

INSTRUMENTAL UROLOGICO. ALGUNAS MODIFICACIONES

Por los Dres. R. A. RUBI, F. G. ALSINA y A. A. GRIMALDI

Las innovaciones introducidas en algunos instrumentos de uso corriente en Urología a que nos referimos en este artículo, no son originales ni valiosas. Son simplemente prácticas, y sus detalles son realizables por la artesanía de cualquier lugar.

Mencionaremos en primer término el agregado de una cremallera al "spreader" o separador de cuello vesical, ideado por Millin para la cirugía retropúbica, vía de abordaje que cuenta con nuestra decidida preferencia para la exéresis de adenomas prostáticos, prostatitis calculosas encuadradas en la indicación quirúrgica (sobre cuya técnica nos hemos ocupado en publicaciones anteriores, Ver Rev. Arg. de Urología - Vol. 27 - pág. 70), barras y esclerosis del cuello vesical en el niño, y en el adulto cuando la resección endoscópica no es practicable. Se ha dicho y escrito que el procedimiento retropúbico puede llevarse a cabo con el instrumental corriente. No estamos de acuerdo con esa opinión, y lo manifestamos después de una década larga de dedicación a esta vía de acceso. El "spreader" es justamente uno de los instrumentos que juzgamos esenciales, porque expone del modo más conveniente la región y facilita considerablemente la resección en cuña del cuello, lo que precave de obstrucciones futuras por formación de membranas o tejido cicatrizal a nivel del orificio vésicoprostático. Además, solamente con una buena exposición es posible descender la mucosa vesical para tapizar parcialmente la celda prostática, maniobra que tanto hace en favor de la hemostasia y de una mejor epitelización de la celda. Y bien: tal como ha sido diseñado, obliga al ayudante a mantener una presión constante de su mano durante el transcurso de este tiempo quirúrgico, que no es breve, y la fatiga hacerle perder eficacia. Para subsanar el inconveniente le hemos hecho añadir una cremallera, que lo fija en la separación deseada y permite trabajar con comodidad.

En segundo término aludiremos a algo que parece ridículamente trivial, y que sin embargo nos presta grandes servicios: disponer de beniquéos agudamente afilados, que suplen sin desventaja al trocar curvo, mucho menos fácil de obtener, y que es un componente del instrumental necesario para ejecutar la operación ideada por Marion para ciertas fístulas vésicovaginales. Es reconocido que las fístulas de localización cérvicouretral, bien llamadas isquémicas por Cabanier, producidas por distocias pelvianas donde la cabeza fetal presiona prolongadamente contra la arcada sinfisiaria y esfacela los tejidos interpuestos, son de distinta significación anatómica que las fístulas obstétricas o quirúrgicas, (entendiendo por obstétricas las producidas por lesiones motivadas por forceps u otros instrumentos de extracción fetal). En los casos graves suelen presentar como única posibilidad de reparación el cierre completo de la vejiga y la constricción posterior de una neo uretra por trocardización subsinfisiaria, conforme al procedimiento de Marion. El nuevo cuello así formado adquiere una esfin-

terización discreta por mecanismo no explicado claramente. Bien es cierto que esto se paga, como lo dice Couvelaire, con la necesidad de dilataciones repetidas, retención parcial, piuria y formación de cálculos secundarios tenazmente recidivantes pese a toda medicación, pero ante la alternativa de optar entre este recurso y una implantación uréterocólica, el ensayo está justificado, sobre todo en una mujer joven. En una oportunidad la hemos practicado en una enferma que apenas había cumplido los catorce años cuando pasó por el trance de un parto atendido en forma absolutamente primitiva, en una lejana localidad del interior, y no estamos disconformes con el resultado, no obstante todas las ultrioridades que debimos enfrentar. En Francia a este tipo de fístula se la denomina "africana", significando la incivildad que entraña su etiología.

Y bien: el objetivo de tunelizar en tejido cruento y perforar la vejiga, con o sin la instalación en el trayecto de un injerto de mucosa vaginal se cumple cabalmente con este sencillo instrumento.

La uretrografía es un complemento de examen de gran utilidad en una serie de circunstancias de la patología urinaria inferior, pero en algunas de ellas adquiere el rango de lo indispensable e insustituible: son las rupturas y las estenosis uretrales no susceptibles de tratamiento clínico, que deben ser necesariamente operadas. Cuando subsiste alguna permeabilidad uretral, la uretrografía simple informa suficientemente acerca de la situación y extensión del segmento lesionado o escleroso, y mejor aún si se complementa con una uretrografía miccional, que aporte datos obtenidos de manera más fisiológica sobre el estado del conducto en su tramo retroestructural y el dinamismo del cuello vesical. Cuando al enfermo se le ha practicado cistostomía, la combinación de una uretrografía ascendente y una retrógrada, a la manera de Sabadini, delimita la zona lesionada con gran exactitud. Pero la maniobra de canalizar el cuello vesical con una sonda cargada en mandril, a través de la cistostomía, no es siempre fácil. En las estenosis de larga data, con infección crónica vesical y de las glándulas anexas, la fibrosis concomitante del cuello se opone al cateterismo, y otras veces, después de colocada la sonda en el lugar correcto, la inyección de la substancia de contraste provoca su expulsión por dolor o contracciones espasmódicas, con lo que el examen fracasa. En tales casos, un beniqué de calibre adecuado vence más fácilmente la resistencia del cuello y ofrece un nítido contraste radiográfico. En 1896, Tuffier obtuvo las primeras uretrografías con sondas opacas. Así, el objetivo diagnóstico de situar y medir el segmento uretral estenosado u ocluido se alcanza satisfactoriamente, lo que es imprescindible para un planteo quirúrgico. Pero cabe la objeción de que de este modo no se visualizan las adyacencias uretrales, las complicaciones diverticulares prostáticas y las fistulización múltiples comunes en estos enfermos, como puede exhibirlas un líquido opaco que penetra en todos los recesos. Para obviar el defecto hemos hecho construir beniqués huecos, cosa que es muy fácil, para inyectar por ellos la substancia de contraste. El instrumento así preparado resulta además maleable, lo que comporta una apreciable ventaja. El beniqué de Guyon Farabeuf, especialmente diseñado para la vía retrógrada, nos ha sido indispensable.

Con este modo de proceder hemos podido precisar la magnitud del segmento condenado a la exéresis y planear la manera de constituir el conducto. En la

mayor parte de los casos lo hemos obtenido con la uretrectomía y la uretrorráfia circular, términoterminal. En una oportunidad, con un homoinjerto de serosa vaginal testicular (caso publicado Rev. Arg. de Urología Enero-Marzo 1958. Vol. XXVII, Pág. 74. Dr. F. G. Alsina - J. A. Mocellini) con tan buen resultado que insistimos en caso apropiado.

Las radiografías dirán de por sí, a los Srs. colegas, si nuestras sugerencias son de alguna utilidad.