestias que describimos más arriba y radiográficamente por dilatación amplia más arriba de la línea innominada. Luego, en este último segmento debía localizarse la causa obstructiva que explicarí­a el cuadro clínico, pero que no se evidenciaba en las imágenes radiológicas. Practicamos entonces una pielografía ascendente derecha (fig. 3) que reprodujo casi exactamente la imagen obtenida con el urograma descendente, visualizándose el segmento inferior del uréter cuyo diámetro mucho menor contrastaba marcadamente con los dos tercios superiores del mismo. En el segmento de unión de las dos porciones parecía observarse una imagen negativa tan tenue que no nos atrevimos a considerarla como real y confirmatoria de nuestro diagnóstico de presunción de litiasis ureteral, como causa más probable de este proceso obstructivo del uréter. Pero no podíamos olvidar el ano contranatura derecha y la accidentada evolución que había padecido el enfermo y cuya cicatriz amplia e irregular ocupaba buena parte de la fosa iliaca y como consecuencia seguramente habríanse provocado reacciones plásticas y adhesivas del tejido celular subperitoneal cuya extensión desconocíamos pero que perfectamente podrían haber englobado el uréter y llegando a provocar su compresión extrínseca, que explicaría por sí sola el cuadro obstructivo que amenazaba seriamente la integridad anatómica y funcional del segmento urinario suprayacente. Pensamos entonces que lo urgente, era solucionar este último problema, para tratar de salvar un órgano que tenía probabilidades de serlo, dado que la lesión del R.I. solo se solucionaría con la ectomía del mismo. Decidimos entonces la intervención por la vía transperitoneal, en consonancia con las consideraciones arriba citadas para luego sobre el tereno y con el uréter abordado proceder de acuerdo a lo que encontráramos.

Bajo anestesia general con gases, se practica una laparotomía infraumbilical mediana; encontramos líquido en cavidad peritoneal; existían adherencias y algunas bridas entre el gran epiplón y pared que se liberaron cuidadosamente. Se abre el peritoneo parietal sobre la zona de la bifurcación de la iliaca primitiva y se encuentra gran reacción esclerolipomatosa que se extendía por todo el espacio subperitoneal hacia la fosa iliaca no existiendo plano de clivaje entre la serosa y la pared lo que hubiera hecho imposible el acceso hacia el uréter por la vía clásica retroperitoneal lo que confirmaba nuestra previsión al decidimos por el otro acceso. Sobre la cara interna de los vasos ilíacos la reacción esclerosa era menor y se palpaban aquellos suficientemente, pero no así al uréter que lo identificamos por encima de esa zona y del tamaño del dedo índice; tomándolo con una pinza de Backook se lo aísla cuidadosamente hacia abajo de la vecindad inmediata de un grueso vaso venosal que se adhería por su cara interna. Se decide no seguir más lejos la liberación del uréter y se lo abre, dando salida a bastante cantidad de orinal; por la brecha se explora y se constata la presencia de una concreción de más de 1 cm. de largo por medio cm. de ancho, dura, irregular, que resultó un cálculo fosfato-cálcico. Explorado el interior del ureter se lo encuentra libre. Se sutura la brecha ureteral y se repara el peritoneo parietal. Se colocan dos tubos de drenaje, uno que llega al espacio de Bogros y el otro en la cavidad peritoneal y se hacen salir por una contra-abertura. Cerrada la cavidad peritoneal se cierra la pared en dos planos. Post-operatorio excelente, se aplicaron antibióticos (penicilina y estreptomycin). Se retiraron los tubos al sexto día, alta a los dieciocho días para reponerse y volver a internarse para solucionar el problema de su R.I., control del lado operado y estudio de paratiroides y demás investigaciones para el tratamiento de práctica. Al mes siguiente se efectúa un urograma de excreción y se observa clara recuperación anatómica y funcional del lado operado (fig. 4) y una pielografía ascendente (fig. 5) muestra con toda claridad la recuperación obtenida y la continuidad del uréter en toda su longitud.

En vista del éxito obtenido y de la suficiencia funcional y anatómica del segmento urinario tratado y dada la existencia de una piuria marcada del lado izquierdo, pues la orina obtenida por el cateterismo al practicar la pielografía de control era límpida, se decidió la nefrectomía izquierda dado el peligro que significaba para el enfermo la presencia del cálculo coraliforme infectado. Se practicó sin mayores inconvenientes y el enfermo se fué de alta a los dieciséis días perfectamente repuesto, concurrendo periódicamente al servicio para su control y estudio para establecer el tratamiento adecuado de acuerdo a las condiciones diatásicas y endocrinas que presenta.

