

URETEROCELE.

TECNICA PARA SU CORRECCION QUIRURGICA

Por el Dr. JOSE S. DOTTA

Hemos tenido la oportunidad de observar últimamente una enferma que presentaba una gran dilatación quística de la extremidad inferior del uréter derecho, acompañada de una gruesa dilatación del uréter y de una dilatación menor de la pelvis renal y cálices de ese lado. Esta ectasia con dilatación importante de la vía excretora nos planteaba un problema en cuanto a la elección del procedimiento que debíamos emplear para su tratamiento, pues ellas, la ectasia y la dilatación, dada la magnitud que habían alcanzado, merecían a nuestro juicio una consideración particular con vistas al futuro de ese riñón.

En efecto, como consecuencia del tratamiento, cualquiera sea el método empleado, se produce con una frecuencia no despreciable el reflujo vésico-ureteral y la consiguiente infección, complicaciones que en nuestro caso particular, dadas las condiciones favorables que presentaba, adelantábamos como un hecho inevitable. Tan importante es este riesgo que alguien (Ipiens Lacasa) hasta aconseja no tratar los ureteroceles si no hay ectasia o infección crónica.

Recordemos rápidamente los distintos procedimientos que se han utilizado para el tratamiento de esta afección, fimosis del uréter como la llama Plechsner. Para los aspectos anatómicos, etiológicos y clínicos y con el fin de evitar repeticiones remitimos a quienes interese a los importantes trabajos de Campbell, Cendron, Thompson y Greene, Givron y Gregoir en la literatura extranjera y al muy completo del malogrado urólogo rosarino Iturralde, en la literatura nacional.

El ureterocele puede ser tratado por:

1) Dilatación endoscópica del meato ureteral estrecho. No es aconsejable porque no siempre es posible visualizar el orificio ureteral y además porque su efecto no es duradero.

2) Incisión endoscópica con tijera o electrobisturí del ureterocele o amplia meatotomía. Es preferible hacerla con electrobisturí. En los grandes ureteroceles la bolsa no siempre se retrae o atrofia en forma completa, pudiendo dar lugar a complicaciones sobre todo de orden séptico. El reflujo puede producirse.

3) Resección endoscópica de la bolsa quística. Se produce con mayor facilidad el reflujo.

4) En la mujer, y en ureteroceles grandes, introducción de una pinza de Kelly por la uretra, toma del ureterocele y tracción del mismo hasta su aparición a través del meato, donde se lo secciona con tijera o electrobisturí (Campbell). No nos parece aconsejable por ser procedimiento ciego y por las razones aducidas para el método anterior.

5) Extirpación a cielo abierto, transvesical, de la dilatación quística, ureteroelectomía, con sutura mucosa-mucosa urétero-vesical. Igual que en la resección endoscópica favorece el reflujo.

En el planteo que nos hicimos para resolver nuestro caso, llegamos a la decisión que debíamos hacer la ureterocelectomía por el tamaño de la bolsa, pero utilizando alguna técnica que nos diera mayores garantías en la prevención del reflujo.

Para la ureterocistoneostomía se han ensayado numerosas técnicas cuya finalidad principal, aparte de ofrecer un buen drenaje al riñón, es la de evitar el reflujo vésico-uretral, la "bête noire" en esta clase de intervenciones. Todas ellas tienden a reproducir las condiciones normales de la unión ureterovesical, pero como Bovee dijera es difícil conseguirlo debido a la disposición de las capas musculares en la porción terminal del uréter. Se ha empleado el trasplante directo a través de la pared vesical, o haciéndolo en forma oblicua, dividiendo la porción terminal del uréter en dos valvas que se suturan a los lados del orificio vesical; se lo ha implantado en la parte más próxima a la base de la vejiga, cuando era posible; otros aconsejan dejar un buen segmento del uréter proyectado dentro de la vejiga, como por ejemplo, la técnica empleada por Dodson, combinándolo con un trayecto submucoso; otros han hecho un manguito a expensas de toda la pared vesical o con mucosa solamente, que envuelve a la porción del uréter que se proyecta dentro de la vejiga y finalmente otros aconsejan evertir un centímetro de la porción terminal del uréter sobre sí mismo, a la manera de un puño de camisa y después de fijarlo con unos puntos para mantenerlo en esa posición hacer la unión mucosa-mucosa.

Las técnicas empleadas son múltiples, lo que de por sí es índice de la irregularidad en los resultados, y en todas las que fueron controladas en forma alejada y que consignan la frecuencia del reflujo, se ha comprobado buena proporción de fracasos en tal sentido.

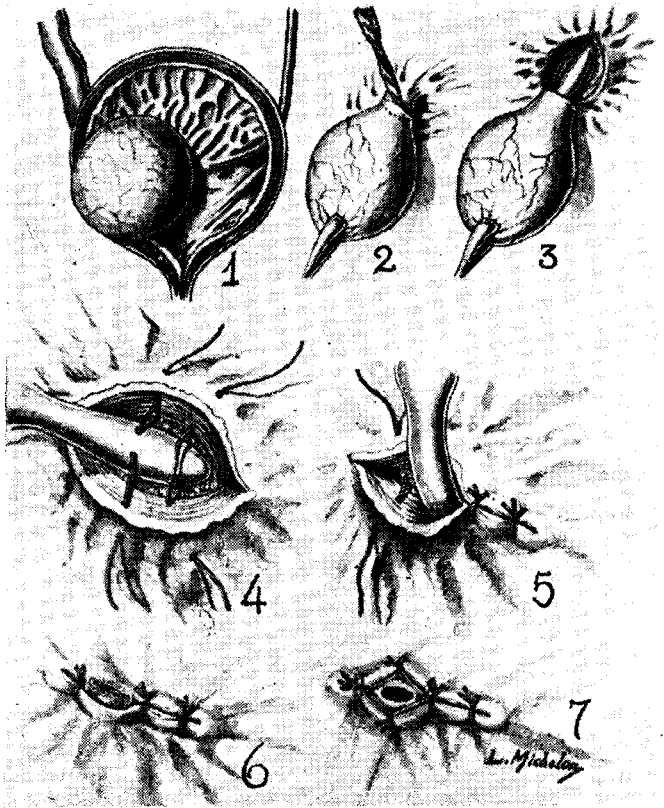
Si consideramos que la mayoría de estas técnicas se emplearon en ureterocistoneostomías con uréteres normales o poco dilatados, su utilización en nuestro caso implicaba riesgos mayores por la existencia de la gran dilatación ureteral.

Por lo tanto nos decidimos por ensayar un procedimiento que nos pareció podría resolver satisfactoriamente el problema que nos presentaba nuestra enferma.

Incisión mediana infraumbilical. Cistostomía amplia. Se observa la lesión tal como lo demuestra la figura n° 1. Se practica una incisión circular que comprende solamente la mucosa vesical y que rodea toda la dilatación quística a un centímetro aproximadamente del pedículo (fig. 2). Luego por disección roma se llega a un plano que corresponde a la pared ureteral y traccionando de la bolsa se profundiza la liberación del uréter a través de toda la pared vesical, llegando al plano extravesical, atrayendo hacia el interior de la vejiga un trozo del uréter pelviano en una extensión de unos 4 ó 5 cm (fig. 3). El uréter se presenta dilatado y con paredes ligeramente engrosadas. Queda así un ojal ancho en la pared vesical por el que emerge el uréter dentro de la vejiga, tal como se observa en la técnica de Puigvert para el tratamiento de la ureteritis tuberculosa estenosante terminal.

Se procede luego a la ureterocistoneostomía la que se realiza de la siguiente manera: un primer punto se coloca en el extremo superior del ojal que interesa toda la pared vesical, dejando el uréter por debajo (fig. 4); a

medio centímetro de aquel, se coloca un segundo punto que toma solamente una parte del espesor de la pared vesical, más o menos un tercio de la misma (fig. 4) y que pellizca la pared ureteral, actuando como punto de fijación del conducto. Luego se coloca un tercer punto que toma todo el espesor de la pared vesical, pero que a la inversa del primer punto, deja el uréter por delante (fig. 5). Luego se secciona el uréter a medio centímetro de la neoboca y se colocan cuatro puntos cardinales que unen la mucosa del uréter a la mucosa



vesical (fig. 7). Si es necesario se completa el cierre del ojal vesical con puntos totales.