Hemos traído esta observación sobre todo para insistir en la utilidad de una técnica quirúrgica que cuando está indicada es de positivos beneficios solucionando con seguridad la ejecución de un acto quirúrgico que de seguir la vía clásicamente indicada presentaría grandes dificultades a veces insalvables para llevarlo a buen término.

DISCUSIÓN

Dr. Shunk. — Deseo preguntar a los comunicantes, a qué distancia del cálculo abrió el uréter para extraerlo.

Dr. Comotto. — Se reparó por encima de la zona donde se pegoteaba con el tejido celular.

Luego, se la siguió hacia abajo y más aún, a la altura de la línea innominada, donde es difícil poner de relieve los reparos anatómicos. La disección no pudo ser muy amplia por la vecindad de los grandes vasos. Se consiguió hacer pasar sin dificultades, un explorador, hacia arriba y hacia abajo, de manera que la causa obstructiva era el cálculo que referimos.

Por otra parte, es notoria la recuperación funcional del paciente.

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA 1957

<i>Presidente</i>	Dr. Constante Comotto
<i>Vice Presidente</i>	» José S. Dotta
<i>Secretario</i>	» Raúl Borzone
<i>Tesorero</i>	» Juan A. Goldaracena

PRESIDENTES DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA DESDE SU FUNDACION

Dr. Enrique Castaño	Dr. Alfonso von der Becke
» Gilberto Elizalde	» Enrique Castaño
» Luis Figueroa Alcorta	» Guillermo Iacapraro
» Nicolás M. Gaudino	» Rodolfo de Surra Canard
» Carlos Matta	» Miguel A. Llanos
» Antonio Montenegro	» Alberto E. García
» Angel F. Ortiz	» Roberto A. Rubí
» Luis E. Pagliere	» Armando E. Trabucco
» Arturo Serantes	» Ricardo Ercole
» Ricardo Spurr	» Armando E. Trabucco
» Gerardo Vilar	» Rodolfo I. Mathis
» Juan Salleras	» Juan Irazu
» Alejandro Astraldi	» Rodolfo González
» Ubaldo Isnardi	» Ricardo Bernardi
» Adolfo Martín López	» Alfonso Pujol
» Bernardino Moraini	» Leónidas Rebaudi
» Francisco E. Grimaldi	» Tomás Schiappapietra