Se coloca por uretra una sonda Foley n° 24 con balón 5 c.c. y se cierra totalmente la vejiga en dos planos, cubriendo luego la sutura con la grasa prevesical. Drenaje del Retzius. Cierre de la pared por planos.

La sonda uretral se deja colocada durante diez días, vigilando su perfecto funcionamiento y cambiándola si es necesario. Se protege a la paciente con antibióticos durante todo el tiempo que tiene colocada la sonda y se permite dejar la cama a partir del sexto día.

Observación. I. de C., 19 años, casada, argentina.

Desde hace muchos años no puede precisar cuántos, acusa periódicamente dolores de tipo cólico renal derecho que se acompañan de marcada polaquiuria y cierta disuria, que calman a veces espontáneamente al cabo de pocas horas y otras con el uso de supositorios.

Nunca tuvo hematuria ni eliminó cálculos. Al final de su embarazo estas molestias se presentan con mayor frecuencia.

El último cólico lo tuvo hace 12 días, acompañado de vómitos, que cede con inyecciones y Buscapina.



Figura 8

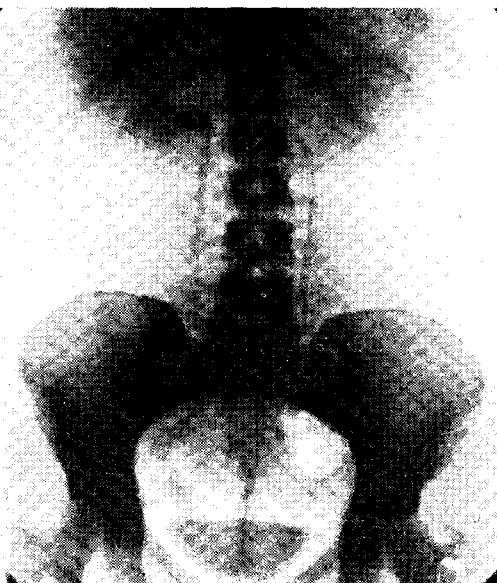


Figura 9

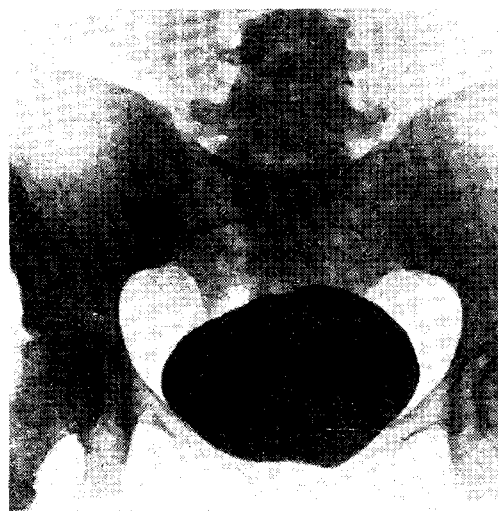


Figura 10

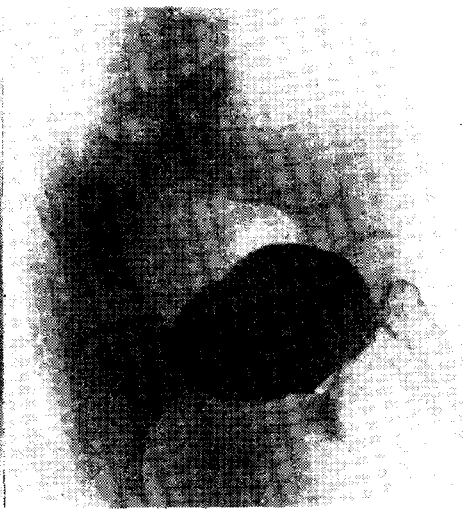


Fig. 11.

En el intervalo de los ataques queda con un dolorimiento permanente en región lumbar derecha.

El examen revela presión arterial normal, puntos renoureterales sensibles del lado derecho y los riñones no se palpan.

A. de Orina: 1022. Ac. Alb. (—). Pus. (—). Uno que otro hematie.

Azotemia: 0.32 ‰.

Rad. de Rs y V. Negativas para cálculos.

Urograma: R.I. normal. R.D.: ureterohidronefrosis y al cistograma falta de relleno en parte derecha de vejiga con los caracteres de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter derecho (fig 8).

Cistoscopia: Tumorción de apariencia quística del tamaño de un huevo de gallina que ocupa la parte derecha de vejiga y que tiene las características de un ureteroceles. No se observa el O.U.D. El izquierdo es de caracteres normales. Resto de vejiga sin particularidades.

Diagnóstico: Ureterohidronefrosis derecha por ureteroceles gigante.

Tratamiento: Quirúrgico. Se la opera el día 20-IX-56 según la técnica descripta anteriormente. (Fig. nº 1-7).

Evolución: Sigue muy bien. desapareciendo tanto los dolores lumbares como los trastornos vesicales. El urograma de control realizado a los tres meses muestra resultados muy satisfactorios. (Fig. 9). El cistograma activo y pasivo no muestra reflujo vésico ureteral. (Fig. 10 y 11).

CONSIDERACIONES

Hemos empleado una nueva técnica para el tratamiento quirúrgico transvesical de los grandes ureteroceles, en la esperanza de conseguir con ella un buen drenaje del riñón a la vez que impedir el reflujo vésico-ureteral y hemos tenido la satisfacción de comprobar a los tres meses de la intervención una reducción notable del calibre ureteral y una contención perfecta de la neoboca que impide el reflujo vésico-ureteral pasivo y activo, tal como lo demuestran el urograma y las cistografías que documentan estos resultados.

Las razones del método apoyan en dos aspectos fundamentales:

a) Con los tres puntos que se colocan en el ojal vesical —superior, medio e inferior— se intenta asegurar un trayecto oblicuo a la entrada del uréter en la pared vesical, lo suficientemente largo como para que sea útil pero no demasiado largo para evitar la estenosis.

b) La unión del muñón ureteral que sobresale medio centímetro dentro de la vejiga por el procedimiento mucosa-mucosa, tiende a formar una pequeña valva mucosa que contribuye a impedir el reflujo.

BIBLIOGRAFÍA

- Campbell, Meredith.* — Surg., Gynec. and Obst., 93, 705, 1951.
Campbell, Meredith. — Urology. W. B. Saunders Co., 1954.
Cendron Jean. — Journal d'Urologie. 61, 191, 1955.
Dodson A. I. — The Journal of Urology. 55, 225, 1946.
Gipron A. y Gregoir W. — Acta Urológica Bélgica, 24, 272, 1956.
Hill J. E., Dodson A. I. (Jr.) y Hooper J. W. (Jr.). — The Journal of Urology, 74, 596, 1955.
Ipiens Lacasa P. — Archivos Españoles de Urología. X, 29, 1955.
Iturralde J. M. — Boletín de la Sociedad de Cirugía de Rosario. XI, 400, 1944.
Prather George C. — The Journal of Urology. 52, 437, 1944.
Givron A. y Gregoir W. — Acta Urológica Bélgica. 24, 272, 1956.
Hill J. E., Dodson A. I. (Jr.) y Hooper J. W. (Jr.). — The Journal of Urology
Ipiens Lacasa P. — Archivos Españoles de Urología. 5, 29, 1955.
Iturralde J. M. — Boletín de la Sociedad de Cirugía de Rosario. XI, 400, 1944.
Puigvert Gorro, A. — Archivos Españoles de Urología. VII, 183, 1951.
Vichi, M. F. y Asbun, Z. — Revista Argentina de Urología. XXII, 229, 1953.