MIEMBROS HONORARIOS

- Dr. Cacciatore Claudio, Belgrano 1680
 Dr. Montenegro Antonio, Santa Fe 1206

MIEMBROS TITULARES

- Dr. Alsina Gustavo F., F. de Vittoria 2340
 Dr. Alvarez Colodrero W. J., Tucumán 843
 Dr. Bernardi Ricardo, Martín García 987
 Dr. Berri Diego H., Córdoba 1807
 Dr. Bertolasi Alberto, Billinghamurst 684
 Dr. Borzone Raúl José, Cochabamba 2737.
 Dr. Brea Luis María, Tucuman 1441
 Dr. Buzzi Oscar, Juncal 1068
 Dr. Carreño Oscar, Ayacucho 1778
 Dr. Cartelli Natalio, Tucuman 863
 Dr. Casal José, Charcas 788
 Dr. Castaño Enrique, Montevideo 592
 Dr. Claret Alberto J., Juncal 2174
 Dr. Comotto Constante, Arroyo 894
 Dr. Dande Julio N., Agüero 2443
 Dr. Delporte Tomás, Paraguay 644, Rosario
 Dr. Derdoy Juan B., Río IV, Córdoba.
 Dr. Di Lella Pedro, Cabildo 1295
 Dr. Dotta José S., Paraguay 644, Rosario
 Dr. Ercole Ricardo, Paraguay 462, Rosario
 Dr. Figueroa Alcorta Luis, Santa Fe 1380
 Dr. Firstater Mauricio, Santa Rosa 267, Córdoba
 Dr. Fonio Oscar, Entre Ríos 31, Tucumán
 Dr. Galvez Isidoro, 11 de Septiembre 711, San Fernando,
 F.C.N.G.B.M.
 Dr. García Alberto E., Paraguay 1352
 Dr. Gaudino Nicolás, Callao 67
 Dr. Gazzolo Juan José, Santa Fe 3318
 Dr. Goidaracena Juan A., Charcas 2346
 Dr. González Rodolfo, Av. Cóiön 126, Córdoba
 Dr. Gorodner José, Junín 622
 Dr. Granara Costa Antonio, Junín 1127
 Dr. Grimaldi Alfredo, Arenales 1648
 Dr. Iacapraro Guillermo, Ayacucho 360
 Dr. Irazu Juan, Carlos Calvo 618
 Dr. Larroude Juan, Santa Fe 1339
 Dr. López Adolfo Martín, Callao 611
 Dr. Márquez Fernando José, Díaz Vélez 4253
 Dr. Mathis Rodolfo L., Cangallo 2505
 Dr. Matta Carlos, Larrea 1429
 Dr. Molina Luis Raúl, Godoy Cruz 3209
 Dr. Monserrat José L., Cangallo 3780
 Dr. Moser Gerardo, Arenales 2483
 Dr. Ortiz Arturo B., Callao 433
 Dr. Otamendi Belisario, Sarmiento 2106
 Dr. Pagliere Luis E., R. Peña 161
 Dr. Pujol Alfonso, Entre Ríos 510
 Dr. Rebaudi Leónidas, Billinghamurst 1547
 Dr. Roccatagliata Rodolfo F., Montevideo 1322
 Dr. Rocchi Alberto, Ciudad de La Paz 460
 Dr. Rubí Roberto, Arenales 2468
 Dr. Sánchez Sañudo L., Gallo 1671
 Dr. Sandro Raúl E., R. Peña 95
 Dr. Schiappapietra Tomás, Díaz Vélez 4208
 Dr. Serantes Lasserre Aurelio, Solís 1361
 Dr. Surra Canard Rodolfo de, Paraná 950
 Dr. Torres Posse Pedro L., Talcahuano 638
 Dr. Trabucco Armando, Rivadavia 1917
 Dr. Vilar Gerardo, Suipacha 612
 Dr. Vilar Jorge, Paraguay 2655.

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

AGRADECIMIENTO

Comunicamos a nuestros Asociados que la Sociedad Argentina de Urología ha recibido de una persona que desea conservar su anonimato, una donación en efectivo por valor de 20.000 \$ m/n. Vaya en este espacio, el agradecimiento de la Sociedad al generoso donante.

La Mesa Directiva desea expresar su profundo reconocimiento por un gesto tan altruista, poco común en esta época de crudo materialismo, que hace renacer la fe en los valores humanos de solidaridad tan caros a todos los que dedican su vida al progreso de las ciencias y a la lucha permanente por la salud de los pueblos.

LA DIRECCION.

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXVI

NOVIEMBRE 1957

Número 10

Sociedad *Argentina* de *Urología*

Reunión Conjunta con la Sociedad Argentina de Radiología

23 de octubre de 1957

Presidentes: Dres. Constante Comotto y Victorino D'Alotto

Secretarios: Dres. Raúl J. Borzone y Juan L. A. Ambrogna

PALABRAS DEL Sr. PRESIDENTE, Dr. CONSTANTE COMOTTO AL INICIAR LA SESION CONJUNTA

La Sociedad Argentina de Urología tiene el alto honor de recibir esta noche en reunión conjunta a la Sociedad Argentina de Radiología de cuya espléndida trayectoria resulta obvio hacer consideraciones. Presidida por el Dr. Victorino D'Alotto cuyas altas dotes de caballero y de hombre de ciencia son perfectamente conocidas, nos trae esta noche un magnífico aporte de trabajos y de experiencias que han de brindarnos utilísimas enseñanzas para la aplicación de la Radiología a nuestra especialidad que depende de ella en una gran parte de sus realizaciones.

Para completar esta jornada que ha de dejar, no lo dudamos, grato recuerdo y fecunda enseñanza, nos llega el inapreciable aporte científico de nuestros hermanos uruguayos, realizado por la presencia de colegas y amigos de allende el Plata, frente a los cuales siempre se abre el corazón y los brazos para recibirlos. Lo mismo decimos de nuestros colegas chilenos, que se han hecho presentes con un aporte científico, lamentando mucho que ninguno de ellos esté presente para recibir el testimonio de nuestro afecto y alta estima.

Señores colegas, terminada mi bienvenida me sería muy grato decirles muchas otras consideraciones, pero debo expresarles que desgraciadamente disponemos de muy poco tiempo para leer las numerosas comunicaciones presentadas y dejar un margen al final para comentarios y discusiones de mesa redonda.